

**18+**

Национальный НИИ общественного здоровья им. Н. А. Семашко

Центральный НИИ организации и информатизации здравоохранения Минздрава России

Журнал основан в 1993 г.

С 1995 г. журнал является членом Европейской ассоциации научных редакторов (EASE).

[www.journal-nriph.ru](http://www.journal-nriph.ru)  
[www.nriph.ru](http://www.nriph.ru)

#### Зав. редакцией

*Щеглова Татьяна Даниловна*

Тел.: +7 (495) 916-29-60

E-mail: [ttcheglova@gmail.com](mailto:ttcheglova@gmail.com)

Почтовый адрес: 105064, Москва, ул. Воронцово Поле, д. 12

Все права защищены.

Ни одна часть этого издания не может быть занесена в память компьютера либо воспроизведена любым способом без предварительного письменного разрешения издателя.

Цена свободная.

#### Подписка:

через интернет:  
[www.akc.ru](http://www.akc.ru), [www.pressa-rf.ru](http://www.pressa-rf.ru),  
[www.pochta.ru](http://www.pochta.ru)

на электронную версию:  
[elibrary.ru](http://elibrary.ru)

ISSN 0869-866X. Пробл. соц. гиг., здравоохран. и истории мед. 2019. Т. 27. № 4. 341—468.



Издатель:  
Акционерное общество  
«Шико»

ОГРН 1027739732822

Переводчик В. С. Нечаев

Корректор И. И. Жданюк

Сдано в набор 13.08.2019

Подписано в печать 30.08.2019.

Формат 60 × 88%. Печать офсетная. Печ. л. 16.  
Усл. печ. л. 15,64. Уч.-изд. л. 18,21.

Отпечатано в ПАО «Т8 Издательские Технологии», 109316, Москва, Волгоградский просп., д. 42, кор. 5.

# ПРОБЛЕМЫ СОЦИАЛЬНОЙ ГИГИЕНЫ, ЗДРАВООХРАНЕНИЯ И ИСТОРИИ МЕДИЦИНЫ

Двухмесячный научно-практический журнал

## 4

Том 27

2019

ИЮЛЬ—АВГУСТ

#### Главный редактор:

**ХАБРИЕВ Рамил Усманович** — академик РАН, доктор медицинских наук, доктор фармацевтических наук, профессор (Москва, Россия)

#### Заместители главного редактора:

**ЩЕПИН Владимир Олегович** — член-корреспондент РАН, доктор медицинских наук, профессор (Москва, Россия)

**СОН Ирина Михайловна** — доктор медицинских наук, профессор (Москва, Россия)

**ЗАТРАВКИН Сергей Наркизович** — доктор медицинских наук, профессор (Москва, Россия)

**АНАНЧЕНКОВА Полина Игоревна** — кандидат экономических наук, кандидат социологических наук, доцент (Москва, Россия)

#### Ответственный секретарь:

**НЕЧАЕВ Василий Сергеевич** — доктор медицинских наук, профессор (Москва, Россия)

#### РЕДАКЦИОННАЯ КОЛЛЕГИЯ:

**АЛЕКСАНДРОВА Оксана Юрьевна** — доктор медицинских наук, профессор (Москва, Россия)

**АЛЬБИЦКИЙ Валерий Юрьевич** — доктор медицинских наук, профессор (Москва, Россия)

**АНДРЕЕВА Маргарита Дарчоевна** — доктор медицинских наук, доцент (Краснодар, Россия)

**ГАЙДАРОВ Гайдар Мамедович** — доктор медицинских наук, профессор (Иркутск, Россия)

**ЗУДИН Александр Борисович** — доктор медицинских наук (Москва, Россия)

**КАКОРИНА Екатерина Петровна** — доктор медицинских наук, профессор (Москва, Россия)

**ЛИНДЕНБРАТЕН Александр Леонидович** — доктор медицинских наук, профессор (Москва, Россия)

**МЕДИК Валерий Алексеевич** — член-корреспондент РАН, доктор медицинских наук, профессор (Новгород, Россия)

**ПАШКОВ Константин Анатольевич** — доктор медицинских наук, профессор (Москва, Россия)

**СЕМЕНОВ Владимир Юрьевич** — доктор медицинских наук, профессор (Москва, Россия)

**СОЗИНОВ Алексей Станиславович** — доктор медицинских наук, профессор (Казань, Россия)

**СОРОКИНА Татьяна Сергеевна** — доктор медицинских наук, профессор (Москва, Россия)

**СТАРОДУБОВ Владимир Иванович** — академик РАН, доктор медицинских наук, профессор (Москва, Россия)

**ХАЛЬФИН Руслан Альбертович** — доктор медицинских наук, профессор (Москва, Россия)

**ЧЕБОТАРЕВА Юлия Юрьевна** — доктор медицинских наук, доцент (Ростов-на-Дону, Россия)

**ЧИЧЕРИН Леонид Петрович** — доктор медицинских наук, профессор (Москва, Россия)

**ШЛЯФЕР София Исааковна** — доктор медицинских наук, профессор (Москва, Россия)

#### РЕДАКЦИОННЫЙ СОВЕТ:

**АМОЛОВА Дильбар Субхоновна** — доктор экономических наук, доцент (Душанбе, Республика Таджикистан)

**ВИШНЯКОВ Николай Иванович** — доктор медицинских наук, профессор (Санкт-Петербург, Россия)

**ВОЛКОВА Ольга Александровна** — доктор социологических наук, профессор (Белгород, Россия)

**ГЕРАСИМЕНКО Николай Федорович** — академик РАН, доктор медицинских наук, профессор (Москва, Россия)

**ГУНДАРОВ Игорь Алексеевич** — доктор медицинских наук, профессор (Москва, Россия)

**ДЖУМАЛИЕВА Гульмира Артыкбаевна** — доктор медицинских наук, профессор (Бишкек, Кыргызстан)

**ЗУБОК Юлия Альбертовна** — доктор социологических наук, профессор (Москва, Россия)

**КАСЫМОВА Гульнара Пазылбековна** — доктор медицинских наук, профессор (Алматы, Казахстан)

**ПОЛУНИНА Наталья Валентиновна** — член корреспондент РАН, доктор медицинских наук, профессор (Москва, Россия)

**ПОЛЯНИН Андрей Витальевич** — доктор экономических наук, профессор (Орел, Россия)

**РЕШЕТНИКОВ Андрей Вениаминович** — академик РАН, доктор медицинских наук, доктор социологических наук, профессор (Москва, Россия)

**САЛАКС Юрис** — доктор медицинских наук, профессор (Рига, Латвия)

The N. A. Semashko National  
Research Institute of Public Health

The Central Research Institute for Health  
Organization and Informatics of  
Minzdrav of Russia

Founded in 1993.

Since 1995 the journal is a member of the  
European Association of Science Editors.

Journal is indexed in: Chemical Abstracts;  
Current Digest of the Russian Press;  
EBSCOhost Family&Society Studies  
Worldwide; EBSCOhost INDEX;  
EBSCOhost SocINDEX with Full Text;  
Elsevier BV Scopus; Experta Medica  
Abstract Journals; Index Medicus; Index to  
Dental Literature; International Nursing  
Index; National Library of Medicine  
PubMed, OCLC Russian Academy of  
Sciences Bibliographies.

[www.nriph.ru](http://www.nriph.ru)

**Managing editor**

*Scheglova T. D.*

Tel.: +7 (495) 916-29-60

E-mail: [ttcheglova@gmail.com](mailto:ttcheglova@gmail.com)

Address: 12 Vorontsovo Pole str., Moscow,  
105064, Russia

Subscription via the Internet:  
[www.akc.ru](http://www.akc.ru), [www.pressa-rf.ru](http://www.pressa-rf.ru),  
[www.pochta.ru](http://www.pochta.ru)

Subscription to the electronic version of the  
journal: [www.elibrary.ru](http://www.elibrary.ru)

# PROBLEMY SOTSIALNOY GIGIENY, ZDRAVOOKHRANENIYA I ISTORII MEDITSINY

(Problems of social hygiene, public health  
and history of medicine, Russian journal)

The bimonthly theoretical and practical journal

## 4

Volume 27

2019

JULY—AUGUST

**Editor-in-Chief:**

**HABRIEV R. U.** — academician of RAS, MD, PhD, DSc, prof.

**Deputy Editor-in-Chief:**

**SCHEPIN V. O.** — corresponding member of RAS, MD, PhD, DSc, prof.

**SON I. M.** — MD, PhD, DSc, prof.

**ZATRAVKIN S. N.** — MD, PhD, DSc, prof.

**ANANCHENKOVA P. I.** — PhD, assistant prof.

**Executive secretary:**

**NECHAEV V. S.** — MD, PhD, DSc, prof.

**EDITORIAL BOARD:**

**ALEKSANDROVA O. Yu.** — MD, PhD, DSc, prof.

**ALBICKY V. Yu.** — MD, PhD, DSc, prof.

**ANDREEVA M. D.** — MD, PhD, DSc, assistant prof.

**GAIDAROV G. M.** — MD, PhD, DSc, prof.

**ZUDIN A. B.** — MD, PhD, DSc.

**KAKORINA Ye. P.** — MD, PhD, DSc, prof.

**LINDENBRATEN A. L.** — MD, PhD, DSc, prof.

**MEDIK V. A.** — corresponding member of RAS, MD, PhD, DSc, prof.

**PASHKOV K. A.** — MD, PhD, DSc, prof.

**SEMENOV V. Yu.** — MD, PhD, DSc, prof.

**SOZINOV A. S.** — MD, PhD, DSc, prof.

**SOROKINA T. S.** — MD, PhD, DSc, prof.

**STARODUBOV V. I.** — academician of RAS, MD, PhD, DSc, prof.

**HALFIN R. A.** — MD, PhD, DSc, prof.

**CHEBOTAREVA Yu. Yu.** — MD, PhD, DSc, assistant prof.

**CHICHERIN L. P.** — MD, PhD, DSc, prof.

**SHLIAFER S. I.** — MD, PhD, DSc, prof.

**EDITORIAL COUNCIL:**

**Amonova D. S.** — PhD, DSc, assistant prof.

**Vishniakov N. I.** — MD, PhD, DSc, prof.

**Volkova O. A.** — PhD, DSc, prof.

**Gerasimenko N. F.** — academician of RAS, MD, PhD, DSc, prof.

**Gundarov I. A.** — MD, PhD, DSc, prof.

**Dzumaliev G. A.** — MD, PhD, DSc, prof.

**Zubok Yu. A.** — PhD, DSc, prof.

**Kasimova G. P.** — MD, PhD, DSc, prof.

**Polunina N. V.** — corresponding member of RAS, MD, PhD, DSc, prof.

**Polanin A. V.** — PhD, DSc, prof.

**Reshetnikov A. V.** — academician of RAS, MD, PhD, DSc, prof.

**Salaks Yu. M.** — MD, PhD, DSc, prof.

## СОДЕРЖАНИЕ

Хабриев Р. У., Щепин В. О., Затравкин С. Н. Вклад Национального научно-исследовательского института общественного здоровья им. Н. А. Семашко в развитие науки и здравоохранения	344
Чичерин Л. П., Щепин В. О., Михальская Е. В. Деятельность Национального Научно-исследовательского института им. Н. А. Семашко в области охраны здоровья матери и ребенка (к 75-летию института)	356

### Здоровье и общество

Линденбратен А. Л., Голубев Н. А., Афонина М. А. Оценка прямого экономического ущерба, связанного с табакокурением, за 2009 и 2016 гг.	363
Хальфин Р. А., Куликова Т. В., Муравьев Д. Н. Проблемы и перспективы развития обязательного медицинского страхования в Российской Федерации	369
Богдан И. В., Гурьлина М. В., Чистякова Д. П. Здоровый образ жизни: отношение населения и приоритетные направления	374
Харисов А. М., Селезнев П. С., Демина И. Д., Растеряев К. О., Бакирова Э. А. Концепция пациентоориентированного подхода как ключевой инструмент социально-экономического развития	379
Александрова О. А., Комолова О. А. Конфликт интересов и организационных культур в условиях коммерциализации здравоохранения	384
Калининская А. А., Лазарев А. В. Анализ инвалидности вследствие болезней системы кровообращения в Нижегородской области	389
Мальшикина А. И., Песикин О. Н., Кулигина М. В. Оценка эффективности применения вспомогательных репродуктивных технологий на территориальном уровне	394
Никифоров С. А., Алленов А. М., Громова В. Л., Горенков Р. В. Оценка распространенности и факторов риска синдрома эмоционального выгорания у менеджеров здравоохранения	399
Волкова О. А., Конева Т. Н., Копытов А. А., Артемова Ю. С. Социальные интеракции как фактор активности пожилых и инвалидов в получении стоматологических услуг	404
Воскнян Ю. Э. Безопасность пациентов и связанные с ней неблагоприятные события в медицине (систематический обзор)	408
Щелканов М. Ю., Ярыгина М. В., Галкина И. В., Кикун П. Ф. Диалектический подход к биомедицинской этике как основа ее имплементации в современных социокультурных условиях	414
Горенков Р. В., Ефимова А. О., Орлов С. А., Розалиева Ю. Ю., Петюкова О. Н., Кузьякина А. С. Оценка эффективности реабилитационных мероприятий для инвалидов в Российской Федерации	418
Баженова С. А., Данилова Л. Г., Четошников Л. А. Маркетинг анти-возрастных медицинских услуг в эстетической медицине	424
Лещенко Я. А., Боева А. В. Качество жизни и репродуктивные установки молодых семей в Иркутской области	429
Иванова М. А., Одинец А. В. Общая и впервые выявленная заболеваемость болезнями кожи и подкожной клетчатки в Ставропольском крае	434
Полунина В. В., Мустафин Г. Т., Шарафутдинова Н. Х., Латыпов А. Б., Шарафутдинов М. А. Факторы риска формирования здоровья городских и сельских женщин	438

### Реформы здравоохранения

Нечаев В. С., Саурина О. С., Натаров А. А., Летникова Л. И., Будневский А. В., Токмачев Р. Е. Особенности использования компьютерного регистра в организации амбулаторно-поликлинической помощи больным железодефицитной анемией	443
Шипова В. М., Берсенева Е. А., Михайлов Д. Ю. Нормы труда врача-остеопата с учетом кодирования заболеваемости	449
Долженкова Ю. В., Полевая М. В., Руденко Г. Г. Новая система оплаты труда в бюджетном здравоохранении: анализ практики и проблемы внедрения	452
Бударин С. С., Мелик-Гусейнов Д. В., Бойченко Ю. Я., Никонов Е. Л. Методические подходы к формированию рейтинговой оценки деятельности медицинских организаций и систем здравоохранения в России и за рубежом	459
Гайдаров Г. М., Апханова Н. С., Толстых А. С., Душина Е. В. К вопросу о нормировании рабочего времени врачей-фтизиатров, оказывающих амбулаторно-поликлиническую помощь взрослому и детскому населению	464
Коломийченко М. Е. Нормирование труда врачебного персонала отделения паллиативной медицинской помощи	470
Сердюковский С. М. Методические принципы комплексной оценки деятельности медицинских организаций	476
Мендель С. А., Таирова Р. Т., Шкарин В. В., Кураков Д. А., Савостина Е. А. Организация медицинской службы МВД России в 2017 г.	479
Черкасов С. Н., Золотарев П. Н., Баева Е. С. Медико-социальный портрет потребителя лабораторных услуг медицинских организаций Мингазова Э. Н., Власов Я. В., Термулаева Р. М. Организация лечебного питания с позиций развития пациентоориентированного здравоохранения	487

### История медицины

Глянцев С. П., Сточик А. А. Учредительная сессия Академии медицинских наук СССР. День второй (21 декабря 1944 г.)	491
Бородулин В. И., Банзелиук Е. Н. 200 лет истории отечественной клинической внутренней болезней: вопросы периодизации (этапы 1—3)	496
Егорышева И. В. Роль государства в становлении и развитии земской медицины в 60—90-е годы XIX в.	502
Шерстнева Е. В. История создания советского пенициллина: вымысел и факты	507

## CONTENTS

Khabriev R. U., Schepin V. O., Zatravkin S. N. The contribution of the N. A. Semashko National Research Institute of Public Health into development of science and public health	344
Chicherin L. P., Schepin V. O., Mikhalskaya E. V. The activities of the N. A. Semashko National Research Institute of Public Health in the field of mother and child health care (to the seventy fifth anniversary of the Institute)	356

### Health and Society

Lindenbraten A. L., Golubev N. A., Afonina M. A. The evaluation of direct economic loss related to tobacco smoking in 2009 and 2016	363
Khalfin R. A., Kulikova T. V., Muraviev D. N. The problems and perspectives of development of mandatory medical insurance in the Russian Federation	369
Bogdan I. V., Gurylina M. V., Chistiakova D. P. The healthy life-style: attitude of population and priority directions	374
Kharisov A. M., Seleznev P. S., Demina I. D., Rasteriaev K. O., Bakirova E. A. The concept of patient-oriented approach as a key tool of social economic development	379
Aleksandrova O. A., Komolova O. A. The conflict of interests and organizational structures in conditions of health care commercialization	384
Kalininskaya A. A., Lazarev A. V. The analysis of disability because of diseases of blood circulation system in the Nizhny Novgorod oblast	389
Malyshkina A. I., Pesikin O. N., Kuligina M. V. The evaluation of efficiency of application of axillary reproductive technologies on the territorial level	394
Nikiforov S. A., Allenov A. M., Gromova V. L., Gorenkov R. V. The evaluation of prevalence risk factors of emotional burning-out syndrome in health care managers	399
Volkova O. A., Koneva T. N., Kopytov A. A., Artemova Yu. S. The social interactions as a factor of activity of the elderly and the disabled in receiving dental services	404
Vosknyan Yu. E. The safety of patients and related unfavorable occurrences in medicine: the systematic review	408
Schelkanov M. Yu., Yarygina M. V., Galkina I. V., Kiku P. F. The dialectic approach to biomedical ethics as a foundation of its implementation in actual social cultural conditions	414
Gorenkov R. V., Efimova A. O., Orlov S. A., Rozaliev Yu. Yu., Petiukova O. N., Kuzyakina A. S. The evaluation of efficiency of rehabilitation activities concerning the disabled in the Russian Federation	418
Bajenova S. A., Danilova L. G., Chetoshnikova L. A. The marketing of anti-aging services in aesthetic medicine	424
Leshenko Ya. A., Boeva A. V. The quality of life and reproductive attitudes of young families in the Irkutsk oblast	429
Ivanova M. A., Odinets A. V. The general and primarily diagnosed morbidity of diseases of skin and subcutaneous cellular tissue in the Stavropol kraii	434
Polunina V. V., Mustafin G. T., Sharafutdinova N. Kh., Latypov A. B., Sharafutdinov M. A. The risk factors of health formation in urban and rural women	438

### Health Care Reforms

Nechaev V. S., Saurina O. S., Natarov A. A., Letnikova L. I., Budnevsky A. V., Tokmachev R. E. The characteristics of application of computer registry in organization of ambulatory polyclinic care of patients with iron-deficiency anemia	443
Shipova V. M., Berseneva E. A., Mikhailov D. Yu. The labor standards of osteopath with regard to morbidity coding	449
Doljenkova Yu. V., Polevaya M. V., Rudenko G. G. The new system of remuneration of labor in budget health care: analysis of practice and problems of implementation	452
Budarin S. S., Melik-Guseinov D. V., Boychenko Yu. Ya., Nikonov E. L. The methodological approaches to formation of rating evaluation of activities of medical organizations and health care systems in Russia and abroad	459
Gaydarov G. M., Apkhanova N. S., Tolstykh A. S., Dushina E. V. On the issue of work time measurement in phthisiatrists rendering ambulatory polyclinic care to adult and children population	464
Kolomyichenko M. E. The work measurement in medical personnel of department of palliative medical care	470
Serdiukovskiy S. M. The methodological principles of comprehensive evaluation of activities of medical organizations	476
Mendel S. A., Tairova R. T., Shkarin V. V., Kurakov D. A., Savostina E. A. The organization of medical service of the Interior Ministry of Russia in 2017	479
Cherkasov S. N., Zolotarev P. N., Baeva E. S. The medical social portrait of consumer of laboratory services of medical organizations	482
Mingazova E. N., Vlasov Ya. V., Termulaeva R. M. The organization of diet therapy from positions of development of patient-oriented health care	487

### History of Medicine

Glyantsev S. P., Stochik A. A. The constituent session of the USSR Academy of Medical Sciences. The second day (December 21, 1944)	491
Borodulin V. I., Banzeliuk E. N. 200 years of history of National clinic of internal diseases: issues of periodization (stages 1—3)	496
Egorysheva I. V. The role of the state in becoming and development of Zemstvo medicine in 1860—1890	502
Sherstneva E. V. The history of development of the Soviet penicillin: fabrication and facts	507

*Хабриев Р. У., Щепин В. О., Затравкин С. Н.***ВКЛАД НАЦИОНАЛЬНОГО НАУЧНО-ИССЛЕДОВАТЕЛЬСКОГО ИНСТИТУТА ОБЩЕСТВЕННОГО ЗДОРОВЬЯ  
ИМ. Н. А. СЕМАШКО В РАЗВИТИЕ НАУКИ И ЗДРАВООХРАНЕНИЯ**

ФГБНУ «Национальный научно-исследовательский институт общественного здоровья им. Н. А. Семашко» Минобрнауки России, 100564, г. Москва, Россия

*Статья посвящена истории создания и деятельности Национального научно-исследовательского института общественного здоровья им. Н. А. Семашко. На основании анализа архивных материалов и научных трудов сотрудников представлены основные результаты работы Института за 75 лет, его вклад в развитие науки и отечественного здравоохранения.*

*Ключевые слова:* институт; социальная гигиена; организация здравоохранения; санитарная статистика; история медицины.

**Для цитирования:** Хабриев Р. У., Щепин В. О., Затравкин С. Н. Вклад Национального научно-исследовательского института общественного здоровья им. Н. А. Семашко в развитие науки и здравоохранения. Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. 2019;27(4):344—355. DOI: <http://dx.doi.org/10.32687/0869-866X-2019-27-4-344-355>

**Для корреспонденции:** Затравкин Сергей Наркизович, д-р мед. наук, профессор, зав. отделом истории медицины Национального Научно-исследовательского института общественного здоровья им. Н. А. Семашко, e-mail: [zatravkine@mail.ru](mailto:zatravkine@mail.ru)

*Khabriev R. U., Schepin V. O., Zatravkin S. N.***THE CONTRIBUTION OF THE N. A. SEMASHKO NATIONAL RESEARCH INSTITUTE OF PUBLIC HEALTH INTO DEVELOPMENT OF SCIENCE AND PUBLIC HEALTH**

The Federal State Budget Scientific Institution «The N. A. Semashko National Research Institute of Public Health», 105064, Moscow, Russia

*The article is devoted to the history of the creation and activities of the N. A. Semashko National Research Institute of Public Health. On the basis of the analysis of archival materials and scientific works of the staff of the Institute, the main results of the Institute work for 75 years are presented. The contribution of the Institute to the development of science and health care in the USSR and the Russian Federation is investigated.*

*Keywords:* institute, social hygiene, health organization, sanitary statistics, history of medicine

**For citation:** Khabriev R. U., Schepin V. O., Zatravkin S. N. The contribution of the N. A. Semashko National Research Institute of Public Health into development of science and public health. *Problemy sotsialnoy gigieny, zdravookhraneniya i istorii meditsiny*. 2019;27(4):344—355 (In Russ.). DOI: <http://dx.doi.org/10.32687/0869-866X-2019-27-4-344-355>

**For correspondence:** Zatravkin S. N., doctor of medical sciences, professor, the Head of the Department of History of Medicine of the Federal State Budget Scientific Institution «N. A. Semashko National Research Institute of Public Health». e-mail: [zatravkine@mail.ru](mailto:zatravkine@mail.ru)

**Conflict of interests.** The authors declare absence of conflict of interests.

**Acknowledgment.** The study had no sponsor support

Received 19.04.2019  
Accepted 04.06.2019

В 2019 г. исполняется 75 лет со дня учреждения Национального научно-исследовательского института общественного здоровья им. Н. А. Семашко. Датой учреждения считается 30 июня 1944 г., когда Постановлением Совета народных комиссаров СССР № 797 при Наркомздраве СССР была основана Академия медицинских наук (АМН), в составе научных учреждений которой предписывалось создать Институт организации здравоохранения, медицинской статистики и социальной гигиены.

Непосредственная работа по организации Института началась в марте 1945 г. и легла на плечи академика И. Д. Страшуна, который по праву должен считаться его создателем и фактическим первым директором<sup>1</sup>. Именно им было подготовлено утвержденное в апреле 1945 г. Президиумом АМН СССР пер-

вое Положение об Институте, разработаны структура и штатное расписание, решены вопросы выделения и ремонта помещений, проделана огромная работа по замещению вакантных должностей научных и технических сотрудников<sup>2</sup>.

В ноябре 1945 г. был утвержден первый состав ученого совета Института, в который вошли нарком здравоохранения СССР Г. А. Митерев, нарком здравоохранения РСФСР А. Ф. Третьяков, академики И. Д. Страшун, Н. А. Семашко, А. Н. Сысин, П. А. Кувшинников, член-корреспондент АМН Г. А. Баткис, профессора К. В. Майстрах и А. Н. Рубакин<sup>3</sup>. Персональный состав ученого совета убедительно показывает, насколько большое значение придавалось предстоящей деятельности Института, который задумывался и уже с конца 1940-х годов стал головным

<sup>1</sup> Формально И. Д. Страшун занимал должности заместителя директора (с 23.02.1945 г.), а затем и о. директора Института. В 1947 г. И. Д. Страшун был обвинен в космополитизме и оказался вынужден уйти в отставку.

<sup>2</sup> Российский государственный архив научно-технической документации (РГАНТД). Ф. 177. Оп. 1. Д. 8; Государственный архив Российской Федерации (ГАРФ). Ф. Р-9120. Оп. 2. Ед. хр.126.

<sup>3</sup> РГАНТД. Ф. 177. Оп. 1. Д. 13. Л. 2.



научно-исследовательским учреждением по вопросам социальной гигиены, санитарной статистики, организации здравоохранения, а также истории отечественной медицины и советского здравоохранения.

В дальнейшем, на протяжении всей истории Института, это внимание со стороны Министерства здравоохранения и АМН не ослабевало. Не случайно во главе Института стояли крупнейшие отечественные организаторы здравоохранения и видные ученые в области общественного здоровья: академик АМН Н. А. Семашко (1947—1949), член-корреспондент АМН Н. А. Виноградов (1949—1951), М. И. Барсуков (1951—1952), Е. Д. Ашурков (1952—1961), П. И. Калью (1961—1967), И. Д. Богатырев (1967—1974), член-корреспондент АМН А. Ф. Серенко (1974—1982), член-корреспондент АМН В. К. Овчаров (1982—1988), академик РАН О. П. Щепин (1988—2013), академик РАН Р. У. Хабриев (2013—2018). В 2019 г. директором Института избран и утвержден доктор медицинских наук А. Б. Зудин. Руководителями структурных подразделений и научными сотрудниками Института в разные годы были академики и члены-корреспонденты АМН и РАН П. А. Кувшиников, Г. А. Баткис, Е. Н. Шиган, Б. Д. Петров, Ю. П. Лисицын, Г. И. Куценко, А. М. Сточик, В. О. Щепин. На базе Института многие годы действовал Научный совет по социальной гигиене и организации здравоохранения Президиума АМН, объединявший и координировавший работу сразу нескольких проблемных комиссий.

За 75 лет работы в Институте выполнено более 1200 различных тем научно-исследовательских работ (НИР) по подавляющему большинству общих и частных проблем социальной гигиены, организации здравоохранения и истории медицины. В настоящей публикации мы остановимся лишь на некоторых из них, результаты которых оказали наибольшее влияние на развитие науки и отечественного здравоохранения.

Первое десятилетие деятельности Института пришлось на один из самых сложных периодов в истории отечественной науки, когда в условиях начавшейся холодной войны с Западом политический и идеологический диктат государства в сфере науки достиг апогея. Печально знаменитая сессия ВАСХ-НИЛ 1948 г., Павловская научная сессия АН и АМН СССР 1950 г., развертывание масштабной борьбы с космополитизмом, апофеозом которой стало дело «врачей-убийц», оказали существенное влияние на работу всех медицинских научных учреждений СССР. Не стал исключением и наш Институт, перед которым была поставлена задача так выстроить научно-исследовательскую работу, чтобы ее результаты наглядно демонстрировали преимущества советской системы здравоохранения, способствовали укреплению чувства патриотизма советского врача, вооружали его «против малейших проявлений низкопоклонства и раболепия в отношении современной реакционной буржуазной медицины, против на-

саждения империалистической реакции безродного космополитизма»<sup>4</sup>.

В качестве наиболее эффективного инструмента достижения этих целей была избрана история медицины, что нашло отражение и в названии Института, который в 1946 г. был переименован в Институт организации здравоохранения и истории медицины<sup>5</sup>. Как свидетельствует выполненный анализ архивных документов, хранящихся в РГАНТД, в течение 1946—1955 гг. более 60% выполнявшихся в Институте тем НИР были посвящены различным вопросам теории и истории отечественной медицины и здравоохранения, а также критическому анализу здравоохранения за рубежом<sup>6</sup>. Участие в этой работе не просто ученых специалистов, а людей, которые на различных руководящих должностях непосредственно создавали советскую систему здравоохранения в 1920-х — первой половине 1940-х годов (Н. А. Семашко, М. И. Барсуков, А. П. Жук, И. Д. Страшун, Б. Д. Петров, Д. В. Горфин, Б. Я. Смулевич и др.), позволило успешно справиться с поставленной перед Институтом задачей. Созданная система представлений о становлении и развитии советского здравоохранения нашла отражение в руководствах для врачей, учебных программах, пособиях и методических рекомендациях (М. И. Барсуков, Б. Д. Петров, Е. Д. Ашурков, Н. А. Виноградов, И. А. Слонимская, Е. И. Лотова, Х. И. Идельчик, Н. Н. Морозов, Т. П. Новикова, Л. О. Каневский, П. И. Калью), которые были выпущены в 1950-х годах и стали обязательными для использования во всех медицинских вузах страны для преподавания истории медицины, теоретических основ, истории и организации отечественного здравоохранения [1—6]. В дальнейшем комплексная научно-методическая работа по формированию позитивного образа советского здравоохранения, особенно в первые десятилетия советской власти, активно продолжалась вплоть до конца 1980-х годов (Ф. Р. Бородулин, И. Б. Зархин, И. В. Венгрова, Ю. А. Шилинис, М. Я. Яровинский, Э. Д. Грибанов, М. К. Кузьмин, Е. Я. Коган, О. Д. Колыбина, М. П. Мультиановский, Е. Н. Якубова, В. А. Базанов и др.) [7—11].

Одновременно с участием в борьбе на идеологическом фронте холодной войны Институт занимался проведением исследований по актуальным для страны конкретным проблемам организации здравоохранения и социальной гигиены. Из них в числе наиболее важных и результативных следует назвать исследования по изучению санитарных последствий войны и разработке первоочередных мер по их ликвидации. Возглавлял эти исследования Н. А. Семашко, под руководством которого в 1944—1949 гг. действовала специальная проблемная комиссия. Материалы, собранные сотрудниками Института и други-

<sup>4</sup> РГАНТД. Ф. 177. Оп. 2—1. Т. 1. Д. 243. Л. 1—2.

<sup>5</sup> В 1949 г. в целях увековечения памяти Н. А. Семашко Институту было присвоено его имя.

<sup>6</sup> РГАНТД. Ф. 177. Оп. 2—1. Т. 1. Научные отчеты сотрудников Института за 1946—1980 гг.

ми учеными, принимавшими участие в работе комиссии, докладывались на четырех всесоюзных научных конференциях, многие решения которых, переданные Министерству здравоохранения, были реализованы и принесли ощутимые результаты в деле борьбы с туберкулезом, рахитом, кишечными инфекциями, оказания специализированной помощи инвалидам войны [12].

Институт также осуществлял научное сопровождение развернувшегося в 1947—1949 гг. объединения больниц с поликлиниками. Были разработаны и предложены Министерству здравоохранения организационные формы такого объединения, принципы составления оперативно-финансовых планов деятельности объединенных больниц, новые методики анализа их лечебно-профилактической работы (Г. Д. Гомельская, В. А. Горюшин, Р. М. Гладштейн, А. П. Жук, М. М. Мазур, М. Е. Житницкий, Е. Г. Гурская и др.)<sup>7</sup>.

Существенный вклад внесли сотрудники Института в подготовку и практическую реализацию масштабной реформы сельского здравоохранения, осуществленной в конце 1940-х — первой половине 1950-х годов. Были разработаны типовые нормы построения сельских участков, обновлены существовавшие нормативы с учетом условий послевоенного периода и изменений в структуре заболеваемости сельского населения, представлены обоснования целесообразности упразднения районных отделов здравоохранения и передачи их функций районным больницам, введения в них отделений специализированной медицинской помощи по пяти основным специальностям (Никитский, Френкель, Е. А. Логина, А. Я. Резвушкина, М. М. Чумак, И. И. Вишнева)<sup>8</sup>.

Усилиями П. М. Козлова и А. М. Меркова был разработан метод выборочного изучения заболеваемости, успешно апробированный сначала П. М. Козловым в 1947 г. одном из районов г. Москвы, а затем А. М. Мерковым в 1955 г. в ходе проведения комплексного изучения общей и госпитальной заболеваемости населения г. Иваново [13]. В дальнейшем этот метод широко использовался сотрудниками Института для изучения здоровья населения СССР в ходе проведения всесоюзных переписей 1959, 1970 и 1989 гг. (В. К. Овчаров, Е. А. Садвокасова, Т. М. Максимова).

Институт активно включился в работу по составлению и совершенствованию номенклатуры и классификации болезней и причин смерти, которая вплоть до настоящего времени продолжает составлять одно из ключевых направлений научных исследований института. В 1949—1952 гг. Институтом был подготовлен четвертый пересмотр советской государственной номенклатуры болезней и причин смерти (П. А. Кувшинников, Т. И. Добровольская). После 1965 г., когда в СССР была официально введена Международная статистическая классификация

болезней, травм и причин смерти (МКБ), Институт делал переводы, адаптировал к особенностям отечественного здравоохранения и разрабатывал методические вопросы внедрения в практику 7, 8, 9 и 10-го пересмотров МКБ (В. К. Овчаров). В настоящее время сотрудниками Института ведется активная работа по подготовке к внедрению в Российской Федерации МКБ 11-го пересмотра (С. Н. Черкасов, Д. О. Мешков). С 1977 г. на базе Института действует Сотрудничающий центр Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ) по развитию медицинских статистических классификаций.

Отдельное направление исследований Института — сбор и всесторонний анализ данных о состоянии здоровья и здравоохранения в странах Западной Европы, Азии, Северной и Латинской Америки, а также в государствах социалистического лагеря в целях научного обоснования возможностей и перспектив сотрудничества с этими странами в сфере здравоохранения (Е. Д. Ашурков, В. С. Гражуль, А. П. Жук, А. М. Рубакин, Е. И. Сошников, Т. Г. Кириленко, А. А. Розов, М. Н. Савельев, В. Б. Цибульский, О. А. Александров, Т. М. Максимова, А. С. Хромов, А. А. Роменский, Г. А. Новгородцев, Г. В. Базиян)<sup>9</sup>.

\*\*\*

В 1955 г. Институт перешел в непосредственное подчинение Министерства здравоохранения СССР, что привело к изменению тематики научных исследований. Центральное место в исследованиях заняли проблемы планирования и перспектив развития здравоохранения, всестороннее изучение состояния здоровья населения в целях определения потребности городских, сельских жителей и рабочих ведущих отраслей промышленности в лечебной и профилактической помощи, теоретическое обоснование форм и методов организации работы медицинских учреждений. Эти изменения отразились и в названии Института, который с 1965 г. стал называться Всесоюзным научно-исследовательским институтом социальной гигиены и организации здравоохранения им. Н. А. Семашко, а с 1988 г. — Научно-исследовательским институтом социальной гигиены, экономики и управления здравоохранением им. Н. А. Семашко.

Научные исследования, выполненные в Институте в этот период, послужили научно-методической основой осуществленной Министерством здравоохранения в середине 1960-х годов реформы государственной политики строительства и оснащения лечебно-профилактических учреждений. В частности, сотрудниками Института было дано научное обоснование территориального размещения медицинских объектов с учетом таких системообразующих факторов, как особенности расселения жителей, демографическая ситуация, ожидаемая структура патологии. Были также разработаны нормативы и таблицы технического оснащения действующих и вводимых в

<sup>7</sup> Там же.

<sup>8</sup> Там же.

<sup>9</sup> Там же.

строй лечебных учреждений в зависимости от их типа и коечной мощности, перечни обязательных лабораторных, аппаратных и инструментальных исследований.

В 1961 г. Э. М. Гольдзильбергом, О. Д. Колыбиной и М. П. Ройтманом было завершено комплексное изучение действовавшей в стране системы организации госпитальной помощи, изучены вопросы связи стационаров с внебольничными учреждениями по вопросам госпитализации, выполнение по городам и отдельным больницам планов по койко-дням, масштабы простоя коек и его причины, что в свою очередь позволило выявить существовавшие резервы использования коечного фонда в Москве, Ленинграде, Челябинские, Харькове, Свердловске<sup>10</sup>.

Благодаря научным исследованиям и организационным экспериментам Институт оказался у самых истоков внедрения в систему здравоохранения специализированных центров для оказания консультативной и методической помощи врачам поликлиник в диагностике и лечении хронических заболеваний. Так, в 1963—1964 гг. был проведен успешный организационный эксперимент по созданию крупных межрайонных центров по лечению и профилактике гастроэнтерологических заболеваний, которые были открыты в Москве, Ленинграде и Саратове.

В 1960-х — первой половине 1970-х годов под руководством и при активном участии И. Д. Богатырева была разработана и успешно апробирована методика, позволившая провести комплексное исследование общей заболеваемости городского и сельского населения и связанных с ней данных госпитализации и амбулаторно-поликлинической помощи [14, 15]. На основе полученных сведений были разработаны нормативы потребности в медицинской помощи по основным врачебным специальностям, использованные Министерством здравоохранения СССР при установлении дифференцированных нормативов стационарной медицинской помощи по союзным республикам, а также при составлении прогнозов развития здравоохранения СССР до 1990 г. и вошедшие в официальные документы ВОЗ.

В 1972 г. под научным руководством Е. А. Логиновой была разработана оригинальная методика изучения состояния и качества медицинской помощи, предусматривающая одновременную перепись больных с одновременным проведением экспертной оценки качества оказываемой помощи, разработаны образцы специальных карт, инструкций по их заполнению и разработочные таблицы [16]. Эта методика была успешно апробирована более чем в 10 городах СССР и использована Министерством здравоохранения СССР в эксперименте по расширению прав главного врача и применению принципов экономического стимулирования.

Целый ряд научно-исследовательских тем, выполнявшихся Институт в рассматриваемый период, имели гриф «Для служебного пользования», их

результаты долгое время оставались достоянием крайне ограниченного круга специалистов и организаторов здравоохранения. В числе таких тем были: динамика основных причин смерти населения СССР (В. К. Овчаров, В. А. Быстрова, Н. В. Анисина, 1979), социально-гигиенические аспекты научно-технического прогресса (О. А. Александров, И. И. Случевский, 1979), здоровье детского населения СССР (А. А. Роменский, Р. К. Игнатьева, 1979), комплексный анализ пропорциональности в развитии здравоохранения (Г. А. Новгородцев, 1979; Г. В. Базиян, Т. А. Королькова, 1981), экспериментальное внедрение методики комплексного динамического изучения здоровья населения (А. А. Роменский, 1979), определение нормативов коечной сети для искусственного прерывания беременности (Г. В. Базиян, 1980), медико-социальная характеристика воспроизводства населения СССР (В. К. Овчаров, В. А. Быстрова, Н. В. Анисина, Н. П. Барабанова, 1982), потребность детского населения в психоневрологической помощи и обоснование путей ее развития (Г. В. Базиян, И. И. Гребешева, 1983), медико-социальные закономерности демографических процессов в СССР (В. К. Овчаров, В. П. Русакова, 1985) и многие другие<sup>11</sup>.

Особым направлением исследований Института в эти годы стала разработка проблем экономики здравоохранения. В рамках этого направления были детально изучены вопросы стоимости содержания больничных учреждений в зависимости от их мощности, структуры и профиля (М. Е. Житницкий, 1961), стоимости открытия и функционирования медицинского вуза (Е. Г. Гурская), экономические аспекты использования коечного фонда городских и сельских больниц (М. П. Ройтман, 1972). Разработана методика оценки экономической эффективности профилактической и лечебной помощи при различных заболеваниях (Г. А. Новгородцев, 1980), выполнен подсчет затрат на борьбу с рядом заболеваний (дифтерия, полиомиелит) и определен размер ущерба, который эти болезни могли нанести (И. Д. Богатырев, М. П. Ройтман, И. Г. Минакова, 1969).

После включения в 1967 г. в структуру Института Главного вычислительного центра (ГВЦ) Министерства здравоохранения СССР одним из ведущих направлений исследований стала разработка и применение автоматизированных систем для планирования, учета и управления здравоохранением. Ю. А. Бургасов, М. Э. Шлыгина, К. М. Кельманзон, Е. Ф. Емельянов, Б. Р. Логинов, В. М. Тимонин, В. М. Дадаев, А. Ф. Козлов, З. В. Преображенская, М. Д. Ромашева, Л. Б. Громова, В. Ш. Васадзе и другие научные сотрудники ГВЦ внесли большой вклад в разработку и совершенствование математического обеспечения автоматизированных систем, внедрение операционных систем, разработку новых алгоритмов машинной обработки и анализа медико-статистической и планово-экономической информации, автоматизацию управления на уровне органов и

<sup>10</sup> Там же.

<sup>11</sup> Там же.

учреждений здравоохранения, научное и методическое руководство республиканскими информационно-вычислительными центрами<sup>12</sup>.

Отдельного упоминания заслуживают завершённые в 1979—1980 гг. классические исследования Г. А. Новгородцева, Г. З. Демченко, М. Л. Полонского, Л. Н. Алексеева, М. Ю. Ветрова, А. В. Голубых, в которых, в том числе и на основе организационных экспериментов, были определены организационные формы и объём помощи при переходе страны к диспансеризации всего населения, предложены методы совершенствования диспансерного учета и новые методики оценки результатов диспансерного обслуживания [17]. Одним из итогов этой огромной работы стал приказ Министерства здравоохранения СССР № 770 «О порядке проведения всеобщей диспансеризации населения», принятый 30 мая 1986 г.

Благодаря исследованиям А. П. Жука, Г. А. Новгородцева, М. П. Ройтмана, выполненным в Институте в 1960-х — 1970-х годах, было дано научное обоснование составления перспективных планов развития здравоохранения, широко использовавшееся органами исполнительной власти для формирования пятилетних планов развития. В рамках этого направления исследований были также разработаны методика определения нормативов обеспечения городского и сельского населения медицинской помощью, методика построения типовых штатов и штатных нормативов медицинских учреждений, методика планирования обеспечения учреждений здравоохранения врачебными и средними медицинскими кадрами и составления баланса кадров [18].

Трудно переоценить вклад, который внес Институт в развитие советской системы охраны здоровья матери и ребенка. Результаты выполненных комплексных социально-гигиенических и медико-организационных исследований в области организации в городах и в сельской местности медицинской помощи женскому и детскому населению на амбулаторно-поликлиническом уровне и стационарном этапе, организации медико-социальной помощи матери, ребенку, семье, по разработке мер усиления профилактики, снижения заболеваемости и укрепления состояния здоровья детей нашли отражение в десятках государственных нормативных документов и были широко внедрены в здравоохранение СССР (И. И. Гребешева, Л. И. Куриленко, Л. А. Якунина, Л. Г. Камсюк, В. А. Повар, И. П. Каткова, О. И. Лебединская, Л. П. Чичерин) [19].

В течение 1960-х — 1980-х годов Институт являлся основным в СССР центром разработки проблем нормирования в здравоохранении, а на базе отдела штатного нормирования Института успешно функционировал Нормативно-исследовательский центр труда работников учреждений здравоохранения. Усилиями В. А. Сперанского, М. А. Рогового, А. К. Христюхина, В. А. Гаврилова, В. М. Шиповой, А. Л. Маргулиса, В. Е. Ладыгина была создана целостная система разработки научно обоснованных

нормативов по труду медицинских работников, позволившая обеспечить проектирование нормативных документов по нормативам численности, расчетным нормам времени и нагрузки. Разработки нормативов по отдельным типам медицинских учреждений сочетались с изданием методического материала, который использовался не только при проектировании нормативов по труду, но и для проведения экономического анализа деятельности учреждений здравоохранения. Выполненный в Институте комплекс нормативно-исследовательских работ завершился разработкой и утверждением более 50 нормативных документов по труду [20, 21].

\* \* \*

Сложные социально-политические и экономические проблемы конца 1980—1990-х годов негативно сказались на жизни страны. Развал СССР, ликвидация союзных органов законодательной и исполнительной власти, вхождение страны и ее населения в «дикий» рынок, приватизация, социальная дифференциация и другие проявления того времени ввергли страну в тяжелейший кризис.

Важнейшей задачей руководства Института в эти годы являлось сохранение человеческого и научного потенциала и его интеграция в условия новой административно-хозяйственной системы. Несмотря на существовавшие проблемы страны, общества, науки и здравоохранения, в 1990-е годы сложилась «научная команда» Института, определившая и обеспечившая реализацию основных направлений его развития и научной деятельности на последующие годы. В их числе были известные ученые: профессора Т. М. Максимова, Е. А. Тишук, А. Л. Линденбратен, Г. И. Куценко, В. Б. Филатов, В. М. Шипова, В. О. Щепин, Л. П. Чичерин, Е. П. Какорина, В. С. Нечаев, О. Е. Петручук.

В этот период Институт вновь вошел в состав научных учреждений АМН (с 1992 г. — Российской академии медицинских наук, РАМН), а в 2003 г. получил свое нынешнее наименование — Национальный НИИ общественного здоровья. Последнее переименование носило знаковый характер, поскольку отражало сложившееся в 1990—2000-е годы основное направление его научных исследований — изучение проблем общественного здоровья.

В рамках практической реализации именно этого направления в течение 1993—2008 гг. в соответствии с Постановлением Совета Министров — Правительства РФ от 03.03.93 г. № 195 и решением РАМН Институт являлся головным разработчиком ежегодного «Государственного доклада о состоянии здоровья населения Российской Федерации». Институт обеспечивал методологию его формирования, сбор и обобщение материалов, формирование итогового документа, главными целями которого служили обеспечение органов государственного управления и населения РФ объективной систематизированной аналитической информацией о состоянии, условиях и факторах формирования здоровья населения, о санитарно-эпидемиологическом состоянии, о качестве

<sup>12</sup> Там же.

медицинской помощи, организационных, социальных и экономических мерах по охране и укреплению здоровья. Важным дополнением к Государственным докладам, обобщающим и анализирующим содержащиеся в докладах материалы, стала получившая широкую известность монография О. П. Щепина, И. А. Купеевой, В. О. Щепина, Е. П. Какориной «Современные региональные особенности здоровья населения и здравоохранения России» (2007).

Еще одним существенным достижением Института в 1990—2000-х годах стало успешное выполнение фундаментальной научно-практической работы по изучению состояния здоровья населения Новгородской области, проводившееся совместно с Новгородским научным центром Северо-Западного отделения РАМН и Новгородским государственным университетом им. Ярослава Мудрого.

В ходе этого исследования была разработана и в 2004 г. утверждена Минздравсоцразвития РФ и РАМН оригинальная «Методология изучения здоровья населения», предусматривавшая необходимость использования в качестве исходной информации, помимо данных государственной статистики, материалов из баз данных медицинских страховых организаций, территориального фонда ОМС, региональных органов ЗАГС, территориальных управлений Федеральной службы по надзору в сфере защиты прав потребителей, региональных бюро медико-социальной экспертизы. Практическое использование этой методологии позволило установить, что истинная заболеваемость населения и его отдельных групп существенно превышала уровни, отраженные только в государственной статистике [22, 23]. Результаты исследования были отмечены Премией Правительства Российской Федерации в области науки и техники за 2009 г.

В Институте были разработаны новые методические подходы к изучению здоровья населения в условиях его социальной дифференциации (В. К. Овчаров, Т. М. Максимова, 2000). Определены основные тенденции в состоянии здоровья населения, в том числе в формирующихся социальных группах (В. К. Овчаров, Т. М. Максимова, 2000). На основании комплексного социально-гигиенического исследования здоровья населения крупного агропромышленного региона Сибири разработаны организационно-медицинские и информационные технологии мониторинга общественного здоровья и деятельности лечебно-профилактических учреждений, обеспечивающие усиление роли здравоохранения в формировании здоровья населения региона. Дана оценка социальной эффективности мониторинговой системы здоровья, подтвердившая целесообразность ее введения на региональном уровне (О. П. Щепин, В. О. Щепин, В. А. Трешутин, 2001) [24].

Исследованы закономерности формирования здоровья детей в условиях реформирования общественно-политической жизни страны и социального расслоения, предложены новые подходы к оценке роста и развития детей в разных социальных и имущественных группах (Т. М. Максимова, 2002). На ос-

нове материалов социально-гигиенического анкетирования более 10 тыс. человек (выборочные совокупности в нескольких регионах РФ) проведен анализ влияния различных социальных факторов на формирование здоровья населения [25], разработан и применен оригинальный подход к изучению заболеваемости населения как объективного массового явления возникновения и распространения патологии среди населения (Т. М. Максимова, 2005). Проведено изучение современного состояния и дан научно обоснованный прогноз развития медико-демографических процессов в РФ (Е. А. Тишук, 2006). На основе использования международных баз данных выполнено крупномасштабное сравнительное исследование состояния здоровья населения России и ряда зарубежных стран (Т. М. Максимова, 2007). Выявлены и детально изучены региональные особенности смертности населения (Е. П. Какорина, 2008). Изучены особенности состояния здоровья и медико-социального обеспечения населения пожилого (Т. М. Максимова, 2008) и старше трудоспособного возраста (Т. М. Максимова, 2010). Дано научное обоснование путей сокращения неравенства в состоянии здоровья населения на современном этапе (В. Б. Белов, 2011).

В рамках научных исследований по проблемам мониторинга и прогнозирования здоровья населения и факторов, его формирующих, разработаны оригинальные методические подходы к математическому моделированию показателей здоровья (заболеваемость, смертность) на основе вероятностного подхода, проведена унификация регистрации данных о состоянии и детерминантах здоровья и факторов, его формирующих, на основе алгоритмов МКБ и логического контроля больших объемов данных. Создана автоматизированная платформа по кодированию причин смерти на основе формально-логических алгоритмов МКБ, позволяющая обеспечить контроль качества вводимой информации и формирование баз данных по всем причинам смерти и нозологическим терминам, а также существенно облегчающая процесс кодирования и предусматривающая возможность перехода в будущем на МКБ 11-го пересмотра (Р. У. Хабриев, С. Н. Черкасов, Е. А. Берсенева, Д. О. Мешков, 2013—2019).

\*\*\*

Развернувшееся в 1990-е годы радикальное реформирование отечественного здравоохранения, направленное на деконструкцию прежней монополярной государственной системы и замену ее на децентрализованную бюджетно-страховую модель, потребовало кардинального переосмысления теоретических основ формирования государственной политики в этой области, что стало еще одним приоритетным направлением научных исследований Института.

Под руководством и при активном участии О. П. Щепина впервые в нашей стране было начато изучение отечественного и зарубежного опыта страховой медицины, сделаны первые, наиболее важные

шаги в разработке и использовании форм и методов медицинского страхования в практике охраны здоровья населения. Результаты этих исследований нашли отражение в ставшем уже классическим шеститомном руководстве «Медицинское страхование» (1992—1995), в котором был представлен и пакет оригинальных авторских организационных технологий по переходу в России к медицинскому страхованию граждан.

В 1990-х — 2000-х годах коллективом исследователей под руководством О. П. Щепина (В. Б. Филатов, В. С. Нечеаев, Р. В. Коротких, Е. П. Жилыева, А. И. Лазаренко и др.) были выявлены и проанализированы закономерности влияния социально-экономических, демографических, политических процессов, экологических и иных факторов на здравоохранение, дано теоретическое обоснование стратегических подходов к формированию концепции национальной политики здравоохранения, проанализированы социальные ценности здравоохранения. Была обоснована также ведущая роль социально-гигиенической теории в формировании концепции национальной политики здравоохранения (1999) [26], разработаны теоретические основы стратегии развития системы охраны здоровья населения в новой социально-экономической реальности (2002), предложены организационные технологии, направленные на оптимальную реализацию политики здравоохранения (2005). Научно обоснованы новые теоретические принципы формирования политики здравоохранения на региональном уровне, разработаны методические рекомендации и модель формирования региональной политики здравоохранения (2007).

В постсоветский период истории Института много внимания уделялось и проблемам организации здравоохранения.

В 1992 г. Институт принял активное участие в разработке Концепции развития медико-социальной помощи населению в Российской Федерации и подготовке известного приказа Министерства здравоохранения РФ от 26.08.92 г. № 237 «О поэтапном переходе к организации первичной медицинской помощи по принципу врача общей практики (семейного врача)». В 1996 г. на основании разработанной Институтами методологии построения стандартов медицинской помощи, использования современных методов диагностики и лечения, единого классификатора лечебно-диагностических и функциональных исследований, государственного реестра лекарственных средств под руководством профессора В. С. Преображенской были впервые научно обоснованы и подготовлены профессиональные стандарты медицинской помощи взрослому населению в разрезе основных нозологических форм. Разработанные материалы были апробированы в отдельных регионах и территориях страны и получили признание со стороны практических учреждений здравоохранения. Приказом Минздравмедпрома РФ от 08.04.96 г. «О временных отраслевых стандартах объема медицинской помощи» органам управления здравоохранением субъектов Российской Федерации было

предписано обеспечить использование данных стандартов всеми подведомственными медицинскими учреждениями.

В 1997—1998 гг. было проведено первое в стране комплексное исследование деятельности страховых медицинских организаций и территориальных фондов в качестве страховщиков, изучен их кадровый потенциал и даны научно обоснованные рекомендации по организации и оптимизации деятельности страховщиков в системе ОМС (В. Ю. Семенов, В. О. Щепин).

Разработаны концептуальные подходы к организации и управлению муниципальными лечебно-профилактическими учреждениями различного уровня в современных социально-экономических условиях (О. П. Щепин, Ю. Г. Трегубов, 1999), осуществлена экспериментальная разработка и подготовлен пакет организационных технологий по реализации механизмов управления муниципальными лечебно-профилактическими учреждениями (Б. Л. Винокуров, 2000; Ю. Г. Трегубов, В. С. Васюкова, 2002).

На основании использования статистических форм Министерства здравоохранения РФ и отчетов выполнено комплексное исследование, посвященное анализу и оценке состояния сети лечебно-профилактических учреждений федерального подчинения, объемов их деятельности и состава пациентов в условиях социально-экономических реформ 1990-х годов (В. О. Щепин, Е. А. Тишук, Т. Н. Проклова, 2000) [27, 28].

Обобщен опыт практического использования всего многообразия организационных технологий, применявшихся в здравоохранении в 1990-х годах, даны их детальные характеристики, проанализированы их теоретические основы, исследованы проблемы их правового и финансового обеспечения, предложены новые методы их оценки (В. Б. Филатов, Ю. И. Кальфа, Я. Д. Погорелов, Е. П. Жилыева, 2001) [29].

На основе собранных Институтами в 11 субъектах РФ материалов (социологические опросы 1600 респондентов) по заданию Министерства здравоохранения дан всесторонний анализ оценки населением, руководителями и врачами лечебно-профилактических учреждений хода и результатов процесса реформирования отрасли в 1990-х годах и исследована удовлетворенность населения доступностью и качеством получаемой медицинской и лекарственной помощи (В. О. Щепин, 2001) [30].

С 2003 г. осуществлялся динамический комплексный научный анализ структурно-функциональных преобразований в системе лечебно-профилактической помощи населению Российской Федерации, исследуется динамика изменений сети, мощности, структуры, объемов и показателей деятельности, кадрового обеспечения учреждений внебольничной и стационарной помощи как в Российской Федерации в целом и в отдельных ее субъектах, готовятся научные прогнозы развития системы лечебно-профилактической помощи с учетом меняющейся законодательной и нормативно-правовой базы, разрабатыва-

ются научно-методические рекомендации по оптимизации сети лечебно-профилактических учреждений и приведения ее в соответствие с потребностями населения (В. О. Щепин, 2003—2019).

В последние годы в рамках этого направления особое внимание уделяется изучению феномена государственно-частного партнерства в здравоохранении [31]. Анализируются его теоретические, социально-гигиенические и организационные особенности, разрабатываются и апробируются возможные организационные механизмы его внедрения в систему здравоохранения в целях повышения качества и доступности медицинской помощи населению в условиях вызовов глобализации (В. С. Нечаев, 2012—2019).

В числе приоритетных направлений научно-исследовательской работы Института в постсоветский период оставались исследования в области изучения проблем экономики и планирования здравоохранения, управления качеством и эффективностью медицинской помощи, проводившиеся под руководством и при активном участии А. Л. Линденбрата.

В ходе изучения проблем экономики и планирования здравоохранения был подготовлен пакет методических материалов по совершенствованию системы оплаты медицинской помощи в условиях ОМС (1999), выполнен комплексный анализ и предложены механизмы совершенствования управления финансовыми ресурсами медицинского учреждения (2002), представлено научное обоснование развития экономических методов в управлении здравоохранением (2005), разработаны методики повышения эффективности управления ресурсами здравоохранения (2009), дана социально-экономическая оценка современных организационных технологий в здравоохранении (2012), предложена организационная технология системы экономического стимулирования субъектов ОМС, дано научное обоснование модернизации планирования здравоохранения в условиях современной нормативно-правовой базы (2013), выполнен экономический анализ эффективности инновационных процессов в условиях реализации Государственной программы развития здравоохранения (2015).

В рамках исследований в области управления качеством и эффективностью медицинской помощи была разработана Концепция государственного контроля и надзора за качеством медицинской помощи населению РФ, подготовлены методические рекомендации, регламентирующие порядок, процедуру и условия проведения контроля объемов и качества медицинской помощи при осуществлении ОМС, представлено научное обоснование комплекса мероприятий по совершенствованию деятельности территориального здравоохранения, повышению структурной эффективности лечебно-профилактических учреждений, оптимизации планирования медицинской помощи и управления здравоохранением территории с учетом местных особенностей (2009) [32], научно обоснованы организационные подходы к совершенствованию управления качеством и эф-

фективностью медицинской помощи на различных уровнях системы здравоохранения (2011). Широко известность у специалистов получила монография «Методологические основы и механизмы обеспечения качества медицинской помощи» [33].

В числе отдельных направлений научной деятельности Института следует в первую очередь назвать исследования в области изучения проблем охраны здоровья матери и ребенка (И. П. Каткова, О. И. Лебединская, Л. П. Чичерин). В начале 1990-х годов основные исследования были посвящены определению путей развития первичной медико-санитарной помощи детям и подросткам в условиях введения медицинского страхования, поэтапного перехода к внедрению принципов общей врачебной практики и семейной медицины, экспериментальному развитию комплексных программ охраны здоровья детей и планирования семьи, организации медико-социальной помощи женщинам, детям, подросткам, семье на амбулаторном этапе, сохранения и укрепления репродуктивного поведения девочек-подростков. В 2000-х — 2010-х годах ведущими направлениями деятельности Института в этой области стали фундаментальные и прикладные исследования по научному обоснованию оптимальных в современных условиях управленческих решений и организационных технологий в области охраны материнства и детства, межведомственного подхода к охране здоровья детей, подростков и молодежи, медико-социального обоснования мер профилактики социального сиротства и его последствий. Как и в советский период истории Института, результаты этих исследований оказались востребованы органами управления здравоохранением и нашли отражение в федеральных законах, федеральных целевых программах, десятках приказов и методических рекомендациях Министерства здравоохранения РФ и Департамента здравоохранения г. Москвы. В числе наиболее значимых результатов следует назвать осуществленную в 2002 г. передачу контингента подростков 15—17 лет из подростковой службы общелечебной сети в педиатрическую сеть и последовавший за этим переход детских поликлиник РФ на систему единого медицинского динамического наблюдения за ребенком с рождения и до достижения подростком возраста 18 лет.

Еще одним самостоятельным направлением стала разработка проблем санитарно-эпидемиологического контроля в новых социально-политических условиях (Г. И. Куценко, О. Е. Петручук, В. О. Щепин). В рамках этого направления были предложены и апробированы новые методические подходы и организационные технологии оценки эффективности и качества деятельности санэпидучреждений разного уровня управления (1999), научно обоснованы организационно-функциональные модели и технологии системы контроля за проведением профилактических мероприятий, осуществляемых госсанэпидслужбой в условиях мегаполиса (2005, 2008), внесены конкретные предложения по совершенствованию



нию Концепции развития госсанэпидслужбы РФ [34—36].

На основе анализа развития нормативной базы по труду с учетом современных технологий нормирования труда В. М. Шиповой разработано методическое обеспечение нормативно-исследовательских работ, которое было внедрено на примере разработки норм труда санаториев для детей [21, 37]. Выработаны принципы создания автоматизированной информационной экспертной системы определения норм труда медицинских работников санаториев для детей и сама экспертная автоматизированная система, на которую в 2018 г. получено свидетельство Роспатента (Берсенева Е. А., Седов А. А.). Предлагаемые подходы внедрены в трех санаториях для детей г. Москвы.

Был также выполнен комплекс исследований и в области изучения проблем медицинской этики и защиты прав пациента. В частности, дано научное обоснование механизма обеспечения и защиты прав пациента и врача в условиях реформирования здравоохранения, подготовлены соответствующие методические рекомендации и предложения к законодательству о национальном здравоохранении (Р. В. Коротких, 1999). Выполнен анализ методологических и мировоззренческих оснований политики формирования субъектного статуса пациента как системообразующего участника взаимоотношений и деятельности в здравоохранении (В. Б. Филатов, 2004). Разработаны методические рекомендации для практического здравоохранения, органов законодательной и исполнительной власти, общественных объединений по вопросам формирования эффективной системы регулирования взаимоотношений с пациентами в работе лечебно-профилактических учреждений (В. Б. Филатов, 2008).

В 1990-х — 2010-х годах продолжились исследования в области истории медицины и здравоохранения. Коллективом отдела истории медицины (М. Б. Мирский, М. В. Поддубный, Е. И. Данилишина, И. В. Егорышева, Е. В. Шерстнева, С. Г. Гончарова) были выполнены исследования по истории государственной, приказной, земской, городской медицины, организации лекарственного обеспечения гражданского населения дореволюционной России. Изучена эволюция управления здравоохранением и форм его организации, деятельность правительственных комиссий, работавших в конце XIX — начале XX в. над подготовкой реформ здравоохранения, раскрыта роль медицинской общественности в формировании концепции отечественного здравоохранения [38—42].

После присоединения к Институту в 2013 г. Института истории медицины РАМН тематика историко-медицинских исследований расширилась за счет НИР по истории научных революций в медицине (А. М. Сточик, С. Н. Затравкин) [43], истории отечественной хирургии (С. П. Глянецв). Усилиями В. И. Бородулина получили развитие исследования истории клиники внутренних болезней [44, 45], на-

чатые в Институте еще в 1960-х годах профессором А. Г. Лушниковым [46].

В 2016 г. для изучения, систематизации и популяризации сведений по истории развития медицинского знания и практической медицины в Институте было создано новое структурное подразделение — Российский музей медицины. Музей обладает коллекцией (более 300 тыс. предметов), отражающей историю развития отечественной медицины, начиная с XIII в. и до современности, ведет активную научную работу и создает стационарные и выездные выставочные экспозиции (К. А. Пашков, Н. В. Чиж, Е. Е. Бергер, М. С. Тугорская, М. В. Кокорина, Е. С. Дорофеева). В частности, сотрудниками музея были организованы экспозиции: «История диагностического оборудования» (Москва, ВДНХ, 2016), «Здоровье народа — богатство страны» (Сочи, 2017), «Здравоохранение России 1917 г.» (Москва, 2017—2018), «Насаждение народного здравия» (Москва, 2018—2019), «Последний царь: кровь и революция» (совместно с Музеем науки в Лондоне, Лондон, 2018—2019).

Принципиально новым направлением научных исследований Института в последние годы стала оценка технологий здравоохранения [47] (Р. У. Хабриев, Р. И. Ягудина, Д. О. Мешков, 2013—2019). В рамках этого направления Институт стал соучредителем двух авторитетных международных ассоциаций: Clinical Research Initiative for Global Health (CRIGH) и EuroScan, занимающихся организацией клинических исследований и руководством ими, а также разработкой инструментов, позволяющих прогнозировать появление на рынке инновационных технологий в краткосрочном и среднесрочном периодах. Был выполнен анализ и дано научно-методическое обоснование внедрения оценки технологий здравоохранения в систему охраны здоровья, подготовлена классификация медицинских вмешательств.

Еще одним новым направлением исследований стало изучение возможности использования лексического анализа в целях повышения качества медицинской помощи [48]. В рамках этих исследований построена модель алгоритмов вычисления критериев оценки количественного содержания медицинской информации в электронном текстовом документе, сформулированы фундаментальные критерии оценки содержащейся в документе медицинской информации по степени уникальности, построена модель алгоритмов вычисления критериев оценки содержащейся в документе медицинской информации по степени уникальности. На основе этих подходов разработана автоматизированная информационная система лексического анализа медицинских документов, на которую в 2015 г. получено свидетельство Роспатента (Е. А. Берсенева, А. А. Седов). Данная система внедрена в четырех медицинских организациях различных форм собственности.

С первых лет своего существования Институт много внимания уделял подготовке научных кадров. При Институте функционирует Специализирован-

ный совет по защите диссертаций по специальностям общественное здоровье и здравоохранение, история медицины. Через очную и заочную аспирантуру, докторантуру и внешнее соискательство было подготовлено более 1 тыс. специалистов высшей квалификации. В 2015 г. в Институте создан Центр высшего и дополнительного профессионального образования, в котором к настоящему времени прошли профессиональную переподготовку и повышение квалификации более 700 врачей по специальности «Организация здравоохранения и общественное здоровье». Центр также осуществляет подготовку специалистов по программам магистратуры («Общественное здравоохранение», «Менеджмент медицинской организации») и аспирантуры по укрупненной группе профессий (науки о здоровье и профилактическая медицина).

Таким образом, собранные материалы позволяют констатировать, что за 75 лет деятельности Институт внес и продолжает вносить значительный вклад в развитие общественного здоровья и здравоохранения и истории медицины как научных дисциплин, он оказал и продолжает оказывать существенное влияние на совершенствование отечественной системы здравоохранения.

Авторы выражают искреннюю благодарность сотрудникам Института В. М. Шиповой, А. Л. Линденбратену, Л. П. Чичерину, С. Н. Черкасову, Д. О. Мешкову, Е. А. Берсеновой, Н. В. Чиж, И. В. Егорышевой, И. В. Шерстневой, Т. Н. Зайцевой, М. Е. Квасовой, Е. В. Кондрашовой за помощь в сборе материалов при подготовке настоящей статьи.

Исследование не имело спонсорской поддержки.  
Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

#### ЛИТЕРАТУРА

- Барсуков М. И. Великая Октябрьская социалистическая революция и организация советского здравоохранения. М.; 1951.
- Петров Б. Д., ред. История медицины. Материалы к курсу истории медицины. М.; 1954.
- Каневский Л. О., Лотова Е. И., Идельчик Х. И. Основные черты развития медицины в России в период капитализма. М.; 1956.
- Ашурков Е. Д., Барсуков М. И., Морозов Н. Н., Новикова Т. П., Слонимская И. А. Очерки истории здравоохранения СССР (1917—1956 гг.). Барсуков М. И., ред. М.; 1957.
- Виноградов Н. А., ред. Организация здравоохранения в СССР. Пособие для врачей. М.; 1958.
- Петров Б. Д., ред. Очерки истории профилактического направления советской медицины. М.; 1958.
- Петров Б. Д. Очерки истории отечественной медицины. М.; 1962.
- Петров Б. Д., ред. История медицины СССР. М.; 1964.
- Лотова Е. И., Идельчик Х. И. Борьба с инфекционными болезнями в СССР. 1917—1967. Очерки истории. М.; 1967.
- Венгрова И. В., Шилинис Ю. А. Социальная гигиена в СССР. М.; 1976.
- Лотова Е. И., Идельчик Х. И., Венгрова И. В. В борьбе за здоровье рабочих (из истории диспансеризации и социально-гигиенических исследований в СССР). Петров Б. Д.; ред. М.; 1989.
- Покровский В. И., Бочков Н. П., Сточик А. М., Тутельян В. А., Шилинис Ю. А., Загравкин С. Н. Исторический очерк. В кн.: 60 лет Российской академии медицинских наук. М.; 2004. С. 9—106.
- Мерков А. М. Здоровье населения и методы его изучения. Избранные произведения. Бедный М. С., ред. М.; 1979.
- Богатырев И. Д. Заболеваемость и лечебно-профилактическое обслуживание промышленных рабочих. М.; 1962.
- Богатырев И. Д., ред. Заболеваемость городского населения и нормативы лечебно-профилактической помощи. М.; 1967.
- Логинова Е. А., Куриленко Л. И., Зимовский Б. Ф. Медицинская помощь городскому населению (методика и опыт изучения состояния и качества). М.; 1972.
- Новгородцев Г. А., Демченкова Г. З., Полонский М. Л. Диспансеризация населения в СССР. М.; 1979.
- Жук А. П. Планирование здравоохранения в СССР. М.; 1968.
- Чичерин Л. П., Щепин В. О., Михальская Е. В. Деятельность Национального НИИ общественного здоровья им. Н. А. Семашко в области охраны здоровья матери и ребенка. Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. 2019;27(4): ...
- Роговой М. А. Методы изучения затрат труда медицинских работников (Материалы к V научной сессии института). Данюшевский С. М., ред. М.; 1964.
- Шипова В. М. Организация и технология нормирования труда в здравоохранении. Хабриев Р. У., ред. М.; 2018.
- Щепин О. П., Коротких Р. В., Щепин В. О., Медик В. А. Здоровье населения — основа развития здравоохранения. Щепин О. П., ред. М.; 2009.
- Щепин О. П., Медик В. А., ред. Здоровье населения региона и приоритеты здравоохранения. М.; 2010.
- Трешутин В. А., Щепин В. О. Региональная система мониторинга здоровья населения и эффективность здравоохранения. Щепин О. П., ред. М.; 2001.
- Максимова Т. М. Социальный градиент в формировании здоровья населения. М.; 2005.
- Щепин О. П., ред. Фундаментальные основы политики здравоохранения. М.; 1999.
- Вялков А. И., Щепин В. О., Тишук Е. А., Проклова Т. Н. Лечебно-профилактические учреждения федерального подчинения: анализ и оценка деятельности. Щепин О. П., ред. М.; 2000.
- Онищенко Г. Г., Когут Б. М., Пригорнев В. Б., Щепин В. О., Дьяченко В. Г., Капитоненко Н. А. Состояние здоровья населения и ресурсы здравоохранения Дальневосточного федерального округа в 2001 году. Хабаровск; 2002.
- Филатов В. Б., Кальфа Ю. И., Погорелов Я. Д., Жилиева Е. П. Организационные технологии в здравоохранении. Филатов В. Б., ред. М.; 2001.
- Вялков А. И., Щепин В. О. Проблемы и перспективы развития здравоохранения (материалы социологического исследования). Щепин О. П., ред. М.; 2001.
- Нечаев В. С., Нисан Б. А., Петрова И. А., Чудинова И. Е., Прокинова А. Н., Жилиева Е. П., Ефремов Д. В. Государственно-частное партнерство в здравоохранении (опыт научного анализа). М.; 2012.
- Линденбратен А. Л., Сердюковский С. М., Гришина Н. К. История создания и деятельность отдела экономических исследований в здравоохранении ФГБУ «Национальный НИИ общественного здоровья» РАМН. *История науки и техники*. 2014;(11):73—108.
- Щепин О. П., Стародубов В. И., Линденбратен А. Л., Галанова Г. И. Методологические основы и механизмы обеспечения качества медицинской помощи. М.; 2002.
- Знатдинов В. Б., Щепин В. О., Петручук О. Е. Обеспечение населения крупного города от карантинных инфекций на основе матрицы социально-гигиенических мероприятий. Щепин О. П., ред. Казань; 2003.
- Петручук О. Е., Давлетшин Ф. А., Щепин В. О. Развитие санитарного и дезинфекционного дела в Российской Федерации. Щепин О. П., ред. М.; 2009.
- Смбатян С. М. Проблемы профилактики социально опасных заболеваний. Щепин О. П., ред. М.; 2009.
- Шипова В. М. Нормы труда медицинских работников поликлиник: иллюзии и реальность. Хабриев Р. У., ред. М.; 2018.
- Мирский М. Б. Медицина России X—XX веков: очерки истории. М.; 2005.
- Поддубный М. В., Егорышева И. В., Шерстнева Е. В., Блохина Н. Н., Гончарова С. Г. Роль приказов общественного призрения в формировании системы медицинской помощи населению России в XVIII—XIX вв. М.; 2012.
- Поддубный М. В., Егорышева И. В., Шерстнева Е. В. История здравоохранения дореволюционной России (конец XVI—начало XX в.). Хабриев Р. У., ред. М.; 2014.
- Егорышева И. В., Шерстнева Е. В., Гончарова С. Г. Медицина городских общественных самоуправлений в России. М.; 2017.

42. Шерстнева Е. В., Егорышева И. В. Лекарственное обеспечение гражданского населения России в 17 — начале 20 века. М.; 2017.
43. Степин В. С., Сточик А. М., Загравкин С. Н. История и философия медицины. Научные революции XVII—XIX веков. М.; 2017.
44. Бородулин В. И., Сорокина Т. С., Тополянский А. В. Клиническая медицина в двадцатом веке. Очерки истории. М.; 2012.
45. Бородулин В. И. Клиническая медицина от истоков до 20-го века. М.; 2015.
46. Лушников А. Г. Клиника внутренних болезней в России. М.; 1962.
47. Хабриев Р. У., Ягудина Р. И., Правдюк Н. Г. Оценка технологий здравоохранения. М.; 2013.
48. Берсенева Е. А., Таирова Р. Т. Лексический анализ в здравоохранении. М.; 2018.

Поступила 19.04.2019  
Принята в печать 04.06.2019

#### REFERENCES

1. Barsukov M. I. The Great October Socialist Revolution and the organization of the Soviet public health [*Velikaja Oktjabr'skaja social'isticheskaja revolyucija i organizacija sovetskogo zdravooxranenija*]. Moscow; 1951 (in Russian).
2. Petrov B. D., ed. History of medicine. Materials for the course of history of medicine [*Istorija mediciny. Materialy k kursu istorii mediciny*]. Moscow; 1954 (in Russian).
3. Kanevsky L. O., Lotova E. I., Idelchik Kh. I. The main features of the development of medicine in Russia in the period of capitalism [*Osnovnye cherty razvitiya mediciny v Rossii v period kapitalizma*]. Moscow; 1956 (in Russian).
4. Ashurkov E. D., Barsukov M. I., Morozov N. N., Novikova T. P., Slonimskaya I. A. Essays on the history of public health of the USSR (1917—1956). [*Ocherki istorii zdravooxranenija SSSR (1917—1956 gg.)*]. Barsukov M. I., ed. Moscow; 1957 (in Russian).
5. Vinogradov N. A., ed. Health Organization in the USSR. A Handbook for Doctors [*Organizacija zdravooxranenija v SSSR. Posobie dlja vrachej*]. Moscow; 1958 (in Russian).
6. Petrov B. D., ed. Essays on the history of the preventive direction of Soviet medicine [*Ocherki istorii profilakticheskogo napravlenija sovetskoj mediciny*]. Moscow; 1958 (in Russian).
7. Petrov B. D. Essays on the history of domestic medicine [*Ocherki istorii otechestvennoj mediciny*]. Moscow; 1962 (in Russian).
8. Petrov B. D., ed. History of Medicine of the USSR [*Istorija mediciny SSSR*]. Moscow; 1964 (in Russian).
9. Lotova E. I., Idel'chik H. I. The fight against infectious diseases in the USSR. 1917—1967. Sketches of history [*Bor'ba s infekcionnymi boleznyami v SSSR. 1917—1967. Ocherki istorii*]. Moscow; 1967 (in Russian).
10. Vengrova I. V., Shilinis Yu. A. Social hygiene in the USSR [*Social'naja gigiena v SSSR*]. Moscow; 1976 (in Russian).
11. Lotova E. I., Idel'chik H. I., Vengrova I. V. In the struggle for the health of workers (from the history of clinical examination and socio-hygienic studies in the USSR). [*V bor'be za zdorov'e rabochih (iz istorii dispanserizacii i social'no-gigienicheskikh issledovanij v SSSR)*]. Petrov B. D. ed. Moscow; 1989 (in Russian).
12. Pokrovskij V. I., Bochkov N. P., Stochik A. M., Tutel'jan V. A., Shilinis Ju. A., Zatravkin S. N. Historical essay In.: 60 years of the Russian Academy of Medical Sciences [*60 let Rossijskoj akademii medicinskih nauk*]. Moscow; 2004. P. 9—106 (in Russian).
13. Merkov A. M. Public health and methods of studying it. Selected Works [*Zdorov'e naselenija i metody ego izuchenija. Izbrannye proizvedenija*]. Bednyj M. S., ed. Moscow; 1979 (in Russian).
14. Bogatyrev I. D. Incidence and treatment and preventive maintenance of industrial workers [*Zabolevaemost' i lechbeno-profilakticheskoe obsluzhivanie promyshlennyh rabochih*]. Moscow; 1962 (in Russian).
15. Bogatyrev I. D., ed. The incidence of the urban population and the standards of treatment-and-prophylactic care [*Zabolevaemost' gorodskogo naselenija i normativy lechbeno-profilakticheskoy pomoshhi*]. Moscow; 1967 (in Russian).
16. Loginova E. A., Kurylenko L. I., Zimovskij B. F. Medical assistance to the urban population (methods and experience of studying the state and quality) [*Medicinskaja pomoshh' gorodskomu naseleniju (metodika i opyt izuchenija sostojanija i kachestva)*]. Moscow; 1972 (in Russian).
17. Novgorodcev G. A., Demchenkova G. Z., Polonskij M. L. Clinical examination of the population in the USSR [*Dispanserizacija naselenija v SSSR*]. Moscow; 1979 (in Russian).
18. Zhuk A. P. Health planning in the USSR [*Planirovanie zdravooxranenija v SSSR*]. Moscow; 1968 (in Russian).
19. Chicherin L. P., Shchepin V. O., Mikhalskaya E. V. To the history of the Institute's activities in the field of maternal and child health. [*Problemy social'noj gigieny, zdravooxranenija i istorii mediciny*]. 2019;27(4):... (in Russian).
20. Rogovoj M. A. Methods for studying the labor costs of medical workers (Materials for the V Scientific Session of the Institute) [*Metody izuchenija zatrat truda medicinskih rabotnikov (Materialy k V nauchnoj sessii instituta)*]. Danjushevskij S. M., ed. Moscow; 1964 (in Russian).
21. Shipova V. M. Organization and technology of labor rationing in health care [*Organizacija i tehnologija normirovanija truda v zdravooxranenii*]. Khabriev R. U., ed. Moscow; 2018 (in Russian).
22. Schepin O. P., Korotkikh R. V., Schepin V. O., Medic V. A. Public health is the basis of health care development [*Zdorov'e naselenija — osnova razvitiya zdravooxranenija*]. Shchepin O. P., ed. Moscow; 2009 (in Russian).
23. Shchepin O. P., Medic V. A., eds. Population health in the region and health priorities [*Zdorov'e naselenija regiona i priority zdravooxranenija*]. Moscow; 2010 (in Russian).
24. Treshutin V. A., Schepin V. O. Regional monitoring system of public health and health care efficiency [*Regional'naja sistema monitoringa zdorov'ja naselenija i jeffektivnost' zdravooxranenija*]. Schepin O. P., ed. Moscow; 2001 (in Russian).
25. Maksimova T. M. Social gradient in shaping public health [*Social'nyj gradient v formirovanii zdorov'ja naselenija*]. Moscow; 2005 (in Russian).
26. Schepin O. P., ed. Fundamentals of Health Policy [*Fundamental'nye osnovy politiki zdravooxranenija*]. Moscow; 1999 (in Russian).
27. Vyalkov A. I., Schepin V. O., Tishuk Ye. A., Proklova T. N. Treatment-and-prophylactic institutions of federal subordination: analysis and evaluation of activity [*Lechbeno-profilakticheskie uchrezhdenija federal'nogo podchinenija: analiz i ocenka dejatel'nosti*]. Schepin O. P., ed. Moscow; 2000 (in Russian).
28. Onishhenko G. G., Kogut B. M., Prigornev V. B., Shchepin V. O., D'jachenko V. G., Kapitonenko N. A. Public health and health resources of the Far Eastern Federal District in 2001 [*Sostojanie zdorov'ja naselenija i resursy zdravooxranenija Dal'nevostochnogo federal'nogo okruga v 2001 godu*]. Khabarovsk; 2002.
29. Filatov V. B., Kal'fa Ju. I., Pogorelov Ja. D., Zhiljaeva E. P. Organizational technologies in health care [*Organizacionnyye tehnologii v zdravooxranenii*]. Filatov V. B., ed. Moscow; 2001 (in Russian).
30. Vyalkov A. I., Schepin V. O. Problems and prospects of development of health care (materials of sociological research) [*Problemy i perspektivy razvitiya zdravooxranenija (materialy sociologicheskogo issledovanija)*]. Schepin O. P., ed. Moscow; 2001 (in Russian).
31. Nechaev V. S., Nisan B. A., Petrova I. A., Chudinova I. E., Prokinova A. N., Zhilyaeva E. P., Efremov D. V. Public-private partnership in healthcare (experience of scientific analysis) [*Gosudarstvenno-chastnoe partnerstvo v zdravooxranenii (opyt nauchnogo analiza)*]. Moscow; 2012 (in Russian).
32. Lindenbraten A. L., Serdyukovsky S. M., Grishina N. K. The history of the creation and activity of the Department of Economic Research in Healthcare at the FSBI «National Research Institute of Public Health» of the Russian Academy of Medical Sciences. [*Istorija nauki i tehniki*]. 2014;(11):73—108 (in Russian).
33. Schepin O. P., Starodubov V. I., Lindenbraten A. L., Galanova G. I. Methodological foundations and mechanisms to ensure the quality of medical care [*Metodologicheskie osnovy i mehanizmy obespechenija kachestva medicinskoj pomoshhi*]. Moscow; 2002 (in Russian).
34. Znatdinov V. B., Schepin V. O., Petruchuk O. E. Providing the population of a large city from quarantine infections based on a matrix of social and hygienic measures [*Obespechenie naselenija krupnogo goroda ot karantinnyh infekcij na osnove matricy social'no-gigienicheskikh meroprijatij*]. Schepin O. P., ed. Kazan; 2003 (in Russian).
35. Petruchuk O. E., Davletshin F. A., Schepin V. O. The development of sanitary and disinfection affairs in the Russian Federation [*Razvitie sanitarnogo i dezinfekcionnogo dela v Rossijskoj Federacii*]. Schepin O. P., ed. Moscow; 2009 (in Russian).
36. Smbatyan S. M. Problems of prevention of socially dangerous diseases [*Problemy profilaktiki social'no opasnyh zabolevanij*]. Schepin O. P., ed. Moscow; 2009 (in Russian).
37. Shipova V. M. Labor standards of medical workers of polyclinics: illusions and reality [*Normy truda medicinskih rabotnikov poliklinik: illjuzii i real'nost'*]. Khabriev R. U., ed. Moscow; 2018 (in Russian).
38. Mirskij M. B. Medicine of Russia in the X—XX centuries: history essays [*Medicina Rossii X—XX vekov: ocherki istorii*]. Moscow; 2005 (in Russian).

39. Poddubnyj M. V., Egorysheva I. V., Sherstneva E. V., Blohina N. N., Goncharova S. G. The role of public charity orders in the formation of the system of medical care to the population of Russia in the XVI–XIX centuries [Rol' prikazov obshhestvennogo prizrenija v formirovanii sistemy medicinskoj pomoshhi naseleniju Rossii v XVI–XIX vv.]. Schepin O. P., ed. Moscow; 2012 (in Russian).
40. Poddubnyj M. V., Egorysheva I. V., Sherstneva E. V. The history of health care in pre-revolutionary Russia (end of the 16<sup>th</sup> — early 20<sup>th</sup> centuries) [Istorija zdravooohranenija dorevoljucionnoj Rossii (konec XVI — nachalo XX v.)]. Khabriev R. U., ed. Moscow; 2014 (in Russian).
41. Egorysheva I. V., Sherstneva E. V., Goncharova S. G. Medicine of urban public self-governments in Russia [Medicina gorodskih obshhestvennyh samoupravlenij v Rossii]. Moscow; 2017 (in Russian).
42. Sherstneva E. V., Egorysheva I. V. Drug provision of the civilian population of Russia in the 17<sup>th</sup> and early 20<sup>th</sup> centuries [Lekarstvennoe obespechenie grazhdanskogo naselenija Rossii v 17 — nachale 20 veka]. Moscow; 2017 (in Russian).
43. Stepin V. S., Stochik A. M., Zatravkin S. N. History and philosophy of medicine. Scientific Revolution in the XVII–XIX centuries [Istorija i filosofija mediciny. Nauchnye revoljucii XVII–XIX vekov]. Moscow; 2017 (in Russian).
44. Borodulin V. I., Sorokina T. S., Topoljanskij A. V. Clinical medicine in the twentieth century. Sketches of history [Klinicheskaja medicina v dvadcatom veke. Oчерki istorii]. Moscow; 2012 (in Russian).
45. Borodulin V. I. Clinical medicine from the beginnings to the 20<sup>th</sup> century [Klinicheskaja medicina ot istokov do 20-go veka]. Moscow; 2015 (in Russian).
46. Lushnikov A. G. Clinic of internal diseases in Russia [Klinika vnutrennih boleznej v Rossii]. Moscow; 1962 (in Russian).
47. Khabriev R. U., Yagudina R. I., Pravdyuk N. G. Health technology assessment [Ocenka tehnologij zdravooohranenija]. Moscow; 2013 (in Russian).
48. Berseneva E. A., Tairova R. T. Lexical Analysis in Health Care [Leksicheskij analiz v zdravooohranenii]. Moscow; 2018 (in Russian).

Чичерин Л. П., Щепин В. О., Михальская Е. В.

**ДЕЯТЕЛЬНОСТЬ НАЦИОНАЛЬНОГО НАУЧНО-ИССЛЕДОВАТЕЛЬСКОГО ИНСТИТУТА ОБЩЕСТВЕННОГО ЗДОРОВЬЯ им. Н. А. СЕМАШКО В ОБЛАСТИ ОХРАНЫ ЗДОРОВЬЯ МАТЕРИ И РЕБЕНКА (К 75-ЛЕТИЮ ИНСТИТУТА)**

ФГБНУ «Национальный научно-исследовательский институт общественного здоровья им. Н. А. Семашко» Минобрнауки России, 103065, г. Москва

*Прослежены основные пути становления и развития комплексных научных исследований Федерального государственного бюджетного научного учреждения «Национальный НИИ общественного здоровья им. Н. А. Семашко» по разделу охраны здоровья матери и ребенка. Независимо от ведомственной принадлежности задачи, которые ставились перед его коллективом за 75 лет на этапах «СССР — Российская Федерация», отразились на трансформации его названий, в полной мере соответствуя меняющимся социально-экономическим условиям страны, степени развития науки в данной области, потребностям отрасли здравоохранения, всего дела охраны здоровья населения.*

*К л ю ч е в ы е с л о в а:* материнство; детство; охрана здоровья; научные исследования.

**Для цитирования:** Чичерин Л. П., Щепин В. О., Михальская Е. В. Деятельность Национального научно-исследовательского института им. Н. А. Семашко в области охраны здоровья матери и ребенка. Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. 2019;27(4):356—365. DOI: <http://dx.doi.org/10.32687/0869-866X-2019-27-4-356-362>

**Для корреспонденции:** Чичерин Леонид Петрович, д-р мед. наук, профессор, главный научный сотрудник отдела стратегического анализа в здравоохранении ФГБНУ «Национальный научно-исследовательский институт общественного здоровья им. Н. А. Семашко», e-mail: [leo2506@gmail.com](mailto:leo2506@gmail.com)

Chicherin L. P., Schepin V. O., Mikhalskaya E. V.

**THE ACTIVITIES OF THE N. A. SEMASHKO NATIONAL RESEARCH INSTITUTE OF PUBLIC HEALTH IN THE FIELD OF MOTHER AND CHILD HEALTH CARE (TO THE SEVENTY FIFTH ANNIVERSARY OF THE INSTITUTE)**

The Federal State Budget Scientific Institution «The N. A. Semashko National Research Institute of Public Health», 105064, Moscow, Russia

*The main ways of formation and development of complex scientific research of Federal public budgetary scientific institution «The National Public Health Research Institute named after N. A. Semashko» in the section of health protection of mother and child are tracked. Irrespective of departmental accessory, a task which were set for its collective for these 75 years at stages of the USSR — the Russian Federation affected transformation of its names, fully corresponding to the changing social and economic conditions of the country, extent of development of science in the field and to requirements of the branch of health care, all business of public health care.*

*К е y o r d s:* motherhood, childhood, health protection, scientific research

**For citation:** Chicherin L. P., Schepin V. O., Mikhalskaya E. V. The activities of the N. A. Semashko National Research Institute of Public Health in the field of mother and child health care (to the seventy fifth anniversary of the Institute). *Problemy sotsialnoy gigieny, zdravookhraneniya i istorii meditsiny*. 2019;27(4):356—362 (In Russ.). DOI: <http://dx.doi.org/10.32687/0869-866X-2019-27-4-356-362>

**For correspondence:** Chicherin L. P., doctor of medical sciences, professor, the major researcher of the The N. A. Semashko National Research Institute of Public Health. e-mail: [leo2506@gmail.com](mailto:leo2506@gmail.com)

**Conflict of interests.** The authors declare absence of conflict of interests.

**Acknowledgment.** The study had no sponsor support

Received  
Accepted

Охрана материнства и детства (ОМД) всегда была одним из главных направлений на всех этапах деятельности созданного в соответствии с Постановлением Совета народных комиссаров СССР от 30.06.44 г. № 797 в составе Академии медицинских наук СССР Института организации здравоохранения, медицинской статистики и социальной гигиены — ведущего научного центра страны в области социальной гигиены, организации здравоохранения и истории медицины.

На первых порах вопросы охраны здоровья матери и ребенка решались в ходе исследований, выполняемых в организационно-методическом отделении, отделении санитарной статистики, отделении организации здравоохранения с четырьмя секторами. Спектр работ расширился с переходом учреждения в 1965 г. в подчинение Минздрава СССР. В связи с воз-

растанием поставленных перед Институтом задач в 1965 г. он переименован во Всесоюзный НИИ социальной гигиены и организации здравоохранения им. Н. А. Семашко Минздрава СССР. Главным направлением его деятельности становится разработка социальных проблем отрасли, здоровья различных групп населения, влияния на него социальных факторов.

Профильные вопросы здоровья, организации медицинского обеспечения женщин и детей рассматривались в рамках общих исследований сотрудниками Института принципов организации медицинской помощи различным группам населения, планирования отрасли, обоснования перспектив ее развития, рационального использования трудовых ресурсов, потребности в различных видах медицинской помощи, в том числе амбулаторно-поликлиниче-

ской, специализированной, рациональной структуры коечного фонда. В области материнства и детства изучались социально-гигиенические аспекты абортов, физическое развитие детей и другие вопросы.

Основные исследования в области организации и управления здравоохранением, обоснования рациональных форм работы органов и учреждений отрасли выполнялись в этот период одноименным отделом, возглавлявшимся проф. Е. А. Логиновой и состоявшим из 5 отделений: организации медицинской помощи городскому, сельскому населению, промышленным рабочим, женщинам, детям.

В последних двух подразделениях широко разрабатывались социально-гигиенические проблемы ОМД, включая изучение влияния различных факторов на характер и распространенность патологии беременности и ее связи с психофизическим развитием ребенка, а также организационные вопросы совершенствования профилактической и лечебной работы детских и женских больничных и внебольничных учреждений. Иными словами, одним из направлений деятельности Института в целом явилось воплощение провозглашенного высшим руководством страны лозунга «все лучшее — детям», имеющего прямое отношение ко всей системе ОМД.

Интенсивность научных изысканий в данном направлении, их востребованность Минздравом СССР, наукой и практикой страны явились стимулом для выделения из отдела организации и управления здравоохранения двух профильных его подразделений и создания в 1981 г. первого в Институте крупного (порядка 30 сотрудников) самостоятельного отдела организации медицинской помощи детям и женщинам (руководитель — канд. мед. наук И. И. Гребешева). В его структуре функционировали четыре отделения, возглавляемые кандидатами медицинских наук: организации медицинской помощи женщинам (Л. И. Куриленко), детям (Л. А. Якунина), медико-социальной помощи семье (Л. Г. Камсюк), стационарной медицинской помощи детям (В. А. Повар).

Новый для того периода термин «медико-социальная направленность» подразумевал межведомственное решение лечебно-профилактическими учреждениями проблем женщин, детей, семьи. Научные исследования новым отделом проводились в области организации в городах и сельской местности медицинской помощи контингентам на амбулаторно-поликлиническом и стационарном этапах, организации правовой помощи, разработки мер усиления профилактики, снижения заболеваемости и укрепления состояния здоровья детей, в том числе в дошкольных учреждениях и школах. О широте научной деятельности отдела, осуществляемой в масштабах СССР и союзных республик, свидетельствует наименование крупных 5-летних плановых научно-исследовательских работ (НИР): «Методика изучения состояния и качества лечебно-профилактической помощи беременным, роженицам и детям первого года жизни», «Медико-социальные основы развития и совершенствования охраны материнства и

детства», «Совершенствование организации работы городского врачебного участка в условиях специализации медицинской помощи населению» и др.

Внедрение в этот период современной электронно-вычислительной техники позволило увеличить объем исследований, ускорить и облегчить обработку полученных материалов и их анализ. Именно на 80-е годы прошлого века пришелся пик впечатляющего практического выхода результатов многолетних комплексных научных разработок Института по проблемам охраны материнства и детства.

Их результаты легли в основу ряда подготовленных с участием других научных коллективов страны документов всесоюзного уровня. Среди них:

- государственные доклады о состоянии здоровья населения;
- «Комплексная программа научно-технического прогресса СССР на 1986—2005 годы (по пятилеткам)» — (рубрика 4.4. «Охрана здоровья женщин и детей»), утвержден АН СССР и ГКНТ СССР в 1983 г.;
- доклады советского Детского фонда «Положение детей в Российской Федерации: состояние, проблемы, перспективы»;
- программа ежегодной диспансеризации всего населения: утверждена МЗ СССР 22.12.84 г. (раздел «Организация диспансеризации детского населения»);
- приказ МЗ СССР от 13.07.88 г. № 565 «О введении в действие временных (1988—1990 гг.) показателей для оценки состояния охраны здоровья населения, деятельности учреждений здравоохранения, специалистов, работающих в них» (разделы «Детская поликлиника» и «Участковый педиатр»), а также соответствующие методические рекомендации МЗ СССР по их использованию, как и разработанная Институтотом Программа исследования;
- приказы МЗ СССР: «Об утверждении положения о главном внештатном специалисте по профилактической работе с детьми» (1983), «Об утверждении временного положения о порядке проведения ежегодной диспансеризации всего населения» (1985), «О порядке проведения всеобщей диспансеризации населения» (раздел «Диспансеризация детского населения»; 1986), «Об утверждении положения о детской областной (краевой, республиканской) больнице» (1986).

В эти же годы были подготовлены методические рекомендации, указания и информационные письма Минздрава СССР: «Организация правовой работы детской городской поликлиники: методические указания», «Об улучшении работы по диспансеризации детского населения», «Об улучшении работы органов здравоохранения и народного образования по охране здоровья детей в дошкольных учреждениях», «Организация контроля заведующего педиатрическим отделением детской городской поликлиники за деятельностью участковых врачей-педиатров», «Подготовка молодежи к вступлению в брак, к ро-

ждению ребенка, задачи консультаций “Брак и семья”».

Многолетние исследования Института позволили подготовить в составе рабочей группы ведомства приказ Минздрава СССР от 19.01.83 г. № 63 «О дальнейшем совершенствовании амбулаторно-поликлинической помощи детскому населению в городах». Это основополагающий директивный, являющийся одновременно и организационно-методическим, документ в области развития первичной медико-санитарной помощи детям, не имевший в последующие десятилетия прецедента, к тому же до сих пор являющийся образцом четкого разграничения функций, представленного в подробных Положениях о лечебно-профилактических учреждениях (ЛПУ) и его структурных подразделениях, о главном враче и его заместителях, заведующих отделениями, врачах-педиатрах участковых, других специалистах, например о юрисконсульте, среднем медицинском персонале.

Данное обстоятельство — в укор часто меняющимся нынешним приказам Минздрава России по рассматриваемой проблеме — представляется особо важным, поскольку осуществляемая нами в ходе выполнения научной тематики экспертиза, как и изучение практики на местах, показали, что, например, те же «порядки», утвержденные ведомством в отношении различных специальностей, не отражают всего спектра деятельности медицинских организаций, а также функциональных обязанностей их работников.

Одним из разделов деятельности Института на всех этапах являлась экспертиза состояния проблем охраны здоровья матери и ребенка и оказание научно-практической помощи органам и учреждениям здравоохранения, научным коллективам на местах. Сотрудники отдела ОМД курировали деятельность в данном направлении профильных подразделений НИИ и кафедр вузов страны, оказывая им консультативную организационную и методическую помощь.

Огромный объем работы осуществлялся по заданиям высших органов власти страны, обращавшихся в адрес Института через Минздрав СССР с поручениями подготовить справки, проекты докладов руководства, различных официальных документов. По заданиям ЦК КПСС, Совета Министров СССР, Президиума Верховного Совета СССР, Минздрава страны, ВЦСПС и других органов сотрудниками Института в составе бригад специалистов различного профиля регулярно выполнялось большое число плановых и внеплановых командировок в союзные республики. При этом особое внимание уделялось территориям с высочайшими показателями материнской и младенческой смертности (МС) — республикам Средней Азии, Закавказья.

Изучение этой важнейшей составляющей демографической ситуации как потенциала общественного здоровья показало ее обусловленность игнорированием регионального фактора, что вызвало необходимость разработки Главным управлением охраны материнства и детства Минздрава СССР с при-

влечением более 20 научных учреждений страны, в первую очередь НИИ им. Н. А. Семашко, системы стратегических и тактических мер по снижению смертности детей первого года жизни в стране. Для исправления данного негативного положения вещей в 1987 г. были разработаны и внедрены три региональные комплексные научно-практические программы: для регионов с высоким (>25 на 1 тыс. родившихся живыми — Казахстан и республики Средней Азии), средним (15—24 на 1 тыс. — Россия и республики Закавказья) и низким (<15 на 1 тыс. — Украина, Белоруссия и Прибалтийские республики) показателем МС. Такой подход позволил в короткие сроки изменить тревожную ситуацию МС в лучшую сторону уже к 2000 г.: по СССР — с 26 до 21,8‰, по РСФСР — с 20,7 до 17,4‰.

Вершиной деятельности Института, обладавшего к тому периоду мощным научным потенциалом и огромным опытом, стало основанное на глубокой научной проработке непосредственное участие в создании важнейшего государственного документа — «Комплексной программы работ по усилению профилактики заболеваний и укреплению здоровья населения СССР на 1985—1990 гг.» (с комплексной подпрограммой 5.2. «Гармоничное здоровье детей»), согласованной с Госпланом страны, Госкомитетом по науке и технике, Госкомитетом по труду и социальным вопросам и другими инстанциями, как и подготовка Комплексной программы научно-технического прогресса СССР на 1991—2010 гг. (по пятилеткам), утвержденной АН СССР и ГКНТ СССР в 1986 г. Их реализация не вызвала сомнений в возможности достижения многих из ожидаемых результатов в силу продуманного межведомственного организационно-методического и кадрового обеспечения. Однако сначала возникли серьезные финансовые трудности, а в дальнейшем программы просто не могли быть выполнены по причине известных политических и социально-экономических потрясений конца 1980-х — начала 1990-х годов.

Характерно, что многие положения этих разработанных в советский период основополагающих документов, с учетом адаптации к специфике времени, не потеряли своей актуальности и сегодня: комплексный, межсекторальный подход, превентивная и риск-направленность, учет региональной специфики, активное участие общественных организаций, самого населения.

Результаты научных изысканий Института были использованы при разработке Федерального закона от 24.06.99 г. № 120-ФЗ «Об основах системы профилактики безнадзорности и правонарушений несовершеннолетних», подготовленного на основании материалов ранее изданной Концепции профилактики безнадзорности и правонарушений несовершеннолетних в современных социально-экономических условиях (Беличева С. А., Чичерин Л. П., 1998). Документ устанавливал основы правового регулирования отношений, возникающих в связи с реализацией мер профилактики безнадзорности и правонарушений несовершеннолетних.



Продолжались фундаментальные комплексные научные социально-гигиенические и медико-организационные исследования в целях обоснования стратегии и тактики функционирования системы ОМД, оптимальных организационных форм управления в деятельности органов и учреждений здравоохранения России по медико-социальной помощи женщинам, детям, подросткам, семье, рациональной организации амбулаторно-поликлинической, стационарной, специализированных и иных видов помощи на базе широкого внутрисююзного комплексирования и международного сотрудничества, путей совершенствования форм межведомственного партнерства в области ОМД.

Были организованы и успешно проведены Всесоюзные школы передового опыта по различным разделам организации медицинской помощи детскому населению, экспозиции на Выставке достижений народного хозяйства (ВДНХ) СССР, удостоенные ее медалей и дипломов. Сотрудники отдела не только представляли материалы на форумах различного уровня, но и в составе оргкомитетов принимали участие в подготовке, организации и проведении многих всесоюзных и республиканских съездов, конгрессов, научно-практических конференций и пр.

По итогам деятельности отдела в те годы вышли первые в стране в области организации медицинской помощи женщинам и детям крупные монографии Л. И. Куриленко и И. И. Гребешевой [1, 2].

В начале 1990-х годов, после ухода из института руководителя отдела И. И. Гребешевой, постепенно «таящий» по численности отдел медико-социальных и организационных проблем ОМД несколько лет возглавляла проф. И. П. Каткова. Основные исследования шли по направлениям экспериментального развития комплексных программ охраны здоровья детей и планирования семьи, определения путей развития первичной медико-санитарной помощи детям и подросткам в условиях введения медицинского страхования, поэтапного перехода к внедрению принципов общей врачебной практики и семейной медицины, организации медико-социальной помощи женщинам, детям, подросткам, семье на амбулаторном этапе, сохранения и укрепления репродуктивного поведения девочек-подростков, по другим аспектам, решаемым совместно с Минздравом страны, органами и учреждениями здравоохранения на территориях. В этот период была разработана Концепция развития медико-социальной помощи населению в Российской Федерации (под ред. акад. О. П. Щепина и проф. И. П. Катковой, 1992), подготовлен приказ Минздрава России от 26.08.92 г. № 237 «О поэтапном переходе к организации первичной медицинской помощи по принципу врача общей практики (семейного врача)», разработаны учебные программы по медико-социальным дисциплинам «Медико-социальный патронаж семей социального риска» под редакцией О. И. Лебединской, Л. П. Чичерина и др.

Однако последствия распада СССР и вызванные этим неудовлетворенность работой, прежде всего, в

материальном плане, морально-психологическое угнетение и иные причины способствовали уходу сотрудников в фонд ОМС, коммерческие структуры, другие учреждения. От когда-то большого отдела в тот период осталось несколько человек в составе сектора организации медико-социальной помощи детям и матерям (руководитель — канд. мед. наук Л. П. Чичерин). Ведущим направлением работы подразделения явились фундаментальные и прикладные исследования по научному обоснованию оптимальных в современных условиях управленческих решений и организационных технологий в области охраны материнства и детства. Выполнялись реализованные в виде официальных документов различного уровня, публикаций, докладов и плановые НИР, имеющие целью научное обоснование совершенствования системы оказания медико-социальной помощи детям и подросткам в условиях модернизации отрасли, реформирование первичного звена здравоохранения, оптимизацию организационных технологий профилактики заболеваний, укрепление здоровья, формирование здорового образа жизни детско-подросткового контингента России, межведомственного подхода к охране здоровья детей, подростков и молодежи, медико-социальное обоснование мер профилактики социального сиротства и его последствий.

Высокие показатели заболеваемости и смертности подростков 15—17 лет, рост проблем медико-социального генеза у данного контингента и другие факторы явились стимулом для научного обоснования новых форм организации их медицинского наблюдения, традиционно осуществляемого подростковыми кабинетами городских поликлиник. Результатом явилась разработка сотрудниками Института в составе рабочей группы Минздрава ряда документов, направленных на передачу этого контингента из подростковой службы общелечебной сети в педиатрическую сеть.

Прежде всего это основополагающий в деле реформирования педиатрической службы страны приказ Минздрава России от 05.05.99 г. № 154 «О совершенствовании медицинской помощи детям подросткового возраста 10—17 лет». Институтом также была разработана и утверждена Минздравом России «Программа постоянно действующего семинара повышения квалификации в системе практического здравоохранения для врачей, осуществляющих медицинское обеспечение детей подросткового возраста» (2000), а также издано подробное методическое пособие «Подросток в детской поликлинике: проблемы и основные пути решения» (1999). Таким образом, казалось бы, была создана предпосылка для перехода с 2002 г. детских поликлиник Российской Федерации на систему единого медицинского динамического наблюдения за ребенком с рождения и до достижения подростком 18 лет.

Вместе с тем последующее изучение практического состояния вопроса на территориях вкупе с материалами научных изысканий показали недостаточность определенного приказом № 154 2-летнего сро-

ка переходного периода, ошибочность игнорирования огромного опыта работы на местах с контингентом подростковой службы, обладающей сетью специализированных кабинетов, квалифицированными кадрами врачей-терапевтов подростковых. Экспертная оценка показывала и недостаточный уровень знаний подготавливаемых педиатрическими факультетами медицинских вузов страны врачей по разделу организации медико-социальной помощи такому специфическому контингенту, как подростки 15—17 лет, и их семьям (что и сегодня остается проблемой).

Продолжалось плодотворное научно-практическое сотрудничество Института с Департаментом здравоохранения г. Москвы по обоснованию современных форм организации работы педиатрической службы крупного города с детьми и подростками, мероприятий по профилактике заболеваний и укреплению здоровья контингента, оптимальных форм оказания медико-социальной помощи детям; по анализу причин смертности и инвалидизации лиц, пострадавших в результате дорожно-транспортных происшествий. Была разработана Концепция развития здравоохранения г. Москвы (1998). Во исполнение городской целевой программы «Столичное здравоохранение» специальным приказом Департамента в 2006 г. внедрен в практику работы ЛПУ мегаполиса «Паспорт здоровья ребенка», подготовленный членом-корреспондентом РАМН В. К. Овчаровым, проф. Л. П. Чичериным и др.

Для практического здравоохранения столицы был подготовлен ряд методических рекомендаций и информационных писем по технологии организации медико-психологической помощи детям и подросткам в условиях детской поликлиники, охране репродуктивного здоровья девочек и девушек-подростков на амбулаторно-поликлиническом этапе, профилактике жестокого обращения с детьми и насилия в семье, повышению квалификации персонала детских городских поликлиник по проблемам подросткового возраста.

Л. П. Чичериным, обобщившим результаты научного поиска последних десятилетий, в 1999 г. была защищена первая в отделе материнства и детства Института докторская диссертация. Итогом работы в этом направлении стала и монография, не имеющая прецедента в стране в области организации первичной медико-санитарной помощи детскому населению [3].

С возвращением Института в ведомство РАМН осуществлялись фундаментальные научные исследования в сфере изучения проблем здоровья, теории, организации здравоохранения. По вопросам охраны здоровья детского населения на основании выполненных научных работ были подготовлены материалы, использованные в официальных документах федерального уровня. Среди них:

— федеральная (Президентская) целевая программа «Дети России» на 2003—2006 гг. (подпрограмма «Здоровый ребенок»), утверждена

Постановлением Правительства РФ от 03.10.2002 г.);

— «Основные направления государственной социальной политики по улучшению положения детей в Российской Федерации до 2010 года (Национальный план действий в интересах детей)»; Решение коллегии Минздравсоцразвития России от 16.02.2005 г.;

— проект Концепции охраны здоровья детей в Российской Федерации до 2010 г. и План мероприятий по ее реализации, Решение коллегии Минздравсоцразвития России от 16.02.2005 г.;

— приказ Минздрава России и Минобразования России от 30.05.2002 г. № 176/2017 «О мерах по улучшению охраны здоровья детей в Российской Федерации»;

— методические рекомендации Минздравсоцразвития России и Минобразования России по проведению в образовательных учреждениях ежегодного «Всероссийского урока здоровья» (2003);

— методическое пособие «Организация медико-психологической помощи детям и подросткам» (2006).

Также следует упомянуть приказы Минздравсоцразвития России от 18.01.2006 г. № 28 «Об организации деятельности врача-педиатра участкового», от 28.04.2006 г. № 319 «Об утверждении примерного порядка организации деятельности и структуры детской поликлиники».

Осуществлялось организационно-технологическое сотрудничество, оказывалась научно-консультативная, методическая помощь территориям, ЛПУ, НИИ и кафедрам, отдельным специалистам по актуальным вопросам общественного здоровья и здравоохранения, охраны здоровья матери и ребенка.

Вопросы материнства и детства всегда были в центре внимания ученых Института, независимо от его названия или ведомственной подчиненности. Особенно характерно, что научные изыскания по проблеме всегда осуществлялись и продолжают иметь место при внешнем и внутреннем комплексировании, с участием подразделений учреждения. Так, в отделе истории медицины и здравоохранения в 1985 г. вышла книга Х. И. Идельчик «О. П. Ногина» о жизни и деятельности одной из первых организаторов охраны материнства и младенчества в СССР. В 1998 г. была защищена докторская диссертация Е. И. Данилишиной по развитию отечественного акушерства. Постоянное направление НИР последних десятилетий — разработка научных основ планирования здравоохранения и нормирования труда в системе материнства и детства (проф. В. М. Шипова).

Подготовленная коллективом авторов из разных научных учреждений большая глава «Охрана здоровья женщин и детей» вошла в капитальный труд — монографию об истории отечественного здравоохранения, издание которой было приурочено к рубежу XX—XXI вв. [4].

В 2001 г. защищена докторская диссертация И. А. Купеевой «Научное обоснование комплексных профилактических программ охраны материнства и детства на территориальном уровне» (научный консультант — академик РАН О. П. Щепин). При научном консультировании члена-корреспондента РАН проф. В. О. Щепина выполнены исследования, по результатам которых защищены докторские диссертации: В. Г. Дьяченко — «Научное обоснование системы охраны здоровья детей в условиях социально-экономических реформ в территориях с низкой плотностью населения (на материалах Хабаровского края 1990—1999 гг.)» (2001), М. Ю. Засыпкиным — «Роль медико-экономических принципов управления в организации акушерско-гинекологической службы» (2003), В.Н Ядчуком — «Концепция организации медицинского обеспечения подготовки граждан Российской Федерации к военной службе и пути ее реализации» (2004), Д. В. Шутовым — «Оптимизация оказания специализированной медицинской помощи детям на амбулаторном этапе в субъекте Российской Федерации» (2006) и др.

Под научным руководством проф. Л. П. Чичерина выполнены двухлетние темы «Обоснование технологий профилактики заболеваний, формирования здорового образа жизни детей и подростков России» (2008—2009) и «Оптимизация межведомственного подхода к охране здоровья детей, подростков и молодежи» (2010—2011).

Во втором десятилетии XXI в. исследования по проблеме в ФГБНУ «Национальный НИИ общественного здоровья им. Н. А. Семашко» продолжают, прежде всего, сотрудниками отдела стратегического анализа в здравоохранении (руководитель — член-корреспондент РАН В. О. Щепин), реализуя плановые НИР по одному из ведущих направлений деятельности Института, а именно — медико-социальные аспекты охраны здоровья детей, подростков, молодежи (возрастной контингент с рождения и до достижения 30 лет).

Основанием для исследований последних лет являются профильные официальные документы федерального уровня: «Стратегия развития медицинской науки в Российской Федерации на период до 2025 года» (распоряжение Правительства России от 28.12.2012 г. № 2580-р); «Стратегия национальной безопасности Российской Федерации до 2020 года» (утверждена Указом Президента России от 31.12.2015 г. № 683), «Национальная стратегия действий в интересах детей на 2012—2017 гг.» (Указ Президента России от 01.06.2012 г. № 761) и др.

В этот период под научным руководством проф. Л. П. Чичерина выполнены НИР «Совершенствование организационных технологий профилактики заболеваний и укрепления здоровья детей и подростков на амбулаторном этапе» (2012—2013), «Медико-социальные аспекты охраны здоровья подрастающего поколения» (2014—2015), «Оптимизация комплексных мер по профилактике заболеваний и укреплению здоровья детей, подростков, молодежи» (2016—2017). Полученные результаты явились пред-

метом обсуждения (для подготовки на федеральном уровне — в Комитете по охране здоровья Госдумы России, Минздрава России и иных инстанций, а также на уровне субъектов Российской Федерации) официальных документов: проектов приказов, методических рекомендаций, служебных записок и др. Подготовлены и изданы пять монографий, вышли в свет десятки публикаций, защищена докторская диссертация Р. Я. Нагаева «Медико-социальные аспекты охраны здоровья подростков 10—17 лет на уровне субъекта Российской Федерации» (2016). Результаты научных исследований ежегодно докладываются и используются при подготовке резолюций многочисленных всероссийских форумов с международным участием: съездов, конгрессов, научно-практических конференций и т. д.

Обоснованные по результатам научного поиска пути решения проблем охраны здоровья подрастающего поколения России рассматриваются при участии отдела в рамках функционирования:

- Координационного совета Бюро ОПМ РАН и Президиума РАО «Здоровье и образование детей, подростков и молодежи»;
- профильной комиссии Минздрава России по школьной медицине, гигиене детей и подростков;
- президиума Общероссийской общественной организации «Российское общество развития школьной и университетской медицины и здоровья»;
- Межрегионального общественного объединения «Союз педиатров России».

Материалы исследований использованы, в частности, при подготовке приказа Минздравсоцразвития России от 16.04.2012 г. № 366н «Об утверждении Порядка оказания педиатрической помощи», практических рекомендаций, других федеральных и территориальных документов по совершенствованию медицинского обеспечения и организации медико-социальной помощи контингенту.

Ныне научные изыскания по проблеме осуществляются в отделе стратегического анализа в здравоохранении в рамках заданий Указов Президента России от 29.05.2017 г. № 240 «Об объявлении в Российской Федерации Десятилетия детства на 1918—1927 гг.», от 07.05.2018 г. № 204 «О национальных целях и стратегических задачах развития Российской Федерации на период до 2024 года» (национальные проекты «Демография», «Здравоохранение», «Образование»), целого ряда федеральных и ведомственных официальных документов. На основании государственного задания выполняется фундаментальное научное исследование «Состояние и проблемы охраны здоровья населения России и его подрастающего поколения», в рамках которого предусмотрено определение детерминант формирования репродуктивного здоровья детского и подросткового населения и обоснование путей сохранения и укрепления здоровья, развития организации медико-социальной помощи.

Исследование не имело спонсорской поддержки.  
Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

#### ЛИТЕРАТУРА

1. Куриленко Л. И. Организация специализированной акушерско-гинекологической помощи. М.: Медицина; 1978.
2. Гребешева И. И. Организация лечебно-профилактической помощи детям. М.: Медицина; 1987.
3. Куценко Г. И., Чичерин Л. П. Охрана здоровья и совершенствование амбулаторно-поликлинической помощи детям и подросткам на современном этапе. Воронеж: Изд-во ВГТУ; 2000.
4. Кулаков В. И., Данилишина Е. И., Чичерин Л. П. Охрана здоровья женщин и детей. В кн.: Шевченко Ю. Л., Покровский В. И., Щепин О. П., ред. Здоровоохранение России. XX век. М.: ГЭОТАР-Мед; 2001. С. 151—73.

Поступила 08.04.2019  
Принята в печать 04.06.2019

#### REFERENCES

1. Kurilenko L. I. Organization of specialized obstetric and gynecological care [*Organizaciya specializirovannoj akushersko-ginekologicheskoy pomoshchi*]. Moscow: Meditsina; 1978 (in Russian).
2. Grebesheva I. I. Organization of medical and preventive care for children [*Organizaciya lechbno-profilakticheskoy pomoshchi detyam*]. Moscow: Meditsina; 1987 (in Russian).
3. Kucenko G. I., Chicherin L. P. Health protection and improvement of outpatient care for children and adolescents at the present stage [*Ohrana zdorov'ya i sovershenstvovanie ambulatorno-poliklinicheskoy pomoshchi detyam i podrostkam na sovremennom eh tape*]. Voronezh: Izd-vo VGTU; 2000 (in Russian).
4. Kulakov V. I., Danilishina E. I., Chicherin L. P. Ohrana zdorov'ya zhenshchin i detej. In: Shevchenko Y. L., Pokrovskiy V. I., Shchepin O. P., eds. Health of Russia. XX century [*Zdravooohranenie Rossii. XX vek*]. Moscow: GEOTAR-Med; 2001. P. 125—73 (in Russian).

## Здоровье и общество

© Коллектив авторов, 2019  
УДК 614.2

Линденбратен А. Л.<sup>1</sup>, Голубев Н. А.<sup>2</sup>, Афонина М. А.<sup>2</sup>

### ОЦЕНКА ПРЯМОГО ЭКОНОМИЧЕСКОГО УЩЕРБА, СВЯЗАННОГО С ТАБАКОКУРЕНИЕМ, ЗА 2009 И 2016 гг.

<sup>1</sup>ФГБУ «Национальный научно-исследовательский институт общественного здоровья им. Н. А. Семашко» Минобрнауки России, 105064, г. Москва;  
<sup>2</sup>ФГБУ «Центральный научно-исследовательский институт организации и информатизации здравоохранения» Минздрава России, 127254, г. Москва

*В статье представлена оценка экономического ущерба, связанного с табакокурением, за 2009 и 2016 гг. Полученные данные о распространенности табачной зависимости свидетельствовали, с одной стороны, о снижении табачной зависимости среди опрошенного населения, а с другой — о росте доли потребительских расходов на табачную продукцию и индекса физического объема розничной продажи табачных изделий. В исследовании включен анализ заболеваемости ассоциированными с курением болезнями, а также анализ обращаемости за медицинской помощью пациентов с заболеваниями, связанными с табачной зависимостью.*

**Ключевые слова:** курение; табачная зависимость; экономический ущерб; рынок табачной продукции; ранняя инициация табакокурения; болезни курящего человека; оценка экономического бремени от курения.

**Для цитирования:** Линденбратен А. Л., Голубев Н. А., Афонина М. А. Оценка прямого экономического ущерба, связанного с табакокурением, за 2009 и 2016 гг. Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. 2019;27(4):363—368. DOI: <http://dx.doi.org/10.32687/0869-866X-2019-27-4-363-368>

**Для корреспонденции:** Афонина Мария Александровна, канд. мед. наук, главный специалист отделения медицинской статистики ФГБУ «Центральный научно-исследовательский институт организации и информатизации здравоохранения», e-mail: [afonina@mednet.ru](mailto:afonina@mednet.ru)

Lindenbraten A. L.<sup>1</sup>, Golubev N. A.<sup>2</sup>, Afonina M. A.<sup>2</sup>

### THE EVALUATION OF DIRECT ECONOMIC LOSS RELATED TO TOBACCO SMOKING IN 2009 AND 2016

<sup>1</sup>The Federal State Budget Scientific Institution «The N. A. Semashko National Research Institute of Public Health», 105064, Moscow, Russia

<sup>2</sup>The Federal State Budget Institution «The Central Research Institute for Health Organization and Informatics» of Minzdrav of Russia, 127254, Moscow, Russia

*The article presents an assessment of the economic damage associated with smoking for the period of 2009—2016. The obtained data on the prevalence of tobacco dependence for 2009—2016 showed, on the one hand, a decrease in tobacco dependence among the population surveyed, and on the other hand, an increase in the share of consumer spending on tobacco products and of an index of the physical volume of retail sales of tobacco products. The study included an analysis of the incidence of diseases associated with smoking, as well as an analysis of the attendance of medical care for patients with tobacco-related diseases.*

**Keywords:** smoking, tobacco dependence, economic damage, tobacco product market, early initiation of tobacco smoking, smoking person's disease, assessment of the economic burden of smoking.

**For citation:** Lindenbraten A. L., Golubev N. A., Afonina M. A. The evaluation of direct economic loss related to tobacco smoking in 2009 and 2016. *Problemy sotsialnoy gigieny, zdravookhraneniya i istorii meditsiny*. 2019;27(4):363—368 (In Russ.). DOI: <http://dx.doi.org/10.32687/0869-866X-2019-27-4-363-368>

**For correspondence:** Afonina M. A., candidate of medical sciences, the chief specialist of the Department of Medical Statistics of the Central Research Institute for Health Organization and Informatics. e-mail: [afonina@mednet.ru](mailto:afonina@mednet.ru)

**Conflict of interests.** The authors declare absence of conflict of interests.

**Acknowledgment.** The study had no sponsor support

Received 02.11.2018  
Accepted 29.11.2018

Курение представляет собой острую медико-социальную проблему из-за пандемического характера распространения и частого возникновения нежелательных последствий: хронических неинфекционных болезней, патологических изменений практически всех функциональных систем и органов, нарушений психического здоровья и даже преждевременной смерти во всем мире. У курящих мужчин и женщин выявляются нарушения со стороны респираторной, сердечно-сосудистой, пищеварительной, репродуктивной, центральной и вегетативной нервной систем. Возникающие вследствие курения болезни и

патологические состояния выделяют в отдельную группу болезней курящего человека, или smoking-related diseases. Исследования в области табачной зависимости не ограничиваются медико-социальной и психологической направленностью. Актуальной на сегодняшний день является оценка экономического бремени, связанного с болезнями курящего человека.

Исследования Всемирного банка указывают на то, что 6—15% от всех затрат на медицинскую помощь были обусловлены табачной зависимостью [1]. Оценка экономического ущерба, связанного с таба-

кокурением, является необходимым условием для научного обоснования разработки программ профилактики табачной зависимости и определения объема инвестиционных затрат на их реализацию.

Целью исследования было дать сравнительную оценку прямому экономическому бремени от заболеваний, связанных с курением, в 2009 и 2016 гг.

В задачи данного исследования входило:

1. Проанализировать распространенность табакокурения среди населения в зависимости от половозрастных особенностей и принадлежности к социальным группам, учитывая особенности табачного рынка в России.

2. Проанализировать заболеваемость болезнями, ассоциированными с курением.

3. Провести анализ обращаемости за медицинской помощью пациентов с заболеваниями, ассоциированными с табачной зависимостью.

4. Дать оценку прямому экономическому бремени от заболеваний, связанных с курением.

### Материалы и методы

Объектом исследования стали лица с табачной зависимостью, предметом исследования — экономические затраты, связанные с табакокурением.

Для оценки прямых экономических затрат, связанных с табакокурением, применялись методы математического моделирования, эпидемиологического и медико-статистического анализа.

Для анализа распространенности табакокурения были использованы данные эпидемиологических исследований: глобального опроса населения России о потреблении табака (GATS), социологических опросов Центра изучения общественного мнения (ВЦИОМ) и Центра мониторинга вредных привычек среди детей и подростков Центрального научно-исследовательского института организации и информатизации здравоохранения Минздрава России (Центр мониторинга ВППД), статистические данные Росстата и данные о потребительском спросе на табачную продукцию Российского мониторинга экономического положения и здоровья населения НИУ ВШЭ и Росстата.

Для анализа заболеваемости болезнями, ассоциированными с курением, были использованы данные сборников статистических материалов за 2009 и 2016 гг., формы статистической отчетности № 7 и № 12.

Согласно накопленному отечественному и зарубежному опыту, анализ заболеваемости проводился в отношении групп болезней, связь развития которых с курением не вызывает сомнения: болезней системы кровообращения, включая инфаркт миокарда, инсульт и ишемическую болезнь сердца, хроническую обструктивную болезнь легких (ХОБЛ), злокачественные новообразования, не включая рак трахеи, бронхов, легкого. В связи с тем что ассоциированные с курением заболевания развиваются спустя несколько лет после начала курения, анализ заболеваемости проводился в отношении взрослого населения старше 18 лет.

При расчете показателей заболеваемости, связанной с курением, использовался общепринятый показатель относительного риска болезней среди курящих в сравнении с некурящими лицами (RR). Показатель RR для злокачественных новообразований, не включая рак трахеи, бронхов и легкого, составил 2,0, для рака трахеи, бронхов и легкого — 25,0, для болезней системы кровообращения — 1,6, для ишемической болезни легких — 2,0, для инсульта — 2,0, для хронической обструктивной болезни легких — 10,0 [2], для инфаркта миокарда — 2,95 [3]. Далее был рассчитан показатель популяционного риска курения

$$RAR = p_0 + p_1 \times RR - 1/p_0 + p_1 \times RR,$$

где  $p_0$  — доля некурящих лиц,  $p_1$  — доля курящих на данный момент лиц.

При анализе числа обращений пациентов с заболеваниями, связанными с табакокурением, были использованы данные из формы статистической отчетности № 14 за 2009 и 2016 гг. [4—6].

Расчет числа обращений, ассоциированных с табакокурением, проводился также с использованием показателей относительного риска RR и популяционного риска курения RAR.

Ряд исследований, проводившихся в России, включали также и анализ расходов при оказании амбулаторной помощи. Однако статистической информации о числе обращений за амбулаторной помощью по отдельным нозологическим группам заболеваний нет, поэтому нами был исключен данный вид расчета. Авторы же данных исследований предлагали рассчитывать эти показатели, поделив количество всех амбулаторных посещений на одно амбулаторное обращение по поводу соответствующего заболевания. Однако, по нашему мнению, применение данной методики нецелесообразно в связи с особенностями предоставления статистических данных об амбулаторных обращениях. Только при одном случае обращения за амбулаторной помощью, учитывая соответствующую патологию, может быть выставлено одновременно несколько диагнозов. Информация о количестве вызовов скорой медицинской помощи (СМП) лицами с ассоциированными с табакокурением болезнями представлена не полностью, а только в отношении лиц, которые были госпитализированы в стационар бригадами СМП, включая информацию о количестве вызовов СМП без последующей госпитализации.

Стоит отметить, что в доступных источниках нет достоверной информации о числе обращений за медицинской помощью с раком трахеи, бронхов, легкого. Поэтому показатель был смоделирован путем расчета доли числа случаев рака трахеи, бронхов, легкого в структуре первичной заболеваемости злокачественными новообразованиями (ЗНО; общее количество госпитализаций и вызовов скорой медицинской помощи — СМП — с последующей госпитализацией по поводу ЗНО поделили на долю числа случаев рака трахеи, бронхов, легкого в структуре первичной заболеваемости ЗНО), что в 2009 г. соста-

## Здоровье и общество

вило 8,9 всех случаев ЗНО, в 2016 г. — 9,9 всех случаев ЗНО.

Таким образом, исследование включало оценку прямых финансовых затрат при оказании стационарной медицинской помощи и вызовах СМП с последующей госпитализацией со ЗНО (без рака трахеи, бронхов, легкого), раком трахеи, бронхов, легкого, болезнями системы кровообращения, с отдельным включением инфаркта миокарда, инсульта и ишемической болезни сердца, ХОБЛ, обусловленных курением, в отношении взрослых пациентов 18 лет и старше в 2009 и 2016 гг. Выбор материала для проведения исследования был связан с особенностями статистического учета заболеваемости и доступностью эпидемиологических исследований по табакокурению, которые проводились за последнее время в России (в 2009 и 2016 гг.), с нормативами финансового обеспечения по «Программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2009 и 2016 гг.» (далее — Программа).

При расчете ассоциированных с курением прямых материальных затрат применялись средние нормативы стоимости оказания медицинских услуг в условиях стационара и одного вызова СМП, согласно базовой программе ОМС, из расчета на одно застрахованное лицо в рамках Программы. Исходя из средних нормативов затрат на единицу объема специализированной помощи, стоимость одного случая госпитализации в 2009 г. составляла 1167 руб., в 2016 г. — 22 815,3 руб., одного вызова СМП — 1710,1 руб. в 2009 г., 1747,7 руб. в 2016 г. Таким образом, для определения затрат на ассоциированные с курением госпитализации и вызовы СМП показатели госпитализаций и вызовов СМП взрослых пациентов старше 18 лет умножали на единицу финансовых затрат, согласно перечню нозологий.

### Результаты исследования

Затраты на медицинскую помощь пациентам с болезнями курящего человека зависят от эпидемиологической ситуации. В мире наблюдается высокая распространенность курения, о которой свидетельствует ряд показателей. Всемирная организация здравоохранения (ВОЗ) регулярно проводит мониторинг эпидемии табачной зависимости у населения из различных возрастных и социальных групп.

Эпидемиологический анализ табакокурения. Согласно глобальному опросу населения России старше 15 лет о потреблении табака GATS, проводившемуся в 2009 г. ( $n=11\ 518$ ) и в 2016 г. ( $n=11\ 458$ ), распространенность табакокурения за 9 лет снизилось с 39,1 до 30,5%. Из общего числа у мужчин потребление табака сократилось с 60,2 до 49,8%, у женщин — с 21,7 до 14,5% [7, 8]. Данные ВЦИОМ за 2015—2016 гг. также подтвердили, что треть населения в России употребляли табак. Однако показатели, полученные ВЦИОМ, отличались от показателей GATS, что, вероятнее всего, было связано с разным подходом в методологии опросов. Распространенность курения среди взрослых старше 18 лет, по дан-

ным ВЦИОМ, в 2009 г. оценивалась в 41%, а в 2016 г. — в 31% [9].

По нашему мнению, отечественные исследования имеют некоторые преимущества перед зарубежными за счет различия подходов при интерпретации полученных данных и их направленностью на проведение национальной политики в области охраны здоровья. Так, в нашей стране принято считать детей людей младше 18 лет, отдельно выделяя подростковую группу 15—17 лет. Согласно подходу ВОЗ, возрастом взрослого человека считается 15 лет и старше. Однако проведение отдельных исследований в группе подростков 15—17 лет является чрезвычайно важным, так как инициация потребления табака у большинства курящих лиц происходит в этом возрасте.

Росстатом в 2014 г. были опубликованы данные, согласно которым инициация табачной зависимости большинства курильщиков происходила в возрасте 15—20 лет (60,7% курящих женщин и 64,8% курящих мужчин) [10].

Приобщение к табакокурению происходит еще в детстве: у 5,2% девочек и 25% мальчиков — в возрасте до 10 лет, у 14,5% мальчиков и 12,7% девочек — в 11—12 лет, у 28% девочек и 18,5% мальчиков — в 13—14 лет, у 8,4% девочек и 5,2% мальчиков — в 15—16 лет. В результате приобщение к табаку до 10 лет у мальчиков и в 13—14 лет у девочек осложнило картину распространенности табакокурения в целом [11].

Анализ потребления табачной продукции. Анализ рынка табачной продукции также показал высокую распространенность табакокурения в России. При этом на фоне увеличения количества потребления сигарет растет и число курильщиков. Важной характеристикой рынка табачных изделий является низкая эластичность спроса на них. Одновременно с этим табачную продукцию относят к товарам первой необходимости. Зарубежные ученые-экономисты Stanley L. Brue и С. R. McConnell приводят данные о том, что эластичность спроса по цене на табачную продукцию составляет 0,42. Это означает, что при росте цены на табачные изделия на 1% величина спроса на нее уменьшится лишь на 0,42%.

При этом спрос на табачные изделия продолжает расти, несмотря на планомерное повышение цен на табачные изделия. Например, средняя цена за пачку отечественных сигарет с фильтром выросла в течение последних 15 лет (2002—2016 гг.) почти в 10,5 раза [12].

За тот же период (2002—2016) наблюдалось увеличение индекса физического объема розничной продажи табачной продукции в процентах к предыдущему году и доли потребительских расходов на табачные изделия в общей структуре расходов [13]. Если в 2002 г. доля потребительских расходов на табачные изделия составляла 1,8%, то в 2017 г. данный показатель составил 2,6%.

Индекс физического объема розничной продажи табачных изделий к предыдущему году оставался по-



Таблица 1

Количество зарегистрированных в 2009 и 2016 гг. случаев заболеваний, ассоциированных с курением

Нозология	Заболевания, обусловленные табакокурением			
	2009 г.		2016 г.	
	всего	впервые в жизни	всего	впервые в жизни
ЗНО без рака трахеи, бронхов, легкого	—	128 951,0	—	123 050,0
Рак трахеи, бронхов, легкого	—	51 912,0	—	53 810,0
ХОБЛ	583 702,0	48 401,0	585 312,0	64 736,0
Болезни системы кровообращения	5 918 778,0	522 233,0	5 088 058,0	660 977,0
В том числе:				
ишемическая болезнь сердца	2 098 526,0	191 526,0	1 756 866,0	236 509,0
инфаркт миокарда	82 335,0	82 335,0	69 279,0	69 279,0
инсульт	51 043,0	51 043,0	23 155,0	23 155,0

стоянно высоким: в 2001 г. по отношению к 2002 г. — 108,6%, а в 2016 г. по отношению к 2017 г. — 98,2%.

Увеличение спроса на табачные изделия было связано с увеличением реальных доходов населения в 2002—2016 гг. и с изменениями в структуре потребления населения, где доля расходов на товары длительного пользования и услуги увеличивалась, а доля расходов на продукты питания уменьшалась. Высокая распространенность потребления табака, по мнению специалистов, изучавших табачный рынок, была связана с большой ценовой доступностью табачной продукции, а также со снижением реальных цен на нее. Особенность рынка табачных изделий в России заключалась в том, что курильщики, злоупотреблявшие папиросами и сигаретами без фильтра, стали предпочитать более дорогие виды табачной продукции — сигареты с фильтром. Так, доля курильщиков, предпочитавших дешевые папиросы и сигареты без фильтра, в 2002 г. составляла 27,1% в общем объеме курящих, а в 2006 г. этот показатель снизился до 14,5% в связи с увеличением числа курильщиков, предпочитавших сигареты с фильтром. Одновременно с этим в общей структуре проданной табачной продукции наблюдалось снижение доли папирос и сигарет без фильтра: в 2002 г. — 21,5% и в 2006 г. — 8,4% [14].

Стоит отметить, что социологические исследования, которые носят не количественный, а качествен-

Таблица 2

Количество госпитализаций пациентов с болезнями, обусловленными табакокурением, в 2009 и 2016 гг.

Нозология	Число госпитализаций	
	2009 г.	2016 г.
ЗНО без рака трахеи, бронхов, легкого	306 927,0	315 071,0
Рак трахеи, бронхов, легкого	121 914,0	136 987,0
ХОБЛ	215 580,0	179 376,0
Болезни системы кровообращения	959 599,0	772 119,0
В том числе:		
ишемическая болезнь сердца	568 324,0	426 438,0
инфаркт миокарда	112 744,0	89 247,0
инсульт	29 999,0	21 390,0

Таблица 3

Количество вызовов СМП пациентами с болезнями, обусловленными табакокурением, в 2009 и 2016 гг.

Нозология	Число вызовов	
	2009 г.	2016 г.
ЗНО без рака трахеи, бронхов, легкого	21 304,0	15 069,0
Рак трахеи, бронхов, легкого	2139,0	6552,0
ХОБЛ	47 301,0	46 873,0
Болезни системы кровообращения	302 023,0	234 046,0
В том числе:		
ишемическая болезнь сердца	209 697,0	143 520,0
инфаркт миокарда	74 074,0	55 463,0
инсульт	12 086,0	8933,0

ный характер, охватывают лишь часть населения и не позволяют получить полную картину заболеваемости, обусловленной курением. Очевидно, что выбор метода сбора информации существенно влияет на интерпретацию полученных результатов. Если социологические исследования указывали на снижение табачной зависимости за последние 10 лет, то анализ рынка табачных изделий, напротив, указывал на рост спроса на табачную продукцию, что было связано с положительным индексом физического объема розничной продажи табачной продукции к предыдущему году, а также с увеличением доли потребительских расходов на табачные изделия в общей структуре расходов, несмотря на постоянное повышение цены на табачные изделия.

Анализ заболеваемости болезнями, ассоциированными с курением. Показатели популяционного риска курения RAR на основании GATS при ЗНО без рака трахеи, бронхов и легкого в 2009 г. составили 0,29, в 2016 г. — 0,23; при раке трахеи, бронхов и легкого в 2009 г. — 0,91, а в 2016 г. — 0,89; при ХОБЛ в 2009 г. — 0,78, а в 2016 г. — 0,73; при болезнях системы кровообращения в 2009 г. — 0,19, а в 2016 г. — 0,15; при ишемической болезни сердца в 2009 г. — 0,29, в 2016 г. — 0,23; при инфаркте миокарда в 2009 г. — 0,44, в 2016 г. — 0,37; при инсульте в 2009 г. — 0,29, в 2016 г. — 0,23.

В анализ была включена заболеваемость взрослого населения старше 18 лет. Для определения заболеваемости число зарегистрированных случаев заболеваний умножали на соответствующий показатель популяционного риска курения RAR. В результате расчетов получилось, что в 2016 г. наблюдалось снижение числа всех связанных с табакокурением болезней, кроме ХОБЛ, число случаев которой, напротив, выросло. При этом число связанных с курением болезней с впервые в жизни установленным диагнозом, кроме ЗНО, без рака трахеи, бронхов, легкого, инфаркта миокарда и инсульта, в 2016 г. выросло по сравнению с 2009 г. (табл. 1).

Анализ обращаемости пациентов за медицинской помощью, связанной с табакокурением. Число госпитализаций в стационар, обусловленных табакокурением, определялось умножением числа зарегистрированных случаев госпитализаций на показатель RAR. Согласно расчетам, количество связанных с курением госпитализаций в стационар в 2016 г. вы-

Структура затрат на госпитализацию и вызовы СМП по случаю заболеваний, обусловленных табакокурением, за 2009 и 2016 гг.

Нозология	Затраты, ассоциированные с табакокурением					
	при госпитализации, руб.		при вызовах СМП, руб.		Доля, %	
	2009 г.	2016 г.	2009 г.	2016 г.	2009 г.	2016 г.
ЗНО без рака трахеи, бронхов, легкого	358 183 809,0	7 188 439 386,3	36 431 970,4	26 336 091,3	21,5	31,8
Рак трахеи, бронхов, легкого	142 273 638,0	3 125 399 501,1	3 657 903,9	11 450 930,4		
ХОБЛ	251 581 860,0	4 092 517 252,8	80 889 440,1	81 919 942,1	13,2	12,8
Болезни системы кровообращения	1 119 852 033,0	17 616 126 620,7	516 489 532,3	409 042 194,2		
В том числе:						
ишемическая болезнь сердца	663 234 108,0	9 729 310 901,4	358 602 839,7	250 829 904,0	65,3	55,4
инфаркт миокарда	131 572 248,0	2 036 197 079,1	126 673 947,4	96 932 685,1		
инсульт	35 008 833,0	488 019 267,0	20 668 268,6	15 612 204,1		

росло только в отношении ЗНО, в отношении остальных болезней число госпитализаций снизилось (табл. 2).

Количество ассоциированных с табакокурением вызовов СМП с госпитализацией в стационары определяли методом их умножения на соответствующий показатель RAR (табл. 3).

Наблюдалось снижение количества окончившихся госпитализацией вызовов СМП, ассоциированных с табакокурением, за счет случаев ХОБЛ, болезней системы кровообращения, включая ишемическую болезнь сердца, острый и повторный инфаркт миокарда и инсульт, что связано, вероятно, с изменениями в организации госпитализаций (маршрутизации) пациентов, большая часть которых носит плановый характер.

Оценка экономических затрат на здравоохранение, связанных с ассоциированными с курением обращениями за медицинской помощью. В анализ прямых затрат, связанных с табакокурением, обычно включают расходы на медицинскую помощь и лекарственное обеспечение. Таким образом, для определения затрат на ассоциированную с табакокурением медицинскую помощь число всех обусловленных курением госпитализаций и вызовов СМП с госпитализацией взрослых пациентов старше 18 лет при соответствующей нозологии умножали на единицу экономических затрат в случае их госпитализации и вызова СМП. В целом затраты на госпитализации, ассоциированные с курением, в 2016 г. были на 30 млрд рублей выше, чем в 2009 г. Очевидно, что рост затрат на госпитализацию в 2016 г. был обусловлен не ростом числа случаев госпитализаций, а увеличением почти в 20 раз тарифа на стоимость одного случая госпитализации в стационар (табл. 4).

Затраты на вызовы СМП, ассоциированные с курением, в 2016 г. были меньше, чем в 2009 г., за счет снижения числа оканчивающихся госпитализацией вызовов СМП.

Преобладание в общей структуре экономических затрат при болезнях системы кровообращения, несомненно, является популяционной особенностью в России.

Таким образом, общие затраты на госпитализацию пациентов и вызовы СМП, ассоциированные с табакокурением, в 2009 г. составили 2,5 млрд руб., а в

2016 г. — 32,5 млрд руб., что соответствовало 0,08% ВВП за 2009 г., а за 2016 г. — 0,04% ВВП. По данным Росстата, объем ВВП России за 2009 г. составил 38 807,2 млрд руб. за 2016 г. — 86 148,6 млрд руб. [15].

### Заключение

Согласно глобальному опросу, распространенность табакокурения в России за последние 9 лет снизилась. Эпидемиологическая особенность табачной зависимости заключается в приобщении к табаку в раннем школьном возрасте — до 10 лет. При анализе рынка табачных изделий, напротив, отмечен рост доли потребительских расходов на всю линейку табачных изделий среди всех расходов и увеличение индекса физического объема розничной продажи табачной продукции в процентах к предыдущему году. Несмотря на значительное снижение распространенности табакокурения, затраты при оказании медицинской помощи пациентам с болезнями, связанными с табачной зависимостью, увеличились. Как оказалось, данный факт не был связан ни с ростом заболеваемости болезнями, возникающими в результате курения, ни с ростом объема медицинской помощи. Рост экономического бремени был связан с увеличением тарифов на оказание медицинских услуг. При этом структура затрат в 2016 г. также несколько изменилась. Если в 2009 г. доля затрат на ЗНО, ассоциированных с курением, в общей структуре составляла 21,5%, то в 2016 г. — 31,8%, преимущественно за счет роста числа госпитализаций, что было связано с увеличением показателя ранней выявляемости болезней и ростом показателя 5-летней выживаемости пациентов с ЗНО.

Исследование не имело спонсорской поддержки.  
 Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

### ЛИТЕРАТУРА

1. Левшин В. Ф. Исследование распространенности табачного дыма в общественных помещениях. *Профилактика заболеваний и укрепления здоровья*. 2009;(1):29—31.
2. Armour B. S., Finkelsteyn E. A., Fiebelkorn I. C. State-Level Medicaid Expenditures Attributable to Smoking. *Prev Chronic Dis*. 2009;6(3):A84.
3. Rice D. P., Hodgson T. A., Sinsheimer P. The economic costs of the health effects of smoking, 1984. *Milbank Quarterly*. 1986;64(4):489—547.
4. Александрова Г. А., Поликарпов А. В., Голубев Н. А., Осков Ю. И., Кадулина Н. А., Беляева И. М., Гладких Т. Е., Щербакова Г. А., Семенова Т. А. Заболеваемость взрослого населения России в

- 2016 году (Статистические материалы. Часть III). М.: Департамент мониторинга, анализа и стратегического развития здравоохранения, ФГБУ «Центральный научно-исследовательский институт организации и информатизации здравоохранения» Минздрава РФ; 2017.
- Александрова Г. А., Поликарпов А. В., Голубев Н. А., Оськов Ю. И., Кадулина Н. А., Беляева И. М., Гладких Т. Е., Щербаклова Г. А., Семенова Т. А. Общая заболеваемость взрослого населения России в 2016 году (Статистические материалы. Часть VI). М.: Департамент мониторинга, анализа и стратегического развития здравоохранения, ФГБУ «Центральный научно-исследовательский институт организации и информатизации здравоохранения» Минздрава РФ; 2017.
  - Александрова Г. А., Поликарпов А. В., Голубев Н. А., Огрызко Е. В., Кадулина Н. А., Беляева И. М., Авдеева Л. Н., Семенова Т. А., Обломова М. А., Пронина Т. В. Социально значимые заболевания населения России в 2016 году (Статистические материалы). М.: Департамент мониторинга, анализа и стратегического развития здравоохранения, ФГБУ «Центральный научно-исследовательский институт организации и информатизации здравоохранения» Минздрава РФ; 2017.
  - Глобальный опрос взрослого населения о потреблении табака: краткий обзор, 2009 г. Доступно по ссылке: [http://www.who.int/tobacco/surveillance/ru\\_tfi\\_gatsrussian\\_countryreport.pdf](http://www.who.int/tobacco/surveillance/ru_tfi_gatsrussian_countryreport.pdf)
  - Глобальный опрос взрослого населения о потреблении табака: краткий обзор, 2016 г. Доступно по ссылке: <http://www.euro.who.int/ru/countries/russian-federation/publications/global-adult-tobacco-survey-russian-federation.-executive-summary-2016-2017>
  - Красовский К. С. Распространенность курения среди взрослых в Российской Федерации. *Контроль над табаком и общественное здоровье в Восточной Европе*. 2011;1(1):18—24.
  - Агеева Л. И., Забатурина М. А., Коновка Н. В., Любова Г. А., Мельникова Т. А., Ржаницына Л. С., Фатьянова Л. Н., Чумарина В. Ж. Женщины и мужчины России. 2016: Статистический сборник. М.: Росстат; 2016.
  - Положение с потреблением психоактивных веществ среди подростков-школьников в России/(данные мониторинга 1999—2000 гг.). М.: РИО ЦНИИОИЗ МЗ РФ; 2000.
  - Федеральная служба государственной статистики. Доступно по ссылке: [http://www.gks.ru/wps/wcm/connect/rosstat\\_main/rosstat/ru/statistics/publications/catalog/doc\\_1270707126016](http://www.gks.ru/wps/wcm/connect/rosstat_main/rosstat/ru/statistics/publications/catalog/doc_1270707126016)
  - Федеральная служба государственной статистики. Доступно по ссылке: [http://www.gks.ru/wps/wcm/connect/rosstat\\_main/rosstat/ru/statistics/enterprise/retail/#](http://www.gks.ru/wps/wcm/connect/rosstat_main/rosstat/ru/statistics/enterprise/retail/#)
  - Засимова Л. С., Лукиных О. А. Оценка индивидуального спроса на табачную продукцию в России. *Экономический Журнал ВШЭ*. 2009;(4):549—74.
  - Росстат. Доступно по ссылке: [http://www.gks.ru/bgd/free/B04\\_03/IssWWW.exe/Stg/d01/19.htm](http://www.gks.ru/bgd/free/B04_03/IssWWW.exe/Stg/d01/19.htm)
  - Alexandrova G. A., Polikarpov A. V., Golubev N. A., Ošcov Y. I., Kadulina N. A., Be'aeva I. M., Gladkih T. E., Shcherbakova G. A., Semenova T. A. Incidence of the adult population of Russia in 2016 (Statistical Materials. Part III) [*Zabolevayemost' vzroslogo naseleniya Rossii v 2016 godu (Statisticheskiye materialy. Chast' III)*]. Moscow: Department of Monitoring, Analysis and Strategic Health Development, Central Research Institute for Organization and Informatization of Health, Ministry of Health of the Russian Federation; 2017 (in Russian).
  - Alexandrova G. A., Polikarpov A. V., Golubev N. A., Ošcov Y. I., Kadulina N. A., Be'aeva I. M., Gladkih T. E., Shcherbakova G. A., Semenova T. A. Incidence of the adult population of Russia in 2016 (Statistical Materials. Part VI) [*Obshchaya zabolevayemost' vzroslogo naseleniya Rossii v 2016 godu (Statisticheskiye materialy. Chast' VI)*]. Moscow: Department of Monitoring, Analysis and Strategic Health Development, Central Research Institute for Organization and Informatization of Health, Ministry of Health of the Russian Federation; 2017 (in Russian).
  - Alexandrova G. A., Polikarpov A. V., Golubev N. A., Ošcov Y. I., Kadulina N. A., Be'aeva I. M., Avdееva L. N., Semenova T. A., Obloomova M. A., Pronina T. V. Socially significant diseases of the population of Russia in 2016 (Statistical materials) [*Sotsial'no-znachimyye zabolevayemost' naseleniya Rossii v 2016 godu (Statisticheskiye materialy)*]. Moscow: Department of Monitoring, Analysis and Strategic Health Development, Central Research Institute for Organization and Informatization of Health, Ministry of Health of the Russian Federation; 2017 (in Russian).
  - Global Adult Survey on Tobacco Use: A Brief Overview, 2009 [*Globalny opros vzroslogo naseleniya o potreblenii tabaka: kratkiy obzor, 2009 g.*] (in Russian). Available from: [http://www.who.int/tobacco/surveillance/ru\\_tfi\\_gatsrussian\\_countryreport.pdf](http://www.who.int/tobacco/surveillance/ru_tfi_gatsrussian_countryreport.pdf)
  - Global Adult Survey on Tobacco Use: A Brief Overview, 2016 [*Globalny opros vzroslogo naseleniya o potreblenii tabaka: kratkiy obzor, 2016 g.*] (in Russian). Available from: <http://www.euro.who.int/ru/countries/russian-federation/publications/global-adult-tobacco-survey-russian-federation.-executive-summary-2016-2017>
  - Krasovskiy K. S. Adult smoking prevalence in the Russian Federation. *Kontrol' nad tabakom i obshchetvennoye zdorov'ye v Vostochnoy Evrope*. 2011;1(1):18—24 (in Russian).
  - Ageeva L. I., Zabaturina M. A., Konovka N. B., Lyubova G. A., Melnikova T. A., Rzhanzhyna L. S., Fat'yanova L. N., Chumarina V. Zh. Women and men of Russia. 2016: Stat. com. [*Zhenshchiny b myzhchiny Rossii. 2016: Stat. sb.*]. Moscow: Rosstat; 2016 (in Russian).
  - The situation with the consumption of psychoactive substances among adolescents-schoolchildren in Russia (monitoring data 1999—2000) [*Polozhenie s potrebleniem psihoaktivnykh veshchestv sredi podrostkov-shkol'nikov v Rossii (dannyye monitoring 1999—2000 gg.)*]. Moscow: Federal Research Institute for Health Organization and Informatics of Ministry of Health of the Russian Federation; 2000 (in Russian).
  - Federal State Statistics Service [*Federal'naya sluzhba gosudarstvennoy statistiki*] (in Russian). Available from: [http://www.gks.ru/wps/wcm/connect/rosstat\\_main/rosstat/ru/statistics/publications/catalog/doc\\_1270707126016](http://www.gks.ru/wps/wcm/connect/rosstat_main/rosstat/ru/statistics/publications/catalog/doc_1270707126016)
  - Federal State Statistics Service [*Federal'naya sluzhba gosudarstvennoy statistiki*] (in Russian). Available from: [http://www.gks.ru/wps/wcm/connect/rosstat\\_main/rosstat/ru/statistics/enterprise/retail/#](http://www.gks.ru/wps/wcm/connect/rosstat_main/rosstat/ru/statistics/enterprise/retail/#)
  - Zosimova L. S., Lukinyh O. A. Assessment of individual demand for tobacco products in Russia. *Ekonomicheskiy Zhurnal High School of Economics*. 2009;(4):549—74 (in Russian).
  - Federal State Statistics. Rosstat Service. Available from: [http://www.gks.ru/bgd/free/B04\\_03/IssWWW.exe/Stg/d01/19.htm](http://www.gks.ru/bgd/free/B04_03/IssWWW.exe/Stg/d01/19.htm)
  - Levshin V. F. Study of the prevalence of tobacco smoke in public areas. *Profilaktika zabolevaniy i ukrepleniye zdorov'ya*. 2009;(1):29—31 (in Russian).
  - Armour B. S., Finkelstejn E. A., Fiebelkorn I. C. State-Level Medicaid Expenditures Attributable to Smoking. *Prev Chronic Dis*. 2009;6(3):84.
  - Rice D. P., Hodgson T. A., Sinsheimer P. The economic costs of the health effects of smoking, 1984. *Milbank Quarterly*. 1986;64(4):489—547.

Поступила 02.11.2018  
Принята в печать 29.11.2018

## REFERENCES

Хальфин Р. А.<sup>1</sup>, Куликова Т. В.<sup>2</sup>, Муравьев Д. Н.<sup>2</sup>

## ПРОБЛЕМЫ И ПЕРСПЕКТИВЫ РАЗВИТИЯ ОБЯЗАТЕЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ В РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

<sup>1</sup>ФГАОУ ВО «Первый Московский государственный медицинский университет им. И. М. Сеченова» Минздрава России (Сеченовский Университет), 119990, г. Москва;

<sup>2</sup>Страховая медицинская организация АО «МАКС-М», 115409, г. Москва

*В статье проанализированы основные результаты функционирования системы обязательного медицинского страхования (ОМС) в Российской Федерации за 25 лет. Представлен краткий обзор оценки российской модели здравоохранения иностранными и отечественными специалистами. Сформулированы негативные и позитивные итоги модернизации ОМС, показано влияние способов оплаты на эффективное использование ресурсов, повышение доступности и качества оказания медицинской помощи. Предложены направления деятельности по созданию пациентоориентированной страховой среды в российском здравоохранении.*

**Ключевые слова:** страховой случай; система ОМС; страхование; оказание медицинской помощи; эффективность медицинской помощи.

**Для цитирования:** Хальфин Р. А., Куликова Т. В., Муравьев Д. Н. Проблемы и перспективы развития обязательного медицинского страхования в Российской Федерации. Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. 2019;27(4):369—373. DOI: <http://dx.doi.org/10.32687/0869-866X-2019-27-4-369-373>

**Для корреспонденции:** Хальфин Руслан Альбертович, д-р мед. наук, профессор, директор Высшей школы управления здравоохранением ФГАОУ ВО «Первый Московский государственный медицинский университет им. И. М. Сеченова», e-mail: rah@hsha.ru

*Khalfin R. A.<sup>1</sup>, Kulikova T. V.<sup>2</sup>, Muraviev D. N.<sup>2</sup>*

## THE PROBLEMS AND PERSPECTIVES OF DEVELOPMENT OF MANDATORY MEDICAL INSURANCE IN THE RUSSIAN FEDERATION

<sup>1</sup>The Federal State Autonomous Educational Institution of Higher Education «The I. M. Sechenov First Moscow State Medical University» of Minzdrav of Russia, 119991, Moscow, Russia

<sup>2</sup>The Insurance Medical Organization Joint-Stock Company «MAKS-M»

*The main results of the functioning of the compulsory health insurance system in the Russian Federation for 25 years were analyzed. A brief review of the assessment of the Russian healthcare model by foreign and domestic experts is presented. Negative and positive results of the modernization of compulsory medical insurance, the impact of payment methods on the efficient use of resources, increasing the availability and quality of medical care are formulated. Areas were proposed of activity to create a patient-oriented insurance environment in the Russian health care.*

**Keywords:**

**For citation:** Khalfin R. A., Kulikova T. V., Muraviev D. N. The problems and perspectives of development of mandatory medical insurance in the Russian Federation. *Problemy sotsialnoy gigieny, zdravookhraneniya i istorii meditsiny*. 2019;27(4):369—373 (In Russ.). DOI: <http://dx.doi.org/10.32687/0869-866X-2019-27-4-369-373>

**For correspondence:** Khalfin R. A., doctor of medical sciences, professor, the Director of the High School of Health Care Management of the I. M. Sechenov First Moscow State Medical University. e-mail: rah@hsha.ru

**Conflict of interests.** The authors declare absence of conflict of interests.

**Acknowledgment.** The study had no sponsor support

Received 21.03.2019  
Accepted 03.04.2019

За четверть века с начала реализации страховой модели здравоохранения в Российской Федерации произошли важные структурные изменения в системе организации оказания медицинской помощи и в сфере обязательного медицинского страхования (ОМС), основная задача которых состоит в реализации конституционных прав граждан на получение бесплатной медицинской помощи.

Появились новые для отечественной практики субъекты и понятия: страховщик, страхователь, застрахованное лицо, страховые медицинские организации, Федеральный и территориальные фонды ОМС, страховые взносы. В рыночных условиях развития экономики возникла система договорных отношений между участниками ОМС — медицинскими организациями, страховыми компаниями и территориальными фондами ОМС, в основу которых заложены обязательства по обеспечению застрахо-

ванного лица качественной, доступной, бесплатной медицинской помощью.

Внедрение системы ОМС осуществлялось в России в сложной социально-экономической ситуации, в период перехода к рыночным условиям хозяйствования, смены социально-политического устройства общества, неустойчивой экономики. В этих условиях правительством страны была поставлена задача сохранения и восстановления здоровья населения на основе страховых принципов финансирования здравоохранения, гарантирующих бесплатное оказание медицинской помощи [1]. Избыточные обязательства государства и ограниченные финансовые ресурсы были и остаются до настоящего времени существенной проблемой реализации отечественной модели ОМС.

Развитие системы ОМС в Российской Федерации можно условно разделить на три этапа, в основе ко-

торых лежит принятие законодательных актов, существенно повлиявших на развитие финансовых и организационных институтов системы ОМС и здравоохранения в целом:

- **1991—1998 гг.** — реализация Закона Российской Федерации от 28.06.91 г. № 1499—1 «О медицинском страховании граждан в Российской Федерации». На этом этапе происходило формирование основных институтов системы ОМС — договорных отношений, субъектов ОМС — страхователей (работодателей, региональных администраций), страховщиков, территориальных (ТФОМС) и федерального (ФФОМС) фондов ОМС, лечебно-профилактических учреждений (организаций), определение их задач и функций;
- **1999—2010 гг.** — принятие и отработка основных принципов построения Программы государственных гарантий оказания гражданам бесплатной медицинской помощи (ПГГ), в составе которой утверждались объемы и условия реализации программы ОМС. На этом этапе осуществлялось внедрение принципов государственного регулирования сферы здравоохранения и ОМС для обеспечения баланса имеющихся ресурсов и государственных обязательств. Начиная с 1998 г. Программа ежегодно утверждается Правительством Российской Федерации как базовая программа, обеспечивая равные условия предоставления медицинской помощи во всех субъектах Российской Федерации;
- **с 2011 г.** по настоящее время — этап реализации Законов Российской Федерации от 29.11.2010 г. № 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации» и от 21.11.2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», в результате которых удалось стабилизировать финансовые потоки в систему ОМС, устранить значительные различия финансового обеспечения региональных программ ОМС, осуществить переход на одноканальное финансирование, расширить доступ населения к высокотехнологичной медицинской помощи (ВМП), реализовать свободный выбор медицинской организации, врача и страховой медицинской организации (СМО), создать вертикаль управления ОМС в части определения полномочий по нормативному регулированию и финансовому обеспечению сферы ОМС, законодательно установить единые принципы финансовых взаиморасчетов, расчета тарифов, применения способов оплаты, осуществления экспертизы, конкретизировать государственные гарантии в части установления на государственном уровне критериев доступности и качества медицинской помощи.

### Оценка российской модели здравоохранения и методов ее финансирования

Несмотря на постоянную критику отечественной модели ОМС, можно признать, что в сфере российского здравоохранения создана новая форма правовых и экономических отношений в виде медицинского страхования, обеспечивающего восстановление и сохранение здоровья населения в условиях рыночной экономики. Вопрос эффективности работы ОМС беспокоит не только отечественных критиков созданной системы, без которых невозможно было бы представить ее модернизацию, но и мировое сообщество специалистов, пытающихся среди различных организационно-экономических моделей финансирования здравоохранения найти оптимальные [1].

Заслуживает внимания исследование, проведенное в 2017 г. международной группой специалистов по заказу компании Philips, по изучению Индекса здоровья будущего, характеризующего действующее состояние здравоохранения и перспективы его развития в различных странах. Анализируя показатель эффективности путем оценки расходов на здравоохранение в процентах от ВВП с достигнутыми результатами, включая показатели материнской смертности, ожидаемой продолжительности жизни, смертности от неинфекционных заболеваний, самой эффективной из 19 стран мира признана система здравоохранения ОАЭ и Сингапура, в которых преобладает государственная (бюджетная) и частная модель финансирования здравоохранения [2]. Среди самых неэффективных оказались США и ЮАР. Россия занимает 7-ю строчку, обогнав по этому показателю Великобританию, Австралию, Испанию, Канаду, Германию. Конечно же, ранговое место России обусловлено низкими расходами, но эти результаты были достигнуты при функционировании почти 25 лет бюджетно-страховой модели финансирования здравоохранения.

Необходимо отметить, что за Россией оказались Великобритания и Испания с государственной (бюджетной) системой финансирования, а также Германия и Франция с классической страховой системой.

Преимущество страховой модели финансирования здравоохранения представлено в исследовании Высшей школы экономики, проведенном в 28 постсоветских странах [3].

Можно сделать вывод о том, что на сегодняшний день не существует идеальной модели финансирования здравоохранения, эффективность ее зависит от конкретных механизмов использования ресурсов здравоохранения, в том числе финансовых [4].

С какими вызовами столкнулась отечественная система здравоохранения на современном этапе и что необходимо предпринять для ее развития? Прежде всего, это экономический кризис, в условиях которого невозможно увеличить финансирование здравоохранения даже до среднего уровня стран Восточной Европы — от 3,6 до 4,9% от ВВП. Далее сложная демографическая ситуация: старение насе-

## Здоровье и общество

ления, низкие показатели рождаемости, отрицательный естественный прирост населения, низкая эффективность используемых технологий профилактики и лечения пациентов, дефицит врачей первичного звена, низкий уровень трудовой мотивации и эффективного использования ресурсов здравоохранения, финансовых средств ОМС, недостаточная конкуренция на рынке медицинских услуг — это основной перечень внешних и внутренних угроз, препятствующих реализации стратегии развития ОМС и здравоохранения.

Как в условиях ограниченных ресурсов добиться целевых показателей, установленных в Государственной программе Российской Федерации «Развитие здравоохранения» и в Указах Президента Российской Федерации? Безусловно, для этого необходимо сделать выбор в пользу адекватного, рационального управленческого решения, направленного на оптимизацию процесса оказания медицинской помощи, при использовании эффективного механизма финансового обеспечения, конечным результатом которого является удовлетворение потребностей пациента, при этом следует указать, что Минздрав России и ФФОМС в этом направлении продвинулись достаточно серьезно.

Для реализации права выбора пациентом медицинской организации введена система подушевого финансирования первичной медико-санитарной помощи.

Проведены мероприятия по расширению профилактического направления в здравоохранении: открыты центры здоровья, проводится всеобщая диспансеризация взрослого населения. Для большего охвата населения диспансеризацией в системе ОМС создана служба страховых представителей, информационное сопровождение пациентов на всех этапах оказания медицинской помощи. В 2016 г. диспансеризацию прошли 26 млн человек, а в 2017 г. число прошедших профилактические осмотры и диспансеризацию составило 48,5 млн человек [5].

Благодаря переходу на одноканальное финансирование и введению прогрессивных способов оплаты с учетом уровня оказания медицинской помощи система ОМС стала привлекательной для частных клиник.

Наиболее результативным является решение об оплате за счет средств ОМС ВМП, что обеспечило доступность этого вида медицинской помощи для населения. ВМП в рамках базовой программы ОМС в 2016 г. оказана 451,8 тыс. пациентов в 932 медицинских организациях. ВМП, не включенная в базовую программу ОМС, оказана 511,3 тыс. пациентов в 138 федеральных и 374 региональных государственных учреждениях. Эти цифры говорят об интенсивном развитии ВМП не только в федеральных центрах, но и в регионах, благодаря оснащению медицинских организаций современным оборудованием.

Всеобщая диспансеризация, расширение объемов ВМП, приход в систему ОМС частных клиник с эффективными технологиями лечения (гемодиализ, ЭКО и др.) требуют значительных финансовых ре-

сурсов. Вместе с тем для понимания дальнейших перспектив совершенствования ОМС и в целом здравоохранения нужно объективно оценить отдельные показатели, характеризующие эффективность развития отрасли.

Представляется целесообразным внести коррективы в порядок проведения диспансеризации с целью перехода от количественных показателей всеобщего охвата к оценке показателей выявляемости заболеваний, определяющих основные причины заболеваемости, смертности и инвалидизации населения и результативности проведенных мероприятий в целом для отрасли.

Еще одной причиной для критического анализа существующего порядка проведения диспансеризации стал факт превращения ее в источник зарабатывания денег для медицинских организаций. По результатам экспертной деятельности определен большой объем приписок при учете проводимой диспансеризации, выявлено дублирование услуг центров здоровья.

В условиях ограниченных финансовых ресурсов наиболее эффективно должны работать массовые технологии профилактики как наименее затратные, но приносящие наибольший результат, который должен заключаться в уменьшении тяжелых форм заболеваний и соответствующих расходов на их лечение. По факту наблюдается противоположный процесс — федеральные нормативы объемов медицинской помощи на 2018 г. увеличиваются по круглосуточному стационару и ВМП при сохранении нормативов объемов в амбулаторных условиях и в дневных стационарах. Первичное звено не стало профилактическим, не служит заменой круглосуточному стационару.

Анализ потребления медицинской помощи, проведенный страховой медицинской организацией АО «МАКС-М» в разрезе условий ее оказания и половозрастной структуры, показывает серьезные проблемы с оказанием амбулаторной помощи мужскому населению, которые в последующем исправляются дорогостоящими технологиями ВМП.

Переход на оплату по клинико-статистическим группам в круглосуточных стационарах обозначил на практике преимущества данного способа оплаты (сокращение длительности пребывания больного, рост хирургической активности) и обнажил множество проблем его применения в условиях ограниченных финансовых ресурсов. С одной стороны, стационары стали зарабатывать на ресурсоемких технологиях, что мотивировало медицинские организации развивать хирургические профили, онкологию, неонатологию, с другой — стационары терапевтического профиля с низким уровнем технологий резко ухудшили свое финансовое положение. Отсутствие возможности формирования «риск-фонда» в условиях ограниченных финансовых ресурсов привели к кредиторской задолженности медицинских организаций.

Еще одной проблемой стало нарушение принципа эквивалентности страхового обеспечения при

внедрении клинико-статистических групп (КСГ). Возможность оплаты по 100% тарифу прерванных случаев лечения, установление на региональном уровне трех видов коэффициентов, повышающих или понижающих тариф за одну и ту же услугу, возможность оплаты одного страхового случая по ВМП из двух источников финансирования — за КСГ и ВМП — привело к парадоксальным ситуациям. Например, за двухчасовую искусственную вентиляцию легких новорожденного с атрезией пищевода родильный дом получил 250 тыс. руб., при этом оплата медицинской организации за оперативное и послеоперационное лечение этого ребенка составила 160 тыс. руб.

Таким образом, действующие способы оплаты не в полной мере мотивируют поликлинику к поиску эффективных методов профилактики с целью снижения уровня госпитализации в стационары, с другой — стационары заинтересованы в наиболее сложных («дорогих») пациентах.

### Перспективные пути развития ОМС

Необходима ручная настройка предложенных Минздравом России и ФФОМС способов оплаты. При этом должен соблюдаться принцип оплаты за конечный результат деятельности медицинской организации.

Необходимо переходить от гарантий всего и всем к полному обеспечению гарантированного. Это лишь одно, но важное условие при проведении всего комплекса реформ для модернизации ОМС.

Во-первых, необходимо изменить реальные приоритеты программы ОМС: целевой тренд должен заключаться в укреплении здоровья, профилактике болезней и эффективной реабилитации. В соответствии с этой целью должны быть разработаны клинические протоколы, стандарты и порядки оказания медицинской помощи, механизмы мотивации участников и адаптированы способы оплаты для их финансового обеспечения [6]. Профилактическая медицина должна получить реальное развитие в рамках ОМС в сочетании с оплатой за конечный результат деятельности медицинской организации.

Следующей целью модернизации ОМС должно стать достижение баланса экономических и социальных интересов участников (медицинских организаций, страховых компаний, территориальных фондов) и субъектов (застрахованных лиц, страхователей, федерального фонда) ОМС. Этого можно достичь путем конкретизации объема государственных обязательств, внедрением элементов фондодержания в целях управления потоками пациентов и мотивацией исполнителя за конечные результаты, ревизией расходов ОМС в части обеспечения дорогостоящих видов медицинской помощи, использования механизма соплатежей граждан и страхователей для расширения объема медицинской помощи и внедрения механизма контроля за эффективным использованием финансовых средств ОМС. Необходимо вывести из тени неформальные платежи граждан,

которые составили в 2016 г. 48,5% от общей численности случаев платного лечения в круглосуточном стационаре (в 2013 г. этот показатель составлял 71,7%) [7].

Третья задача модернизации ОМС — изменение парадигмы взаимоотношений исполнителя медицинских услуг и застрахованного лица через создание пациентоориентированной конкурентной модели ОМС. С этой целью необходимо реализовать механизм информированного выбора застрахованным медицинской организации на основе рейтинговых показателей деятельности, введении реальной, а не формальной юридической и экономической ответственности исполнителя медицинских услуг за конечные результаты работы, внедрение страхования профессиональной ответственности медицинских работников. Застрахованному необходимо предложить механизмы мотивации к сохранению здоровья, проведению профилактических мероприятий и осознанного выбора врача и медицинской организации [8].

Разброс предложений специалистов и неспециалистов в области здравоохранения и страхования по дальнейшему развитию ОМС достаточно широк: от ликвидации «частного посредника» в лице страховых компаний до предложений по усилению контроля за деятельностью медицинских организаций и страховых компаний [4, 9].

Наши же предложения о способах и методах модернизации ОМС основаны на создании функциональной пациентоориентированной страховой среды. Основными направлениями совершенствования системы оказания медицинской помощи, по нашему мнению, являются укрепление участковой службы, интеграция видов медицинской помощи, разработка программ управления хроническими заболеваниями, внедрение новых технологий мониторинга состояния здоровья, развитие информационных технологий, развитие государственно-частного партнерства и лекарственного обеспечения при амбулаторном лечении. В части финансового обеспечения это развитие персонифицированного учета затрат, формирование адекватных тарифов, конкретизация государственных гарантий, совершенствование системы распределения объемов, развитие страховых принципов финансирования и легализация софинансирования медицинской помощи.

Пройден большой путь становления системы ОМС, однако еще больше предстоит сделать для создания эффективного механизма функционирования отечественной модели ОМС.

Исследование не имело спонсорской поддержки.  
Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

### ЛИТЕРАТУРА

1. Хальфин Р. А., Какорина Е. П., Мадьянова В. В., Игнатьева М. В. Оценка эффективности деятельности органов государственной власти в сфере здравоохранения Российской Федерации. М.; 2013.
2. Отчет Future Health Index (Индекс здоровья будущего), подготовлен по заказу компании Philips. 2017.



Здоровье и общество

3. Шейман И. М., Терентьева С. В. Эмпирические оценки бюджетной и страховой моделей финансирования здравоохранения. *Экономическая политика*. 2015;(6).
  4. Российское здравоохранение в новых экономических условиях: вызовы и перспективы. Доклад НИУ ВШЭ по проблемам развития системы здравоохранения. С. В. Шишкин (рук. авт. кол.). М.: Изд. дом ВШЭ; 2017.
  5. Скворцова В. И. Выступление на итоговой коллегии Минздрава России 12.04.2017 г. М.; 2017.
  6. Хальфин Р. А., Полушкин В. Г., Муравьев Д. Н. Страховой и клинические случаи: трактовка ряда категорий страхования в системе ОМС как возможная причина неэффективного оказания медицинской помощи населению. *Проблемы стандартизации в здравоохранении*. 2017;(7–8):17–22.
  7. Мониторинг социально-экономического положения и социального самочувствия населения. В кн.: Овчарова Л. Н. (ред.). Потребление медицинских услуг и лекарств в период экономического спада. М.: НИУ ВШЭ; 2017.
  8. Хальфин Р. А., Сырцова Л. Е., Львова Д. П., Кобяцкая Е. Е. Пациент-ориентированный подход: базовые понятия. *Проблемы стандартизации в здравоохранении*. 2017;(1–2):9–13.
  9. Предложения по развитию медицинского страхования в Российской Федерации. Доклад для общественных консультаций. Центральный банк Российской Федерации. М.; 2017.
- Поступила 21.03.2019  
Принята в печать 03.04.2019
- REFERENCES
1. Khalfin R. A., Kakorina E. P., Madyanova V. V., Ignatieva M. V. Evaluation of the effectiveness of public authorities in the field of health of the Russian Federation [*Otsenka effektivnosti deyatelnosti organov gosudarstvennoi vlasti v sfere zdravookhraneniya*]. Moscow; 2013 (in Russian).
  2. The Future Health Index report is prepared for Philips. 2017.
  3. Sheiman I. M., Terentyeva S. V. Empirical estimates of budget and insurance models of health financing. *Economic Policy*. 2015;(6) (in Russian).
  4. Russian health care in new economic conditions: challenges and prospects [*Rossiiskoe zdravookhraneniye v novykh ekonomicheskikh usloviyakh*]. HSE report on the development of the health care system. Shishkin S. V. (hands. auth. Call). M.: Izd. dom HSE; 2017 (in Russian).
  5. Skvortsova V. I. Speech at the final meeting of the Ministry of Health of Russia 12.04.2017. Moscow; 2017 (in Russian).
  6. Khalfin R. A., Polushkin V. G., Muraviev D. N. Insurance and clinical cases: the interpretation of a number of categories of insurance in the CHI system as a possible reason for the ineffective provision of medical care to the population. *Problems of standardization in health care*. 2017;(7–8):17–22 (in Russian).
  7. Monitoring of the socio-economic situation and social well-being of the population. In: Ovcharova L. N. (ed.). Consumption of medical services and drugs in the period of economic recession» [*Potrebleniye meditsinskikh uslug i lekarstv v period ekonomicheskogo spada*]. Moscow: HSE; 2017 (in Russian).
  8. Khalfin R. A., Syrtsova L. E., Lvova D. P., Kobyatskaya E. E. Patient-based approach: basic concepts. *Problems of standardization in health care*. 2017;(1–2): 9–13 (in Russian).
  9. Proposals for the development of medical insurance in the Russian Federation. Report for public consultation [*Predlozheniya po razviniyu meditsinskogo strahovaniya v Rossiiskoi Federatsii*]. Moscow: Central Bank of the Russian Federation; 2017 (in Russian).

© Коллектив авторов, 2019  
УДК 614.2**Богдан И. В., Гурылина М. В., Чистякова Д. П.****ЗДОРОВЫЙ ОБРАЗ ЖИЗНИ: ОТНОШЕНИЕ НАСЕЛЕНИЯ И ПРИОРИТЕТНЫЕ НАПРАВЛЕНИЯ**

ГБУ «Научно-исследовательский институт организации здравоохранения и медицинского менеджмента Департамента здравоохранения города Москвы», 115088, г. Москва

Проведено социологическое исследование на тему мнения москвичей об аспектах здорового образа жизни и самооценки их поведения посредством очного уличного анкетирования. Жители Москвы склонны к ведению здорового образа жизни.

Отобрано шесть аспектов здорового образа жизни, подробно описанных с точки зрения самооценки москвичами их поведения. Проведен факторный анализ, который выявил два типа поведения, характеризующих отношение к здоровому образу жизни у москвичей: «активный» (питание, физическая активность, режим труда и отдыха) и «пассивный» (отношение к курению и алкоголю). Отдельно рассмотрен фактор психического здоровья. Статистический анализ данных показал, что самочувствие респондентов связано в первую очередь с занятиями спортом и умением справляться со стрессом. Выявлены группы риска для каждого из аспектов здорового образа жизни на основе различий по основным социально-демографическим характеристикам.

Дополнительно проанализировано рациональное медицинское поведение, которому при работе по распространению здорового образа жизни уделяется недостаточное внимание.

Обнаруженные закономерности могут быть учтены при разработке приоритетных направлений формирования здорового образа жизни у москвичей.

**Ключевые слова:** здоровый образ жизни; здоровый образ жизни (ЗОЖ); социологическое исследование; аспекты ЗОЖ; приоритетные направления.

**Для цитирования:** Богдан И. В., Гурылина М. В., Чистякова Д. П. Здоровый образ жизни: отношение населения и приоритетные направления. Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. 2019;27(4):374—378. DOI: <http://dx.doi.org/10.32687/0869-866X-2019-27-4-374-378>

**Для корреспонденции:** Богдан Игнат Викторович, канд. полит. наук, главный специалист ГБУ «Научно-исследовательский институт организации здравоохранения и медицинского менеджмента Департамента здравоохранения города Москвы», e-mail: [bogdaniv@zdrav.mos.ru](mailto:bogdaniv@zdrav.mos.ru)

**Bogdan I. V., Gurylina M. V., Chistiakova D. P.****THE HEALTHY LIFE-STYLE: ATTITUDE OF POPULATION AND PRIORITY DIRECTIONS**

The State Budget Institution «The Research Institute of Health Care Organization and Medical Management of the Moscow Health Care Department», 115088. Moscow, Russia

The Moscow residents are prone to lead a healthy lifestyle (29% follow most principles of a healthy lifestyle and 56% follow some of them).

During the study six main aspects of a healthy lifestyle were selected and described in detail from the perspective of Muscovites' self-assessment. Factor analysis revealed two types of behavior that characterize attitudes toward a healthy lifestyle by Muscovites: an "active healthy lifestyle" (nutrition, physical activity, work and rest regime) and a "passive healthy lifestyle" (attitudes towards smoking and alcohol). The mental health factor was examined separately. Statistical analysis of the data showed that the respondents well-being is primarily related to sport and ability to cope with stress ( $p < 0,001$ ). The study also identified risk groups for each aspect of a healthy lifestyle based on differences in the main socio-demographic characteristics.

Additionally, the aspect of rational medical behavior was analyzed. The analysis showed that not enough attention is paid to this aspect.

The results of the study can be considered in developing priority directions of work in the field of the formation of a healthy lifestyle. The specificity of the approach taken in this study is that recommendations are based on determining the main aspects of a healthy lifestyle and their interrelation, as well as discovering risk groups for each of them and their connection to health self-assessment.

**Keywords:** healthy lifestyle; sociological research; aspects of healthy lifestyle; priority directions.

**For citation:** Bogdan I. V., Gurylina M. V., Chistiakova D. P. The healthy life-style: attitude of population and priority directions. *Problemy sotsialnoy gigieny, zdravookhraneniya i istorii meditsiny*. 2019;27(4):374—378 (In Russ.). DOI: <http://dx.doi.org/10.32687/0869-866X-2019-27-4-374-378>

**For correspondence:** Bogdan I. V., candidate of political sciences, the Chief Specialist of the Research Institute of Health Care Organization and Medical Management of the Moscow Health Care Department. e-mail: [bogdaniv@zdrav.mos.ru](mailto:bogdaniv@zdrav.mos.ru)

**Conflict of interests.** The authors declare absence of conflict of interests.

**Acknowledgment.** The study had no sponsor support

Received 07.02.2019  
Accepted 03.04.2019**Введение**

В Москве хронические (неинфекционные) заболевания являются основной причиной смертности населения, что обуславливает важность поиска путей снижения их распространения и облегчения их течения. Основным и наиболее эффективным направлением борьбы с неинфекционными заболева-

ниями (НИЗ) является формирование у населения установок на здоровый образ жизни (ЗОЖ). Важность развития данного направления нашла отражение в принятых в нашей стране законодательных актах<sup>1</sup>.

Актуальность распространения ЗОЖ приводит к спросу на исследования по данной тематике на феде-

Здоровье и общество

ральном и региональном уровнях [1—3]. Особенно важно проведение региональных исследований, так как отдельные регионы могут обладать значимыми особенностями практик ЗОЖ вследствие специфики экономического, культурного положения и демографической ситуации.

Важно не только изучить распространенность ЗОЖ в целом и отдельных его аспектов, но и выявить первоочередные направления работы по распространению установок на ЗОЖ среди населения.

**Материалы и методы**

Исследование проведено в ноябре-декабре 2018 г. Опрошено взрослое население г. Москвы. Критерием включения респондентов в исследование, помимо возраста, служил вопрос «Проживаете ли Вы постоянно в городе Москве?».

Размер выборки составил 800 респондентов. Был проведен уличный опрос населения. Электронная анкета из 22 вопросов заполнялась интервьюером со слов респондента (CAPI). Для опроса использована система SimpleForms.

Репрезентативность выборки достигалась путем сочетания случайного отбора улиц, правил опроса населения, минимизирующих фактор субъективности отбора респондентов интервьюером, и квотирования. Источником для квот (распределение населения Москвы по полу, возрасту, образованию и округу проживания) выступали данные Отдела государственной статистики по городу Москве (Мосгорстат).

Для контроля интервьюеров были использованы аудиозаписи, данные геолокации опроса и оставленные респондентами контактные данные, визуальный контроль анкет.

Рабочей группой были прослушаны 100% аудиозаписей интервью. При сомнениях в достоверности анкеты и корректности соблюдения методологии проводился дополнительный контроль по предоставленным контактными данными респондента.

В анкету было включено четыре вопроса о ЗОЖ в формулировках, используемых в исследованиях Всероссийским центром изучения общественного мнения (ВЦИОМ): самочувствие, питание, спорт, курение [1], что позволило провести дополнительную валидизацию путем сопоставления данных телефонных и уличных опросов.

**Результаты исследования**

Жители Москвы склонны к ведению ЗОЖ (по большей части соблюдают принципы ЗОЖ 29%, некоторые из принципов — 56%). Люди старше 60 лет

<sup>1</sup> Государственная программа Российской Федерации «Развитие здравоохранения» (постановление Правительства РФ от 26.12.2017 г. № 1640). Правительство России. Доступно по ссылке: <http://static.government.ru/media/files/hJb4XgcAxhafiBW27EyseBZmtCra0RH.pdf> (дата обращения 17.01.2019); Концепция развития системы здравоохранения в Российской Федерации до 2020 года. Информационная площадка «Федеральный справочник». Доступно по ссылке: <http://federalbook.ru/files/FSZ/soderghanie/Tom%2012/1-9.pdf> (дата обращения 17.01.2019).

Таблица 1

**Ответы на вопрос «Что Вам мешает вести ЗОЖ?»**

Ответ	Ответы жителей Москвы, %
Ничего	22
Лень / отсутствие желания	19
Нехватка времени	14
Вредные привычки / «соблазны»	12
Нехватка денег	12
Условия (окружающая среда, некачественное питание)	11
Работа	9
Состояние здоровья и возраст	4
Стресс	2
Не знаю/несодержательно	5

Примечание. Сумма ответов превышает 100%, так как вопрос допускал множественный выбор (здесь и в табл. 2).

Таблица 2

**Ответы на вопрос «Что для Вас “здоровый образ жизни”?»**

Группа ассоциаций	Ответы жителей Москвы, %
Физическая активность, спорт	54
Правильное питание, диета	46
Борьба с вредными привычками (курение, алкоголь, наркотики)	36
Экология, свежий воздух, прогулки на свежем воздухе	16
Режим труда, распорядок дня и полноценный отдых (включая полноценный сон)	14
Психическое здоровье (включая позитивный настрой, борьбу со стрессом)	12
Другие ассоциации (клинические ассоциации, необходимость средств для соблюдения ЗОЖ, закаливание, соблюдение гигиены, долголетие)	7
Несодержательные ассоциации, включая формальные определения, общие слова	15

чаще ведут ЗОЖ<sup>2</sup>, чем население до 35 лет и 36—59 лет (35; 24 и 28% соответственно;  $p=0,029$ ). Также 32% лиц, имеющих высшее образование, ведут ЗОЖ, а среди респондентов с начальным, средним или средним специальным образованием этот показатель достигает лишь 25% ( $p=0,039$ ). Статистически значимых различий по полу и оценке материального положения выявлено не было.

Респонденты не склонны перекладывать ответственность за состояние своего здоровья на внешние обстоятельства. Большинство опрошенных винят в несоблюдении принципов ЗОЖ условия и образ собственной жизни (лень, занятость и т. д.), а 22% вообще не видят препятствий к соблюдению ЗОЖ (табл. 1).

Анализ ответов респондентов выявил многочисленные ассоциации с понятием ЗОЖ, которые можно рассматривать как актуальные для москвичей аспекты ЗОЖ (табл. 2).

Из рассмотренных аспектов ЗОЖ на основании обзора литературы и частоты встречаемости в ответах респондентов было отобрано шесть основных аспектов. Факторный анализ выявил два типа поведения, по которым можно охарактеризовать отношение москвичей к ЗОЖ: «активный ЗОЖ» (питание, физическая активность, режим труда и отдыха)

<sup>2</sup> Вариант ответа «По большей части соблюдаю принципы ЗОЖ».

и «пассивный ЗОЖ» (отношение к курению и алкоголю). Первая группа аспектов требует активности индивида в работе над собой (регулярные тренировки, контроль питания, планирование дня), вторая — подразумевает отсутствие определенных пагубных пристрастий (табак и алкоголь). Аспект «психическое здоровье» не может быть однозначно отнесен ни к одной из групп (хотя несколько больше тяготеет к первой). В данный аспект могут входить как внешние (стрессовые условия жизни), так и внутренние (собственно навыки работы со стрессом) факторы.

Статистический анализ показал, что самоочувствие<sup>3</sup> респондентов из рассмотренных основных аспектов связано в первую очередь с занятиями спортом и умением справляться со стрессом ( $p < 0,001$ ).

Из числа опрошенных 65% в целом следят за своим питанием<sup>4</sup>, 35% не следят<sup>5</sup>. При этом 11% из них не могут себе позволить качественное питание: «Думать о качестве пищи нет возможности, ем, что могу себе позволить». Среди граждан с высшим образованием число следящих за своим питанием значительно выше (71%), чем среди лиц с начальным, средним или средним специальным образованием (58%;  $p < 0,001$ ). Тех, кто следит за своим питанием, больше среди граждан с хорошим материальным положением (73%)<sup>6</sup>, чем среди граждан со «средним» (62%) и плохим<sup>7</sup> материальным положением (60%;  $p = 0,015$ ). Разница по другим социально-демографическим характеристикам не является статистически значимой.

Больше половины (63%) населения Москвы в той или иной мере занимаются физкультурой или спортом<sup>8</sup>. Однако лишь 29% москвичей занимаются спортом регулярно<sup>9</sup>, мужчины чаще (36%), чем женщины (24%;  $p < 0,001$ ). Также чаще ведут спортивный образ жизни москвичи с высшим образованием, чем с начальным, средним или средним специальным (34 и 25% соответственно;  $p = 0,008$ ). Разница по другим социально-демографическим характеристикам не является статистически значимой.

В целом среди жителей Москвы соблюдают режим труда и отдыха (перерывы на работе на отдых, качественный сон)<sup>10</sup> 30% населения. Чаще соблюдают режим труда и отдыха москвичи старшего возраста (40%), чем молодого (30%) и среднего (24%;  $p = 0,001$ ), и граждане без высшего образования (34%), чем с высшим (27%;  $p = 0,039$ ). Разница по другим социально-демографическим характеристикам не является статистически значимой.

<sup>3</sup> Ответы на вопрос «Как Вы оцениваете общее состояние своего здоровья?».

<sup>4</sup> Варианты ответа: «Да, соблюдаю диету, которую рекомендовал врач», «Да, соблюдаю самостоятельную диету / стараюсь есть здоровую пищу».

<sup>5</sup> Варианты ответа: «Не слежу за своим питанием», «Думать о качестве пищи нет возможности, ем, что могу себе позволить».

<sup>6</sup> Варианты ответа: «Очень хорошее», «Хорошее».

<sup>7</sup> Варианты ответа: «Очень плохое», «Плохое».

<sup>8</sup> Варианты ответа: «Да, регулярно», «Да, время от времени».

<sup>9</sup> Вариант ответа: «Да, регулярно».

<sup>10</sup> Вариант ответа: «Да, соблюдаю».

В Москве курят<sup>11</sup> чуть больше трети местного населения, не менее одной пачки сигарет в день выкуривают 17%. Не курят 60% (из них бросили курить 18%). Мужчин, которые на данный момент курят, почти в два раза больше, чем женщин (52 и 30% соответственно;  $p < 0,001$ ). Среди молодежи (51%) и граждан среднего возраста (45%) курящих значительно больше, чем среди старшего поколения (21%;  $p < 0,001$ ). Меньше курят граждане с высшим образованием, чем с начальным, средним или средним специальным (36 и 44% соответственно;  $p = 0,016$ ). Разница в материальном положении не является статистически значимой.

Употребляют алкогольные напитки в той или иной мере 72% москвичей, из них регулярно<sup>12</sup> — 15%. Совсем не употребляют 28%, чаще регулярно употребляют алкоголь мужчины, чем женщины (26 и 6% соответственно;  $p < 0,001$ ). Также чаще употребляют алкоголь люди среднего возраста и молодежь, чем старшее поколение (19; 14 и 8% соответственно;  $p = 0,001$ ). Разница по другим социально-демографическим характеристикам не является статистически значимой.

Большая часть москвичей считают, что умеют справляться со стрессом в той или иной степени (77%)<sup>13</sup>. Мужчины чаще, чем женщины (84 и 74% соответственно), считают, что умеют справляться со стрессом ( $p < 0,001$ ). Также таковых больше среди граждан с хорошим<sup>14</sup> (83%) и со средним материальным положением (79%), чем среди лиц с плохим<sup>15</sup> материальным положением (70%;  $p = 0,018$ ). Разница по другим социально-демографическим характеристикам не является статистически значимой.

Необходимо упомянуть важный, хотя и достаточно редко встречающийся в ответах москвичей, аспект ЗОЖ — рациональное медицинское поведение. Москвичи декларируют высокий уровень приверженности рациональному медицинскому поведению: считают необходимым регулярно обращаться в медицинские организации, в том числе с профилактической целью, 73% москвичей<sup>16</sup>. Странников рационального медицинского поведения больше среди женщин (77%), чем среди мужчин (68%;  $p = 0,003$ ). При этом отметивших, что они реально обращаются в медицинские организации за профилактической помощью, всего 22%.

## Обсуждение

Большинство жителей Москвы соглашаются, что соблюдение принципов ЗОЖ выступает ведущим фактором, влияющим на улучшение здоровья человека (55%). Население не склонно перекладывать от-

<sup>11</sup> Варианты ответа: «Иногда, несколько сигарет в неделю или в месяц», «Несколько сигарет почти каждый день», «Кую одну пачку сигарет в день или больше».

<sup>12</sup> Варианты ответа: «Выпиваю практически каждый день», «Выпиваю один-два раза в неделю».

<sup>13</sup> Варианты ответа: «Да», «Скорее да».

<sup>14</sup> Варианты ответа: «Очень хорошее», «Хорошее».

<sup>15</sup> Варианты ответа: «Очень плохое», «Плохое».

<sup>16</sup> Варианты ответа: «Да, это эффективный способ следить за своим здоровьем» и «Скорее да».

## Здоровье и общество

ветственность за состояние своего здоровья на внешние обстоятельства (окружающую среду, здравоохранение или наследственность).

Ведущие причины несоблюдения принципов ЗОЖ — ценностно-мотивационные («лень», «отсутствие времени», «соблазны»). В отличие от основной группы респондентов, признающих, что они ленятся вести ЗОЖ (19%) или что вести ЗОЖ им ничто не мешает (22%), остальные две позиции, названные респондентами, косвенно говорят о мотивационных проблемах. Можно предположить, что ценность здоровья, занимающая важное место в иерархии ценностей населения, является инструментальной (т. е. здоровье значимо не само по себе, а исключительно как средство достижения других целей) [3]. Респонденты, говорящие о вредных привычках и «соблазнах» (12%), по сути декларируют, что они не ведут ЗОЖ из-за нехватки силы воли/мотивации.

Согласно полученным данным, большую часть принципов ЗОЖ соблюдают лишь 29% респондентов. Это говорит о том, что здоровье не является поведенческим приоритетом населения города Москвы. Такая позиция больше свойственна молодым гражданам.

Для понимания проблем с ведением ЗОЖ у москвичей рационально рассматривать не «ЗОЖ в целом», а отдельные его аспекты. Исследование населения Москвы, данные проведенного ранее опроса экспертов — сотрудников медицинских организаций [4] демонстрируют, что мнения населения и экспертов о том, что такое ЗОЖ и из каких компонентов он состоит, в целом совпадают.

По итогам сопоставления данных опроса населения, экспертов и обзора литературы среди основных аспектов ЗОЖ можно выделить правильное питание, физическую активность, борьбу с курением и употреблением алкоголя, режим труда и отдыха, поддержание психического здоровья.

Практически для каждого аспекта ЗОЖ есть своя группа риска с определенными социально-демографическими характеристиками, которая более предрасположена к нездоровому поведению. Данные группы можно рассматривать как приоритетные при разработке мероприятий, направленных на распространение ЗОЖ.

К группам риска для каждого из аспектов ЗОЖ относятся:

- питание — граждане без высшего образования и с плохим материальным положением;
- физическая активность — женщины и граждане без высшего образования;
- режим труда и отдыха — граждане до 60 лет и с высшим образованием;
- курение — мужчины, лица до 60 лет, без высшего образования;
- употребление алкоголя — мужчины, лица до 60 лет;
- психическое здоровье — женщины и лица с плохим материальным положением.

По сравнению со специалистами жители Москвы больше внимания уделяют экологии, необходимости

прогулок на свежем воздухе как важным аспектам ЗОЖ (16% упоминаний населением и 8% — медицинскими работниками [4]), причем значимо чаще они упоминаются респондентами старше 35 лет ( $p < 0,001$ ).

Требуют скоординированного сотрудничества с Департаментом труда и социальной защиты населения города Москвы работа по повышению доступности качественной бесплатной психологической помощи для малоимущих граждан и распространение информации среди данной группы граждан о важности психологической гигиены.

Проведенный анализ связи аспектов ведения ЗОЖ и самооценки здоровья определил предпочтительные направления работы. Среди указанных основных направлений ЗОЖ как приоритетные можно рекомендовать занятия спортом и психологические тренинги, так как население чувствует наибольшую пользу для своего здоровья от занятий спортом и умения справляться со стрессом. Те, кто активно занимается спортом, чаще оценивают свое здоровье как хорошее, а кто не занимается — как слабое. Аналогичная ситуация наблюдается и отношении умения справляться со стрессом [5].

Физическая активность входит в единый кластер с другими видами «активного ЗОЖ», поэтому ее распространение среди москвичей будет мотивировать их к включению и в другие активные формы ЗОЖ, уделять больше внимания своему питанию и планированию режима.

Следует отметить такой аспект ЗОЖ, как рациональное медицинское поведение, который имеет свою группу риска — мужчин. Существующая информационная политика не включает явным образом в понятие ЗОЖ данный важный аспект, вследствие чего он слабо ассоциируется с ЗОЖ и у респондентов, и у специалистов. Клинические ассоциации (профилактические осмотры, ранняя диагностика, клинические симптомы, исполнение предписаний врача) упоминаются и населением, и сотрудниками медицинских организаций крайне редко (3%) [4].

## Заключение

Необходимо разъяснение населению значимости рационального медицинского поведения как важной части ЗОЖ, а также дополнительная работа со специалистами на эту тему. Если специалисты не воспринимают такое поведение как важную часть ЗОЖ, они не могут передать это понимание населению.

Более половины респондентов поддерживают профилактику заболеваний только на словах, перехода от установок к действиям у них в данном вопросе не произошло (73% респондентов поддерживают идею необходимости посещения врача с профилактической целью, а о соответствующем поведении общаются только 22%). Таким образом, в вопросе рационального медицинского поведения желательно не только информирование пациентов, но и развитие методов вовлечения пациентов в соответствующую активность, введение стимулирующих мер.

Как и в случае с другими аспектами ЗОЖ, в сфере рационального поведения необходимо стремиться к тому, чтобы поведение выполняло профилактическую функцию, а не было реактивным, т. е. чтобы действия предпринимались заранее, а не при появлении проблем.

Исследование не имело спонсорской поддержки.  
Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

#### ЛИТЕРАТУРА

1. Здоровый образ жизни: мониторинг. Пресс-релиз № 3611. ВЦИОМ. 2018. Режим доступа: <https://wciom.ru/index.php?id=236&uid=116757> (дата обращения 17.01.2019).
2. Ермолаева П. О., Носкова Е. П. Основные тенденции здорового образа жизни россиян. *Социологические исследования*. 2015;(4):125—6.
3. Мнение москвичей о пропаганде здорового образа жизни и путях борьбы с наркоманией, алкоголизмом и иными девиационными явлениями. Московский финансово-промышленный университет «Синергия». 2016. Режим доступа: [https://www.mos.ru/upload/documents/files/3643/Deviation\(1\).pdf](https://www.mos.ru/upload/documents/files/3643/Deviation(1).pdf) (дата обращения 17.01.2019).

4. Богдан И. В., Власенко А. В., Мелик-Гусейнов Д. В. Представления о здоровом образе жизни у сотрудников медицинских организаций. *Московская медицина*. 2018;3(25):43.
5. Назарова И. Б. Здоровье и качество жизни жителей России. *Социологические исследования*. 2014;(9):144.

Поступила 07.02.2019  
Принята в печать 03.04.2019

#### REFERENCES

1. Healthy lifestyle: monitoring. VCIOM. 2018 [*Healthy lifestyle: monitoring. Press Release No. 3611. VTSIOM. 2018*]. Available from: <https://wciom.ru/index.php?id=236&uid=116757> (accessed 17.01.2019) (in Russian).
2. Ermolaeva P. O., Noskova E. P. Main trends in the sphere of Russians' healthy lifestyle. *Sotsiologicheskie issledovaniya*. 2015;(4):125—6 (in Russian).
3. Opinion of Muscovites on the promotion of healthy lifestyles and ways to fight drug addiction, alcoholism and other deviant phenomena. Moskovskij finansovo-promyshlennyj universitet «Sinergiya». 2016. Available from: [https://www.mos.ru/upload/documents/files/3643/Deviation\(1\).pdf](https://www.mos.ru/upload/documents/files/3643/Deviation(1).pdf) (accessed 17.01.2019) (in Russian).
4. Bogdan I. V., Vlasenko A. V., Melik-Guseinov D. V. Perception of healthy lifestyle among the personnel of medical organizations. *Moskovskaya meditsina*. 2018;3(25):43 (in Russian).
5. Nazarova I. B. Health and life quality of Russia's population. *Sotsiologicheskie issledovaniya*. 2014;(9):144 (in Russian).

Харисов А. М.<sup>1</sup>, Селезнев П. С.<sup>2</sup>, Демина И. Д.<sup>2</sup>, Растеряев К. О.<sup>2</sup>, Бакирова Э. А.<sup>3</sup>

## КОНЦЕПЦИЯ ПАЦИЕНТООРИЕНТИРОВАННОГО ПОДХОДА КАК КЛЮЧЕВОЙ ИНСТРУМЕНТ СОЦИАЛЬНО-ЭКОНОМИЧЕСКОГО РАЗВИТИЯ

<sup>1</sup>Филиал № 3 ФГБУ «3 Центральный военный клинический госпиталь им. А. А. Вишневого» Минобороны России, 143000, г. Одинцово;

<sup>2</sup>ФГБОУ ВО «Финансовый университет при Правительстве Российской Федерации», 125993, г. Москва;

<sup>3</sup>ФГБНУ «Национальный научно-исследовательский институт общественного здоровья им. Н. А. Семашко» Минобрнауки России, 105064, г. Москва

*В статье рассмотрена необходимость новой модели здравоохранения. При оказании помощи пациентам индивидуальные потребности и желаемые результаты являются движущей силой всех решений в области здравоохранения и измерения качества. Предоставляемая медицинская помощь должна соответствовать индивидуальным предпочтениям, потребностям и ценностям пациентов и учитывать пожелания пациента при принятии клинических решений. Соответствующий подход способствует повышению качества медицинских услуг и улучшению экономического благосостояния страны, о чем свидетельствуют зарубежные исследования.*

**Ключевые слова:** медицинская помощь; медицинская услуга; пациентоориентированность; индивидуализация в медицине.

**Для цитирования:** Харисов А. М., Селезнев П. С., Демина И. Д., Растеряев К. О., Бакирова Э. А. Концепция пациентоориентированного подхода как ключевой инструмент социально-экономического развития. Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. 2019;27(4):379—383. DOI: <http://dx.doi.org/10.32687/0869-866X-2019-27-4-379-383>

**Для корреспонденции:** Харисов Альсим Маратович, канд. мед. наук, начальник Филиала № 3 ФГБУ «3 Центральный военный клинический госпиталь им. А. А. Вишневого» Минобороны России, e-mail: amkharisov1968@mail.ru

Kharisov A. M.<sup>1</sup>, Seleznev P. S.<sup>2</sup>, Demina I. D.<sup>2</sup>, Rasteriaev K. O.<sup>2</sup>, Bakirova E. A.<sup>3</sup>

## THE CONCEPT OF PATIENT-ORIENTED APPROACH AS A KEY TOOL OF SOCIAL ECONOMIC DEVELOPMENT

<sup>1</sup>The Branch №3 of The Federal State Budget Institution «The A. A. Vishnevsky 3 Central Military Clinical Hospital» of the Ministry of Defense of the Russian Federation, 143000, Moscow, Russia;

<sup>2</sup>The Federal State Budget Educational Institution of Higher Education «The Financial University under the Government of the Russian Federation», 125993, Moscow, Russia;

<sup>3</sup>The Federal State Budget Scientific Institution «The N. A. Semashko National Research Institute of Public Health», 105064, Moscow, Russia

*The article considers the need for a new model of health care. In the provision of patient care, individual needs and desired outcomes are the driving force behind all decisions in health and quality measurement. Medical care should correspond to individual preferences, needs and values of patients and take into account patient's wishes when making clinical decisions. This approach contributes to improving the quality of medical services and improving the economic well-being of the country, as evidenced by foreign research.*

**Keywords:** medical care, medical service, patient-orientation, individualization in medicine.

**For citation:** Kharisov A. M., Seleznev P. S., Demina I. D., Rasteriaev K. O., Bakirova E. A. The concept of patient-oriented approach as a key tool of social economic development. *Problemy sotsialnoy gigieny, zdravookhraneniya i istorii meditsiny*. 2019;27(4):379—383 (In Russ.). DOI: <http://dx.doi.org/10.32687/0869-866X-2019-27-4-379-383>

**For correspondence:** Kharisov A. M., candidate of medical sciences, the Head of the Branch №3 of The Federal State Budget Institution «The A. A. Vishnevsky 3 Central Military Clinical Hospital. e-mail: amkharisov1968@mail.ru

**Conflict of interests.** The authors declare absence of conflict of interests.

**Acknowledgment.** The study had no sponsor support

Received 01.02.2019  
Accepted 03.04.2019

## Введение

Системы образования и здравоохранения оказывают значительное влияние на социально-экономическое развитие России. Лидерство в мировой экономике также все в большей степени определяется конкурентоспособностью на рынках образовательных и медицинских услуг.

Современная модель здравоохранения, направленная на купирование критических состояний, не отвечает потребностям населения, которые сталкиваются с хроническими заболеваниями. Для решения данной задачи предлагается новая стратегия — пациентоориентированная медицина — помощь, ориентированная на пациента, при которой акцент

делается на здоровье пациента. Пациентоориентированная медицина — это необходимость настоящего времени, которая требует трансформации взаимодействия к равноправному и партнерскому сотрудничеству: привлечение пациентов в качестве партнеров, фокус на выявленных пациентом приоритетах и улучшение результатов.

Современное состояние системы здравоохранения в России неоднозначно. Хотя средняя продолжительность ожидаемой жизни при рождении выросла за последние 10 лет (с 65,4 года в 2005 г. до 71,9 года в 2016 г.), сохраняется довольно значительный разрыв со странами Европы — около 8 лет. Особого внимания заслуживает сверхсмертность мужчин, находящихся в трудоспособном возрасте: вероят-

ность смерти на 1 тыс. в 2016 г. составляет 294. Соответствующий показатель выше лишь в 20 африканских странах, Гайане (Южная Америка), Монголии и Сирии. В России в 2017 г. лишь 42% населения оценивают состояние своего здоровья как хорошее или очень хорошее, в то время как в европейских странах этот показатель составляет 68% [1].

В сравнении со странами Запада в России хуже обстоит дело и с вовлеченностью населения в процесс охраны собственного здоровья, и с проблемой малоподвижного образа жизни детей и молодежи, которая возрастает в связи со смещением приоритетов от спортивных игр к компьютерным.

Как положительный момент в системе здравоохранения в России можно отметить ряд масштабных национальных программ и государственное финансирование, которое позволило реализовать данные программы: приоритетный национальный проект «Здоровье», Государственная программа РФ «Развитие здравоохранения», Федеральная целевая программа «Развитие фармацевтической и медицинской промышленности», Федеральная программа «Подготовка управленческих кадров в сфере здравоохранения, образования и культуры в 2011—2014 гг.», Стратегия развития медицинской науки в Российской Федерации на период до 2025 г., комплекс мер по обеспечению системы здравоохранения РФ медицинскими кадрами до 2018 г. [2], которые обеспечили медицинские учреждения современным оборудованием, кадрами, увеличили объемы медицинской помощи. Кроме того, в России реализованы программы «Предупреждение и борьба с социально значимыми заболеваниями (2007—2012 гг.)», функционируют Школы здоровья, Школа профилактики ишемической болезни сердца, Коронарные клубы. Однако, как показывает статистика в сфере здравоохранения, эти мероприятия не являлись целью преобразование системы здравоохранения и не концентрировали внимание на персонализации медицины, на индивидуализации проблем.

### Материалы и методы

По суммарным частным и государственным расходам на здравоохранение Россия находится на уровне развивающихся государств, но отстает от развитых (табл. 1) [3, 4].

Российские государственные расходы при сопоставимом пакете гарантий оказания медицинских услуг ниже уровня расходов в европейских странах (3,2—3,4% ВВП в России против 7,2% ВВП в европейских странах) [5].

Таблица 1

#### Расходы на здравоохранение (в процентах от ВВП)

Развивающиеся страны	Расходы, %	Развитые страны	Расходы, %
Индия	4	Канада	10
Китай	5	Германия	11
Россия	5—6	Франция	11
Бразилия	8—9	США	18

Таблица 2

#### Анализ анкет медицинских работников

Тематика программы обучения	Доля респондентов, %
Стрессоустойчивость	30
Работа с трудными пациентами	20
Конфликты	10
Профессиональное выгорание	20
Другое	20

При этом именно сфера здравоохранения относится к одной из проблемных областей в масштабах страны в связи с недостаточностью уровня профессиональной подготовки врачей, недоступностью медицинской помощи для населения, недостаточной оснащенностью медицинских учреждений оборудованием и с прочими проблемами финансового, трудового и иного обеспечения. Недостаток финансового обеспечения приводит к торможению использования современных технологий, неполноценной подготовке кадров, а также создает серую зону взаимоотношений между медицинскими работниками и пациентами. Современная российская модель медицины не направлена на удовлетворение простейших нужд пациентов и при этом характеризуется неформальными отношениями и теневыми потоками в связи с недостаточностью четких правил распределения ресурсов и обеспечения доступа к ним.

Кроме того, работники сферы здравоохранения недооценивают важность коммуникации и необходимость этих навыков в своей деятельности. Сотрудники выбирают в качестве программ обучения преимущественно такие темы, как стрессоустойчивость, работа с трудными пациентами, конфликты, профессиональное выгорание (табл. 2). В выборе программ отсутствуют такие темы, как пациентоориентированность, навыки коммуникации, комплаентность пациентов [6].

Медицинские сотрудники пренебрегают совершенствованием таких навыков коммуникации, как активное слушание, вопросы пациенту, формирование адекватных ожиданий пациента от лечения. При этом те сотрудники, которые прошли обучение по направлению пациентоориентированности, развитию комплаентности пациентов, коммуникациям, отмечали, что в 100% случаях они готовы рекомендовать эти темы для обучения коллегам, и 97% считают обучение данным тематикам полезным в своей ежедневной деятельности [6]. Также исследования подтверждают, что сотрудники сферы здравоохранения в основном не принимают во внимание, что высокий уровень навыков коммуникации способствует улучшению эмоционального состояния пациента и недопущению конфликтных ситуаций.

### Результаты исследования

В ответ на указанные проблемы и вызовы целесообразно изменять траекторию развития системы здравоохранения в направлении перехода к пациентоориентированной системе, которая включает в себя реализацию следующих ключевых задач [7]:



- формирование трехуровневой сети медицинских учреждений: первичная помощь, основной уровень, высокотехнологичная медицина;
- запуск Единой государственной информационной системы в сфере здравоохранения;
- осуществление запуска проектов медицины будущего;
- начало работы с Big Data пациентов;
- привлечение дополнительных средств в здравоохранение, исходя из профилактической активности застрахованных.

В целом реализация этих задач ведет к созданию Национальной пациентоориентированной системы здравоохранения. В России уже реализуется ряд проектов, направленных на создание такой системы. Например, приоритетный проект «Создание новой модели медицинской организации, оказывающей первичную санитарную помощь» [8] ставит основной задачей формирование «новой модели медицинской организации» — пациентоориентированной организации, нацеленной на доброжелательное отношение к пациенту, правильную организацию процессов и работы, качественное оказание медицинской помощи. Данные аспекты в современных условиях цифровизации, телемедицины и интернетизации достигаются переходом к персонифицированной медицине, которая основывается на подходе P4 [9, 10]:

- **Прогноз** (предикция, *predictive*) — выявление предрасположенностей и прогноза здоровья на основе индивидуальных особенностей генома пациента.

Ожидаемые эффекты:

- предупреждение смерти;
- увеличение продолжительности жизни;
- благоприятное течение болезни.

Достоверность прогноза зависит от ряда факторов, например правильности диагноза, обмена пациента, наследственности или характера трудовой деятельности.

- **Профилактика** (превентивность, *preventive*) — полное предотвращение либо снижение риска развития заболевания.

Выделяются следующие виды:

- первичная — предупреждение болезней;
- вторичная — уменьшение риска развития осложнений;
- третичная — реабилитационные мероприятия.

- **Персонализация** (*personalized*) — индивидуальный подход к пациенту на основе анализа и разбора его генетических и физиологических особенностей.

Цели персонализации:

- ускорение разработки персонализированного подхода к конкретному человеку;
- укрепление участия пациента в оказании медицинской помощи;
- способствование профилактике заболевания;
- улучшение предикции;
- повышение удовлетворенности лечением.

Характеристики традиционной медицинской модели и пациентоориентированной модели медицины

Традиционная медицинская модель	Лечение, ориентированное на пациента
Модель, ориентированная на поставщика	Модель, ориентированная на пациента
Основана на принципах благоденствия и авторитаризма	Основана на принципе автономии
Помощь, ориентированная на болезнь	Помощь, ориентированная на пациента в целом
Ориентация на результаты, важные для врачей и регуляторов	Ориентация на результаты, важные для пациентов
Точка зрения пациента обычно игнорируется	Предпочтения, цели и ценности пациента учитываются при принятии решений и оказании медицинской помощи
Выполнение решений врача	Пациент и врач совместно принимают решение
Улучшение результатов для «среднего» пациента	Улучшение результатов для отдельного пациента
Исследования, ориентированные на население	Исследования, ориентированные на пациента

Партнерство (партиципативность, *participatory*) — вовлеченность пациента в процессы профилактики и лечения.

Несмотря на то что пациенты всегда были в центре внимания медицинского обслуживания и концепция пациентоориентированной медицины в таком случае представляется излишней, между традиционной и пациентоориентированной медициной существует ряд различий (табл. 3). Таким образом, пациентоориентированная медицина направлена на улучшение результатов лечения отдельных пациентов с учетом их предпочтений, целей, ценностей, а также доступных экономических ресурсов [11].

Опыт стран, использующих пациентоориентированную модель в системе здравоохранения, учитывая потребности пациента, здоровье человека в целом, показывает повышение эффективности оказания медицинской помощи и создание позитивной рабочей обстановки, способствующей повышению экономического благосостояния в стране. При этом, несмотря на то что в разных странах используются различные подходы, основные направления реализации пациентоориентированной помощи включают в себя:

- доступность и непрерывность медицинской помощи;
- координация услуг на уровне первичной помощи;
- выявление новых потребностей пациентов;
- межсекторальное взаимодействие;
- учет индивидуальных генетических и физиологических особенностей человека [12].

### Обсуждение

Пациентоориентированная модель медицины влияет на показатели качества медицинских услуг и тем самым на состояние экономической системы.

Исследования зарубежных ученых, таких как Н. Gluyas [13] и С. Rathert [11], показали, что пациентоориентированная медицина ведет к улучшению

здоровья населения, повышению качества оказываемых медицинских услуг, повышению эффективности деятельности медицинских сотрудников, рациональному использованию ресурсов, снижению затрат, повышению удовлетворенности пациентов.

В ряде исследований показано, что уход за пациентом играет жизненно важную роль в политике здравоохранения, распределении ресурсов и обеспечении надлежащего ухода за счет эффективной интеграции перспектив пациента и поставщика. Привлекательность уникальной концепции пациентоориентированной модели здравоохранения глобальна. Другие исследователи считают, что одним из важных инструментов для внедрения пациентоориентированной модели здравоохранения являются передовые навыки общения, которые используются для совместного принятия решений и установления дружественного контакта, который в большей степени влияет на благоприятный исход.

Исследование М. Trento [14] подтверждает, что психологическая и эмоциональная адаптация является ключом к успешному лечению. Эмоциональные реакции тесно связаны с отношением к болезни, что отражает психологическую адаптацию пациента и ту степень ответственности, которую он/она готов принять за самоуправление.

Ряд зарубежных исследователей также подчеркивают, что если пациент считает собственный визит пациентоориентированным, то вероятность благополучного исхода повышается, а число дополнительных посещений, повторных госпитализаций и их продолжительность снижается.

Система здравоохранения России на сегодняшний день не является конкурентоспособной в полной мере. По основным показателям состояния здоровья Россия отстает от развитых стран. Сфера здравоохранения рассматривается как желаемое направление государственных инвестиций. Медицинские услуги направлены на оказание помощи пациентам лишь в критических ситуациях, при этом не используется индивидуальный подход.

Для решения поставленных проблем необходимо трансформировать систему здравоохранения в соответствии с основными положениями пациентоориентированного подхода. Сотрудничество между пациентом и командой медицинского персонала, ориентированное на пациента, включает в себя ценности, убеждения и предпочтения пациента в отношении общего состояния здоровья и благополучия в плане ухода и осуществления всех видов деятельности по уходу за пациентами.

### Заключение

Основной целью и преимуществом пациентоориентированного подхода является улучшение индивидуальных результатов в отношении здоровья, а не только результатов здоровья населения, хотя результаты в области народонаселения также могут улучшиться. Такая модель приносит пользу не только для пациентов, но и для поставщиков медицинской

помощи и услуг, а также систем здравоохранения через:

- улучшение показателей удовлетворенности пациентов и их семей;
- повышение репутации поставщиков среди потребителей медицинских услуг;
- укрепление морального духа и повышение производительности среди врачей и вспомогательного персонала;
- улучшение определения и распределения ресурсов;
- сокращение расходов и увеличение финансовой рентабельности в течение непрерывного медицинского обслуживания.

Указанные преимущества, влияя на социальную сферу, напрямую воздействуют и на экономическое благосостояние населения страны.

Исследование не имело спонсорской поддержки. Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

### ЛИТЕРАТУРА

1. Eurostat data. Режим доступа: <http://ec.europa.eu/eurostat/data/database> (дата обращения 26.06.2018 г.).
2. Государственные программы — здравоохранение. Международный центр инновационных программ. Режим доступа: [http://incip.ru/gov\\_program\\_public\\_health/](http://incip.ru/gov_program_public_health/) (дата обращения 26.06.2018 г.).
3. Здравоохранение: необходимые ответы на вызовы времени. Центр стратегических разработок. Февраль 2018. Режим доступа: [https://www.csr.ru/wp-content/uploads/2018/02/Doklad\\_zdravoohranie\\_Web.pdf](https://www.csr.ru/wp-content/uploads/2018/02/Doklad_zdravoohranie_Web.pdf) (дата обращения 26.06.2018 г.).
4. Расходы на здравоохранение в США выросли на \$900 млрд за 7 лет. *ForumDaily* — голос русскоязычной Америки. Режим доступа: <http://www.forumdaily.com/rasxody-na-zdravoohranenie-vssha-vyrosli-na-900-mlrd-za-7-let/> (дата обращения 26.06.2018 г.).
5. Health for All explorer. European Health Information Gateway. Режим доступа: <https://gateway.euro.who.int/en/hfa-explorer/> (дата обращения 26.06.2018 г.).
6. Царанов К. Н. Подходы к формированию пациентоориентированной корпоративной культуры медицинской организации. *Актуальные вопросы медицины в современных условиях*. 2018;(5):49—54.
7. Стратегия развития здравоохранения до 2025 года будет пациентоориентированной. Онкоцентр. Режим доступа: [http://bonetumors.ru/info/news/strategiya-razvitiya-zdravookhraneniya-do-2025-goda-budet-patsientoorientirovannoy-/](http://bonetumors.ru/info/news/strategiya-razvitiya-zdravookhraneniya-do-2025-goda-budet-patsientoorientirovannoy/) (дата обращения 27.06.2018 г.).
8. Паспорт приоритетного проекта «Создание новой модели медицинской организации, оказывающей первичную медико-санитарную помощь» (утвержден президиумом Совета при Президенте Российской Федерации по стратегическому развитию и приоритетным проектам (протокол от 26.07.2017 г. № 8). Режим доступа: <http://www.garant.ru/products/ipo/prime/doc/71635156/#ixzz5H6XvA15g> (дата обращения 21.05.2018 г.).
9. Новая концепция здравоохранения: 4П-медицина. Basis Genotech Group. Режим доступа: <https://basisgenotech.ru/articles/novaya-kontseptsiya-zdravookhraneniya-4p-meditsina/> (дата обращения 27.06.2018 г.).
10. Пациентоориентированный подход — современный вектор медицины. Свердловский областной медицинский колледж. Режим доступа: <http://www.med-obr.info/education/docs/ushakova.pdf> (дата обращения 27.06.2018 г.).
11. Rathert C., Wyrwich M. D., Boren S. A. Patient-Centered Care and Outcomes: A Systematic Review of the Literature. *Med. Care Res. Rev.* 2013;70(4):351—79.
12. Кожекенова Л. Г., Мусаханова А. К. Концептуальное видение реализации стратегии медицинской помощи, ориентированной на пациента в отечественной и мировой практике здравоохранения. *Наука и здравоохранение*. 2014;(5):3—7.
13. Gluyas H. Patient-centred care: improving healthcare outcomes. *Nurs. Stand.* 2015;30(4):50—9.

Здоровье и общество

14. Trento M. Evaluation of the locus of control in patients with type 2 diabetes after long-term management by group care. *Diabet Metabol.* 2006;32(1):77—81.

Поступила 01.02.2019  
Принята в печать 03.04.2019

REFERENCES

1. Eurostat data. Available from: <http://ec.europa.eu/eurostat/data/database> (accessed 26.06.2018).
2. Government programs — healthcare. International Center for Innovation Programs [Gosudarstvennye programmy — zdravooхранenie. *Mezhdunarodnyj Centr Innovacionnyh programm*]. Available from: [http://incip.ru/gov\\_program\\_public\\_health/](http://incip.ru/gov_program_public_health/) (accessed 26.06.2018).
3. Health: the necessary answers to the challenges of the times. Center for Strategic Research. February 2018 [Zdravooхранenie: neobhodimye otvety na vyzovy vremeni // Centr strategicheskikh razrabotok. — Fevral', 2018]. Available from: [https://www.csr.ru/wp-content/uploads/2018/02/Doklad\\_zdravooхранenie\\_Web.pdf](https://www.csr.ru/wp-content/uploads/2018/02/Doklad_zdravooхранenie_Web.pdf) (accessed 26.06.2018).
4. US health care spending rose \$ 900 billion over 7 years. ForumDaily is the voice of Russian-speaking America [Raskhody na zdravooхранenie v SSHA vyrosli na \$900 mlrd za 7 let // ForumDaily — gos russkoyazychnoj Ameriki]. Available from: <http://www.forumdaily.com/raskhody-na-zdravooхранenie-v-ssha-vyrosli-na-900-mlrd-za-7-let> (accessed 26.06.2018).
5. Health for All explorer. European Health Information Gateway. Available from: <https://gateway.euro.who.int/en/hfa-explorer/> (accessed 26.06.2018).
6. Tsaranov K. N. Approaches to the formation of a patient-oriented corporate culture of a medical organization. *Aktual'nye voprosy mediciny v sovremennyh usloviyah.* 2018;(5): 49—54 (in Russian).
7. The healthcare development strategy until 2025 will be patient-oriented. Cancer center [Strategiya razvitiya zdravooхранeniya do 2025 goda budet pacientoorientirovannoj. *Onkocentr*]. Available from: <http://bonetumors.ru/info/news/strategiya-razvitiya-zdravooхранeniya-do-2025-goda-budet-pacientoorientirovannoj/> (accessed 27.06.2018) (in Russian).
8. Passport of the priority project “Creating a new model of a medical organization providing primary health care” (approved by the Presidium of the Presidential Council for Strategic Development and Priority Projects (Minutes No. 8 dated July 26, 2017) [Pasport prioritetnogo proekta «Sozdanie novoj modeli medicinskoj organizacii, okazivayushchej pervichnuyu mediko-sanitarnuyu pomoshch'» (utv. prezidiumom Soveta pri Prezidente Rossijskoj Federacii po strategicheskomu razvitiyu i prioritetnym proektam (protokol ot 26.07.2017 g. № 8)]. Available from: <http://www.garant.ru/products/ipo/prime/doc/71635156/#ixzz5H6XvA15g> (accessed 21.05.2018) (in Russian).
9. New healthcare concept: 4P medicine. Basis genotech group [Novaya koncepciya zdravooхранeniya: 4P-medicina. *Basis Genotech Group*]. Available from: <https://basisgenotech.ru/articles/novaya-kontseptsiya-zdravooхранeniya-4p-meditsina/> (accessed 27.06.2018).
10. Patient Oriented Approach — modern medicine vector. Sverdlovsk Regional Medical College [Pacientoorientirovannyj podhod — sovremennyy vektor mediciny. *Sverdlovskij oblastnoj medicinskij kolledzh*]. Available from: <http://www.med-obr.info/education/docs/ushakova.pdf> (accessed 27.06.2018).
11. Rathert C., Wyrwich M. D., Boren S. A. Patient-Centered Care and Outcomes: A Systematic Review of the Literature. *Med. Care Res. Rev.* 2013;70(4):351—79.
12. Kozhekenova L. G., Musahanova A. K. Konceptual'noe videnie realizacii strategii medicinskoj pomoshchi, orientirovannoj na pacienta v otechestvennoj i mirovoj praktike zdravooхранeniya. *Nauka i zdravooхранenie.* 2014;(5):3—7.
13. Gluyas H. Patient-centred care: improving healthcare outcomes. *Nurs. Stand.* 2015;30(4):50—9.
14. Trento M. Evaluation of the locus of control in patients with type 2 diabetes after long-term management by group care. *Diabet Metabol.* 2006;32(1):77—81.

Александрова О. А.<sup>1,2</sup>, Комолова О. А.<sup>3</sup>**КОНФЛИКТ ИНТЕРЕСОВ И ОРГАНИЗАЦИОННЫХ КУЛЬТУР В УСЛОВИЯХ КОММЕРЦИАЛИЗАЦИИ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ**<sup>1</sup>ФГБУН «Институт социально-экономических проблем народонаселения» РАН, 117218, г. Москва;<sup>2</sup>ФГБОУ ВПО «Финансовый университет при Правительстве Российской Федерации», 125993, г. Москва;<sup>3</sup>ГАОУ ВО «Московский городской университет управления Правительства Москвы», г. 107045, г. Москва

*В статье на основе анализа зарубежного опыта коммерциализации здравоохранения и привнесения в работу медицинских организаций методов управления, характерных для бизнеса, показаны возникающие в связи с этим трудно разрешимый конфликт интересов у медицинского сообщества, а также столкновение организационных культур врачей и менеджеров. В результате страдает население, которое либо лишается медицинской помощи, либо платит за навязанные медицинские услуги, и врачи, которых погоня за экономической эффективностью без учета специфики профессии врача приводит к перегрузкам, стрессам и профессиональному выгоранию. В то время как на Западе приходят к выводу о необходимости управленческой революции, возвращающей врачам их приоритетную роль и ставящей во главу угла не прибыль, а интересы пациента, Россия стремительно движется по пути коммерциализации здравоохранения и фетишизации экономических показателей в медицинской отрасли. В статье раскрывается система экономических и организационно-правовых факторов, провоцирующих возникновение в российских медицинских учреждениях конфликта интересов. Выявляется отсутствие механизмов, которые призваны сдерживать его негативные последствия и действуют в странах, чьи подходы к организации здравоохранения Россия ускоренно перенимает. Приводятся мнения и аргументация экспертов в отношении нового для России вопроса о том, кем должен быть руководитель медицинской организации — клиницистом или менеджером.*

**К л ю ч е в ы е с л о в а :** медицинские услуги; управление медицинской организацией; конфликт интересов; организационная культура.

**Для цитирования:** Александрова О. А., Комолова О. А. Конфликт интересов и организационных культур в условиях коммерциализации здравоохранения. Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. 2019;27(4):384—388. DOI: <http://dx.doi.org/10.32687/0869-866X-2019-27-4-384-388>

**Для корреспонденции:** Александрова Ольга Аркадьевна, д-р экон. наук, зам. директора по научной работе ИСЭПН РАН, профессор Департамента социологии Финансового университета при Правительстве РФ, e-mail: a762rab@mail.ru

Aleksandrova O. A.<sup>1</sup>, Komolova O. A.<sup>2,3</sup>**THE CONFLICT OF INTERESTS AND ORGANIZATIONAL STRUCTURES IN CONDITIONS OF HEALTH CARE COMMERCIALIZATION**<sup>1</sup>The Federal State Budget Institution of Science «The Institute of Social Economic Problems of Population» of the Russian Academy of Sciences, 117218, Moscow, Russia;<sup>2</sup>The Federal State Budget Educational Institution of Higher Education «The Financial University under the Government of the Russian Federation», 125993, Moscow, Russia;<sup>3</sup>The State Autonomous Educational Institution of Higher Education «The Moscow Municipal University of Management of the Moscow government», 107045, Moscow, Russia

*The article based on the analysis of foreign experience of commercialization of health care and introducing management methods typical for business into the work of medical organizations, shows the difficult conflict of interests within the medical community itself, as well as the clash of organizational cultures of doctors and managers. As a result, the population suffers as it either cut off from medical care or pays for imposed medical services. And the doctors suffer because of the pursuit of their leadership for economic efficiency and productivity without taking into account the specifics of the medical profession, and this leads to overwork, stress and early professional burnout. Based on a survey of Russian experts, the authors show that while in the West they come to a conclusion about the need for a management revolution that returns doctors to their priority role and prioritizes not patient's profits, but patient interests, Russia is rapidly moving along the path of unrestrained health care commercialization and fetishization indicators in the medical industry. The article describes a system of economic and organizational-legal factors that provoke a conflict of interest that arise management and staff, and also reveals the absence of mechanisms that are designed to contain its negative consequences and to some extent operate in countries whose approaches to organization Russia is rapidly adopting in health care. In addition, the opinions and arguments of the experts are given in relation to the new question for Russia as to whether the head of the medical organization should be a clinician or a manager.*

**Key words:** medical services, management of a medical organization, conflict of interests, organizational culture

**For citation:** Aleksandrova O. A., Komolova O. A. The conflict of interests and organizational structures in conditions of health care commercialization. *Problemy sotsialnoy gigieny, zdravookhraneniya i istorii meditsiny*. 2019;27(4):384—388 (In Russ.). DOI: <http://dx.doi.org/10.32687/0869-866X-2019-27-4-384-388>

**For correspondence:** Aleksandrova O. A., doctor of economical sciences, the Deputy Director of the Institute of Social Economic Problems of Population. e-mail: a762rab@mail.ru

**Conflict of interests.** The authors declare absence of conflict of interests.

**Acknowledgment.** The study had no sponsor support

Received 12.03.2019  
Accepted 03.04.2019

Медицинская помощь, еще вчера считавшаяся социальным благом, перешла в разряд услуг. Произошло это в преддверие присоединения России к

Всемирной торговой организации (ВТО), один из документов которой — Генеральное соглашение по торговле услугами (ГАТС) — относит здравоохране-

## Здоровье и общество

ние к сервису. Тем самым сделан шаг в сторону «сервисного государства», в котором, согласно неоллиберальной парадигме, государственные полномочия должны быть максимально сокращены и переданы коммерческому сектору [1]. ГАТС требует от государств постоянной и необратимой либерализации социальных отраслей [2]. Бюджетное финансирование трактуется ГАТС как нарушение принципа равенства условий работы для национальных и иностранных компаний, государства сворачивают их поддержку. Страны обязаны информировать ВТО о готовящихся законах, и Суд ВТО может потребовать отмены правовых актов, если сочтет их «более обременительными, чем необходимо». Доводы государств о гарантировании доступности социальных благ предписано игнорировать [3].

### Материалы и методы

В статье представлен основанный на зарубежных источниках анализ истории неоллиберальных реформ в Великобритании и последствий привнесения в работу медицинских организаций методов управления, характерных для бизнеса. В части описания аналогичных реформ в России представлен анализ данных экспертного опроса. Глубинные структурированные интервью экспертов в области организации и управления затрагивали условия работы медицинских организаций (МО): их финансовое, материально-техническое и кадровое обеспечение, регулирование процесса оказания медицинской помощи, ситуацию на рынке медицинских услуг, взаимодействие МО и страховых компаний, взаимоотношения МО и пациентов, взаимоотношения МО и их учредителей и критерии оценки их работы, оценку системы подготовки управленческих кадров для здравоохранения.

### Результаты исследования

Впервые дискуссия по вопросу о применимости рыночных условий к медицинской отрасли широко развернулась в послевоенной Великобритании на фоне создания системы общедоступного здравоохранения. Уже в 1952 г. стало ясно, что высокие расходы бюджета — явление не временное и страна не может позволить себе запланированное экстенсивное развитие социальной сферы. Акцент был сделан на постулате, что помощь должна оказываться только на основе проверки нуждемости, хотя это шло вразрез с принципами, заложенными В. Бевериджем [4]. На это приводилось возражение о том, что сохранение жизни пациентам — доказательство успеха, который должен быть оплачен [5]. Бесплатное здравоохранение подвергалось атакам сторонников свободного рынка и с другой стороны: если в отношении врача и пациента вторгается государство, то нарушается «суверенитет потребителя», гарантировать который может лишь закон спроса и предложения с оплатой услуги в месте ее получения. Контраргумент заключается в том, что с учетом сложности современной медицины пациенту приходится доверять врачам, «но можно ли доверять врачу на свободном

рынке, где над отношениями врач — пациент довлеют финансовые соображения?» [6].

Несмотря на очевидность конфликта интересов, в 1967 г., после девальвации английского фунта, дебаты на тему «универсализм или селективность» возобновились. Однако большинство было готово принять определенную степень селективности, а «нефтяной шок» 1974 г. вынудил лейбористов несколько сократить социальные расходы. Кризис заставил британское общество обратить свой взор на «новых правых» с идеями ограничения полномочий государства и поощрения бизнеса. В докладе правительства М. Тэтчер (1979) утверждалось, что именно государственные расходы — корень проблем британской экономики, хотя Великобритания и США и до кризиса тратили на социальное обеспечение меньше других стран Организации экономического сотрудничества и развития [7]. Основные изменения — резкое сокращение расходов, привлечение частного бизнеса и привнесение характерных для него принципов управления в здравоохранение, разрушение крупных организаций социальной сферы — были произведены после выборов 1987 г. на фоне экономического роста.

Изменение подходов к управлению МО поставило вопрос, актуальный и для России: кем должен быть руководитель МО — клиницистом или менеджером? Основная проблема — в принципиальной разнице осознаваемых миссий и задач. Менеджеры смотрят с совершенно другого ракурса: для них важны лишь цифры и целевые показатели, что сказывается на закупках медоборудования, планировании операций и т. д. С другой стороны, врачи должны иметь больше возможностей влиять на различные аспекты управления МО, требуется усилить влияние на менеджеров и самих пациентов.

До 1980-х годов решающую роль и в принятии решений о распределении ресурсов, и в контроле над повседневной деятельностью МО играли врачи. Однако в начале 1980-х годов была внедрена новая концепция управления. Имевший место триумвират (врач, медсестра, администратор) заменялся одним менеджером, наделенным правом принятия как оперативных, так и стратегических решений (явная параллель с коммерческими организациями). И хотя ключевым терапевтическим фактором является партнерство пациента и врача, из-за изменения ролей и «организационного веса» центральным стало взаимодействие врачей и менеджеров. Но именно здесь возникает напряжение: врачи исповедуют индивидуальный подход («лечат не болезнь, а больного») и предлагают оказывать пациентам максимально возможную медицинскую помощь, а менеджеры исходят из «больших чисел» и фокусируются на эффективном использовании ресурсов для медицинского обслуживания всего местного населения. Налицо столкновение ценностных установок и организационных культур.

Негативные последствия менеджерского подхода к управлению МО приводят к выводу о необходимости «управленческой революции», возвращающей

врачам руководство, в том числе над не сведущими в медицине менеджерами, с тем чтобы врачи и менеджеры могли реализовывать разные, но взаимодополняющие роли, важные для предоставления пациентам высококачественной медицинской помощи [8]. Предлагается признать центральную роль клиницистов в вопросах доставки медицинской помощи, а менеджеров — в работе организационных структур [8].

Изменения в организации медицинской деятельности актуализировали тему пациентоориентированной медицины. Доминирование коммерческого подхода приводит к концентрации внимания отрасли на производительности, эффективности, регламентах и к принуждению врачей к обслуживанию большего количества пациентов. Разрыв между такими требованиями и ценностями, а также перегрузки приводят к стрессам и ускоренному профессиональному выгоранию врачей. В итоге разрушение традиционных отношений между врачом и страждущим снижает качество медицинской помощи. Исходя из центральной роли организационных факторов, было установлено, что чрезмерная концентрация внимания руководства МО на производительности труда врачей, достигаемой за счет сокращения времени общения с пациентами, а в итоге — за счет отказа в праве следовать выработанным навыкам и ценностным установкам, приводит к тому, что между врачами и менеджерами возникает барьер. Необходимость в адекватном времени для контактов с пациентами, ведения учета, получения консультаций специалистов, работы с младшим медперсоналом, перерыва на еду и паузу в общении с пациентами явно противоречат неукомплектованности штатами и необоснованности «оптимизации».

Другими факторами, возводящими барьер между врачами и менеджментом, являются бюрократическое давление (слишком много обязанностей, отсутствие поддержки от обособленных от медперсонала администраторов) и невосприимчивость менеджмента к ситуации, в которой оказываются врачи («неуважение и непонимание профессиональных стрессов»). Хороший менеджер стремится защитить персонал от нереалистичных требований к производительности труда и настаивает на предоставлении адекватного времени для общения с пациентами, общается с врачами («ходячий разговор»), уважает и ценит их стремление осуществлять уход за больными в гуманистическом ключе. В условиях не удовлетворяющего врачей статус-кво от руководителей МО требуется больше, нежели просто поддержание спокойствия. Если что-то в организационной культуре приводит к дисфункциям, именно руководство как важнейший элемент ее создания, поддержания и изменения должно преодолевать такую культуру и ускорять эволюцию организации в направлении нормы, принуждая персонал к культурным изменениям [9].

Описанный выше конфликт интересов обнаруживает себя и в России. Даже в «гучные» 2000-е годы государство расходовало на здравоохранение в разы

меньше, чем развитые страны Запада и даже имеющие сопоставимый объем ВВП на душу населения страны Восточной Европы [10]. В результате ни нормативы финансирования, ни тарифы на медицинские услуги не соответствуют реальным потребностям МО [11]. Переход на страховую модель не решил проблему нехватки финансирования, а усугубил ситуацию, отвлекая средства на содержание страховых компаний и бесчисленные финансовые транзакции. В то же время легализовано и путем намеренного недофинансирования стимулируется предоставление платных услуг, поскольку отсутствует четкое разделение на бесплатную и платную помощь, поскольку платно можно оказывать и услуги, включенные в ОМС [12]. Это создает конфликт интересов на базе бездушного товарно-денежного отношения к пациентам в государственных (муниципальных) МО [13].

Нехватка бюджетных средств и финансовый характер оценки работы руководства МО приводят к припискам и фальсификациям, массовой гипер- или гиподиагностике заболеваний в зависимости от того, какие средства выделяются на их лечение. Подходы к финансированию МО нацеливают на пресловутый «вал», что явно противоречит задаче профилактики заболеваний.

У призванных контролировать качество медицинских услуг страховых компаний также наличен конфликт интересов, поскольку их прибыль формируется за счет экономии на компенсации понесенных МО затрат и штрафов.

Не работает и фактор конкуренции; поскольку «ФАС по сути начинает сравнивать государственные услуги и прачечную. А если «оптимизировать» бюджетную сферу, произойдет взрывной рост рыночного сектора». При этом коммерческие МО выигрывают у государственных за счет сервиса, но не качества лечения.

Относительно вопроса, кем должен быть руководитель МО — менеджером или клиницистом, — мнения экспертов разошлись. Врачи чаще указывали на важность базового медицинского образования (врача можно научить экономике, но ни один менеджер не оценит правильно работу врача), хотя и признавали, что здесь нет однозначного ответа (часть культуры управленца — в знании отрасли, которой управляешь. Но он не обязан иметь медицинское образование). Оптимальный вариант — наличие медицинского образования и второго серьезного образования по организации здравоохранения [14].

### Обсуждение

Следуя неолиберальным рецептам, российское здравоохранение идет по пути радикальной коммерциализации государственных (муниципальных) МО и их включения в конкурентную борьбу за потребителя медицинских услуг. Анализ ситуации в странах, вставших на этот путь несколько десятилетий назад, говорит о том, что наличие коммерческого интереса, порожден он имманентным для бизнеса желанием максимизации прибыли или требованиями учреди-

## Здоровье и общество

теля увеличить объем предоставляемых платных услуг, порождает у врачей и МО трудноразрешимый конфликт интересов. При этом потерпевшей стороной оказывается пациент, который либо отсекается от медицинской помощи (если нет средств на ее оплату), либо платит за далеко не всегда нужные ему медицинские услуги. Страдают и врачи, поскольку погоня руководства МО за экономической эффективностью и производительностью труда без учета специфики профессии врача приводит к перегрузкам, стрессам и раннему профессиональному выгоранию. Следует учитывать зарубежный опыт, связанный с привнесением в здравоохранение принципов управления из бизнеса с передачей единоличного руководства МО чистым менеджерам. Общеизвестным фактом является возникающее между административным аппаратом и врачами управленческое напряжение, связанное с принципиальной разницей миссий и установок, решаемых задач и организационных культур. Если для врачей характерна ориентация на конкретных пациентов и стремление оказать им максимально возможную помощь, то менеджерам свойственно ориентироваться на параметры установленного бюджета и имеющие формальный характер показатели деятельности организации в целом. Ситуация противостояния между врачами и менеджерами, порождающая у врачей неудовлетворенность работой и выгорание, усугубляется. Специалисты ведут речь о необходимости «управленческой революции», направленной на возвращение врачам управленческих функций и подчинение им менеджеров, а функционеры той же британской национальной системы здравоохранения призывают преодолеть возникшую между ними пропасть через взаимное признание равного значения и исключительной важности как управленцев, так и врачей.

### Заключение

Описанная нашими экспертами ситуация говорит о том, что в России действует целая система экономических, организационных и правовых факторов, провоцирующих у руководства МО и их персонала конфликт интересов. При этом нет сдерживающих механизмов (защищающего пациентов законодательства, независимой судебной системы, не подверженных коррупции контрольно-надзорных органов), которые в той или иной степени действуют в тех странах, чьи подходы к организации здравоохранения Россия ускоренно перенимает.

Исследование не имело спонсорской поддержки.  
Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

### ЛИТЕРАТУРА

1. Александрова О. А. Экономическая и идейная десоверенизация как угроза социальному государству. В кн.: Управление социальными изменениями в нестабильных условиях. Материалы Всероссийской научной конференции. Московский государственный университет им. М. В. Ломоносова. М.: ООО «МАКС Пресс»; 2016. С. 19—23.
2. Александрова О. А. Социальная политика и ВТО. В кн.: Ткаченко А. А. (ред.). Влияние глобализации и членства в ВТО на качество жизни населения стран группы БРИКС: Сборник статей по

- материалам Международной научной конференции (Москва, 17 марта 2015 г.). М.: Финансовый университет; 2016.
3. Гоулд Е., Ждановская А. Почему все же ГАТС ведет к коммерциализации общественных благ? Режим доступа: [http://wto-inform.ru/experts/aleksandra\\_zhdanovskaya\\_vto\\_inform\\_ellen\\_gould\\_ekspert\\_po\\_gats\\_kanada\\_pochemu\\_vse\\_zhe\\_gats\\_vedet\\_k\\_k/](http://wto-inform.ru/experts/aleksandra_zhdanovskaya_vto_inform_ellen_gould_ekspert_po_gats_kanada_pochemu_vse_zhe_gats_vedet_k_k/) (дата обращения 17.04.2013).
4. MacLeod I., Powell E. The Social Services — Needs and Means. Conservative Political Center; 1954.
5. Abel-Smith B. Value for Money in Health Service: a comparative study. Heinemann; 1976.
6. Titmuss R. Commitment to Welfare, Allen and Unwin. London: Allen & Unwin; 1968.
7. The Government's Expenditure Plans. London: HMSO; 1980—1981.
8. Enock K., Markwell S. Interactions between managers, doctors and others Режим доступа: <https://www.healthknowledge.org.uk/public-health-textbook/organisation-management/5a-understanding-it/interactions> (дата обращения 15.09.2018 г.).
9. Rider E. A., Gilligan M. A., Osterberg L., Branch W. T. Healthcare at the Crossroads: The Need to Shape an Organizational Culture of Humanistic Teaching and Practice. Режим доступа: [https://www.researchgate.net/publication/325031279\\_Healthcare\\_at\\_the\\_Crossroads\\_The\\_Need\\_to\\_Shape\\_a\\_n\\_Organizational\\_Culture\\_of\\_Humanistic\\_Teaching\\_and\\_Practice](https://www.researchgate.net/publication/325031279_Healthcare_at_the_Crossroads_The_Need_to_Shape_a_n_Organizational_Culture_of_Humanistic_Teaching_and_Practice) (дата обращения 16.09.2018 г.).
10. Чубарова Т. В. Кризис российской здравоохранительной системы и политики. *Экономическая наука современной России*. Экспресс-выпуск. 2007;1(12):25.
11. Улумбекова Г. Э. Здравоохранение России: 2018—2024 гг. Что надо делать? ОРГЗДРАВ: новости, мнения, обучение. Вестник ВШОУЗ. 2018;(1).
12. Александрова О. А. Реформа бюджетных учреждений: мнение пациентов и врачей. *Гуманитарные науки. Вестник Финансового университета*. 2017;1(25):54—63.
13. Чубарова Т. В. Перспективы реформы здравоохранения в России: необходимость новых подходов. *Проблемы прогнозирования*. 2004;(5):79.
14. «Нас учили врачевать, а управление медицинской организацией — это другой вид профессиональной деятельности...». Интервью с Г. Э. Улумбековой. Режим доступа: <https://cyberleninka.ru/article/n/nas-uchili-vrachevat-a-upravlenie-meditinskoy-organizatsiyeyeto-drugoy-vid-professionalnoy-deyatelnosti-1> (дата обращения 12.08.2018).

Поступила 12.03.2019  
Принята в печать 03.04.2019

### REFERENCES

1. Aleksandrova O. A. Economic and ideological de-sovereignization as a threat to the social state. In: Managing Social Change in Unstable Conditions. Materials of the All-Russian Scientific Conference. Moscow State University. M. B. Lomonosov [Upravlenie social'nymi izmeneniyami v nestabil'nyh usloviyakh. Materialy Vserossijskoj nauchnoj konferencii. Moskovskij gosudarstvennyj universitet im. M. V. Lomonosova]. Moscow: OOO «MAKS Press»; 2016. P. 19—23 (in Russian).
2. Aleksandrova O. A. Social policy and the WTO. In: Tkachenko A. A. (ed.). The impact of globalization and WTO membership on the quality of life of the population of the BRICS countries: A collection of articles on the materials of the International Scientific Conference (Moscow, March 17, 2015) [Vliyaniye globalizacii i chlenstva v VTO na kachestvo zhizni naseleniya stran gruppy BRIKS: Sbornik statej po materialam Mezhdunarodnoj nauchnoj konferencii (Moskva, 17 marta 2015 g.)]. Moscow: Finansovyy universitet; 2016 (in Russian).
3. Gould E., Zhdanovskaya A. Why does the GATS lead to the commercialization of public goods? [Pochemu vse zhe GATS vedet k kommercializacii obshchestvennyh blag?]. Available from: [http://wto-inform.ru/experts/aleksandra\\_zhdanovskaya\\_vto\\_inform\\_ellen\\_gould\\_ekspert\\_po\\_gats\\_kanada\\_pochemu\\_vse\\_zhe\\_gats\\_vedet\\_k\\_k/](http://wto-inform.ru/experts/aleksandra_zhdanovskaya_vto_inform_ellen_gould_ekspert_po_gats_kanada_pochemu_vse_zhe_gats_vedet_k_k/) (in Russian).
4. MacLeod I., Powell E. The Social Services — Needs and Means, Conservative Political Center; 1954.
5. Abel-Smith B. Value for Money in Health Service: a comparative study. Heinemann; 1976.
6. Titmuss R. Commitment to Welfare. London: Allen & Unwin; 1968.
7. The Government's Expenditure Plans. London: HMSO; 1980—1981.
8. Enock K., Markwell S. Interactions between managers, doctors and others Available from: <https://www.healthknowledge.org.uk/public-health-textbook/organisation-management/5a-understanding-it/interactions> (дата обращения 15.09.2018 г.).

- health-textbook/organisation-management/5a-understanding-itd/interactions
9. Rider E. A., Gilligan M. A., Osterberg L., Branch W. T. Healthcare at the Crossroads: The Need to Shape an Organizational Culture of Humanistic Teaching and Practice. Available from: [https://www.researchgate.net/publication/325031279\\_Healthcare\\_at\\_the\\_Crossroads\\_The\\_Need\\_to\\_Shape\\_a\\_n\\_Organizational\\_Culture\\_of\\_Humanistic\\_Teaching\\_and\\_Practice](https://www.researchgate.net/publication/325031279_Healthcare_at_the_Crossroads_The_Need_to_Shape_a_n_Organizational_Culture_of_Humanistic_Teaching_and_Practice)
  10. Chubarova T. V. The crisis of the Russian health system and policy. *Ekonomicheskaya nauka sovremennoj Rossii. Ekspres-vypusk.* 2007;1(12):25 (in Russian).
  11. Ulumbekova G. E. Russian Health: 2018—2024 What to do? ORG-ZDRAV: news, opinions, training. *Vestnik VSHOUZ.* 2018;(1) (in Russian).
  12. Aleksandrova O. A. Reform of budgetary institutions: the opinion of patients and doctors. *Gumanitarnye nauki. Vestnik Finansovogo universiteta.* 2017;1(25):54—63 (in Russian).
  13. Chubarova T. V. Prospects for healthcare reform in Russia: the need for new approaches. *Problemy prognozirovaniya.* 2004;(5):79 (in Russian).
  14. “We were taught to heal, and managing a medical organization is another type of professional activity ...”. Interview with G. E. Ulumbekova [“Nas uchili vrachevat', a upravlenie medicinskoj organizacii — eto drugoj vid professional'noj deyatel'nosti...”. Interv'yu s G. E. Ulumbekovoj]. Available from: <https://cyberleninka.ru/article/n/nas-uchili-vrachevat-a-upravlenie-meditsinskoy-organizatsii-eto-drugoy-vid-professionalnoy-deyatelnosti-1>



**Калининская А. А., Лазарев А. В.**

## **АНАЛИЗ ИНВАЛИДНОСТИ ВСЛЕДСТВИЕ БОЛЕЗНЕЙ СИСТЕМЫ КРОВООБРАЩЕНИЯ В НИЖЕГОРОДСКОЙ ОБЛАСТИ**

ФГБУ «Центральный научно-исследовательский институт организации и информатизации здравоохранения» Минздрава России, 127254, г. Москва

*Представлен анализ инвалидности вследствие болезней системы кровообращения по данным Бюро медико-социальной экспертизы в Нижегородской области за 2003—2013 гг. Проанализирована численность лиц, признанных инвалидами по болезням системы кровообращения по данным Бюро медико-социальной экспертизы, рассчитан накопленный контингент инвалидов вследствие болезней системы кровообращения по данным Пенсионного фонда. Рассчитаны потерянные годы жизни по причине инвалидности в динамике за 2004—2013 гг.*

**К л ю ч е в ы е с л о в а :** инвалидность; пенсионный фонд; бюро медико-социальной экспертизы; накопленный контингент инвалидов; лица, признанные инвалидами; болезни системы кровообращения.

**Для цитирования:** Калининская А. А., Лазарев А. В. Анализ инвалидности вследствие болезней системы кровообращения в Нижегородской области. Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. 2019;27(4):389—393. DOI: <http://dx.doi.org/10.32687/0869-866X-2019-27-4-389-393>

**Для корреспонденции:** Калининская Алефтина Александровна, д-р мед. наук, профессор, руководитель отделения организации лечебно-профилактической помощи, e-mail: [akalininskaya@ya.ru](mailto:akalininskaya@ya.ru)

**Kalininskaya A. A., Lazarev A. V.**

## **THE ANALYSIS OF DISABILITY BECAUSE OF DISEASES OF BLOOD CIRCULATION SYSTEM IN THE NIZHNY NOVGOROD OBLAST**

The Federal State Budget Institution «The Central Research Institute for Health Organization and Informatics» of Minzdrav of Russia, 127254, Moscow, Russia

*The article presents the analysis of disability on the cardiovascular diseases, according to the Bureau of Medical and Social Expertise in the Nizhny Novgorod region in dynamics for 2003—2013. The article analyzed the number of persons recognized as disabled according to the Bureau of Medical and Social Expertise, calculated accumulated contingent disabled due to cardiovascular diseases according to the pension fund. The years of life lost due to disability in dynamics were calculated for 2004—2013 years.*

**К е y w o r d s :** disability; pension fund; the Bureau of Medical and Social Expertise; cardiovascular diseases.

**For citation:** Kalininskaya A. A., Lazarev A. V. The analysis of disability because of diseases of blood circulation system in the Nizhny Novgorod oblast. *Problemy sotsialnoy gigieny, zdravookhraneniya i istorii meditsiny*. 2019;27(4):389—393 (In Russ.). DOI: <http://dx.doi.org/10.32687/0869-866X-2019-27-4-389-393>

**For correspondence:** Kalininskaya A. A., doctor of medical sciences, professor, the Head of the Department of Organization of Curative Preventive Care of the Central Research Institute for Health Organization and Informatics. e-mail: [akalininskaya@ya.ru](mailto:akalininskaya@ya.ru)

**Conflict of interests.** The authors declare absence of conflict of interests.

**Acknowledgment.** The study had no sponsor support

Received 16.05.2016

Accepted 26.05.2016

Радикальные социально-экономические преобразования, демократизация общества в России и ее субъектах способствовали изменению социальной политики в отношении инвалидов, социальная защита которых рассматривается сегодня как одна из важнейших проблем государства [1—3].

Болезни системы кровообращения (БСК) — социально значимая проблема. БСК занимают первое место в структуре смертности населения Российской Федерации, а также первое место в структуре заболеваемости взрослого населения. Каждый третий выезд скорой медицинской помощи к взрослому населению связан с БСК [4—6].

В 1990-е годы отмечен рост смертности от БСК, обусловленный социально-экономическими изменениями в обществе, распространением факторов риска и недостаточной обеспеченностью населения выполняемыми объемами кардиохирургических вмешательств [7, 8].

БСК являются одной из ведущих причин утраты трудоспособности и инвалидности. В структуре пер-

вичной инвалидности взрослого населения в России инвалиды вследствие БСК занимают первое ранговое место [9, 10].

Целью настоящего исследования являлся расчет накопленного контингента инвалидов вследствие БСК в Нижегородской области.

Задачи исследования включали проведение сравнительного анализа накопленного контингента инвалидов по БСК по данным Пенсионного фонда и количества лиц, признанных инвалидами по БСК по данным Бюро медико-социальной экспертизы (БМСЭ) в динамике за 2003—2013 гг., расчет потерянных лет жизни по причине инвалидности в динамике за 2004—2013 гг. и др.

### **Материалы и методы**

Для оценки эффективности профилактических программ, проводимых в регионе, необходимо рассчитать индикаторы, которые позволяют учитывать половозрастные особенности и получать интегрированные оценки здоровья населения и могут служить

Таблица 1

Динамика числа лиц, признанных инвалидами, по всем нозологическим формам в Нижегородской области за 2003—2013 гг., согласно данным БСМЭ (в абс. ед.)

Группа инвалидности	2003 г.	2004 г.	2005 г.	2006 г.	2007 г.	2008 г.	2009 г.	2010 г.	2011 г.	2012 г.	2013 г.	Изменение (+/-) к 2003 г., %
Все группы	81 083	86 901	98 555	92 844	77 769	70 613	63 024	51 868	50 560	49 968	49 387	-39
I Всего	9576	10 353	11 108	8548	6526	6527	7111	8530	7586	7333	7277	-24
Перв.	4488	5070	6391	4568	3022	2815	3055	3697	3457	3307	3209	-28
Повт.	5088	5283	4717	3980	3504	3712	4056	4833	4129	4026	4068	-20
II Всего	48 219	51 838	58 395	51 972	40 759	34 213	29 118	24 632	22 384	21 947	21 053	-56
Перв.	23 348	26 918	33 546	27 520	17 105	12 004	10 797	10 348	10 063	9739	9153	-61
Повт.	24 871	24 920	24 849	24 452	23 654	22 209	18 321	14 284	12 321	12 208	11 900	-52
III Всего	23 288	24 710	29 052	32 324	30 484	29 873	26 795	18 706	20 590	20 688	21 057	-10
Перв.	5625	6426	9424	11 297	8336	6781	5971	6385	6449	6443	6524	16
Повт.	17 663	18 284	19 628	21 027	22 148	23 092	20 824	12 321	14 141	14 245	14 533	-18

Примечание. Здесь и в табл. 2, 3: перв. — первично признанные инвалидами, повт. — повторно признанные инвалидами.

объективным источником для оценки медико-социальной эффективности.

В качестве источников информации нами использовались отчеты БМСЭ (форма № 7) и данные Пенсионного фонда России в Нижегородской области.

Результаты проведенного анализа свидетельствуют, что численность накопленного контингента инвалидов по данным Пенсионного фонда отличается от данных по количеству инвалидов, состоящих на учете в БМСЭ и проходящих первичное или повторное освидетельствование.

В отличие от БМСЭ, Пенсионный фонд не ведет учет нозологических форм, по которым освидетельствуются инвалиды. В связи с этим отсутствуют данные о числе накопленного контингента инвалидов по конкретной нозологии, в том числе по БСК. Основываясь на данных БМСЭ, позволяющих рассчитать долю конкретной нозологии в общей структуре инвалидности, и данных Пенсионного фонда об общей численности накопленного контингента инвалидов, можно определить расчетное количество накопленного контингента по конкретной нозологии по формуле:

$$Inv_y^{Dis} = w_y^{Dis} \cdot Inv_y,$$

где  $Inv_y$  — накопленный контингент инвалидов в году  $y$  по данным Пенсионного фонда,  $w_y^{Dis}$  — доля инвалидов по нозологии ( $Dis$ ) в году  $y$  по данным БМСЭ,  $Inv_y^{Dis}$  — расчетный накопленный контингент инвалидов по нозологии ( $Dis$ ) в году  $y$ .

Исходные показатели общей инвалидности по всем нозологиям, общей инвалидности по БСК

рассчитывались по данным Главного БСМЭ по Нижегородской области и накопленному контингенту инвалидов по данным отделения Пенсионного фонда России (ПФР) по Нижегородской области.

Расчет согласно приведенной формуле, статистическая обработка результатов исследования и построение графиков производили с помощью электронных таблиц Microsoft Excel 2007. Средние величины представлены как  $M \pm m$ .

БСК обладают значительной инвалидизирующей способностью. В табл. 1 и 2 представлена динамика числа признанных инвалидами по всем нозологическим формам и по БСК в Нижегородской области за 2003—2013 гг., согласно данным БМСЭ.

Анализ числа лиц, признанных инвалидами (первично и повторно) в Нижегородской области, показал, что за 2003—2013 гг. на 39% уменьшилось количество лиц, признанных инвалидами по всем нозологическим формам, на 43% — по БСК. Динамика признанных инвалидами вследствие БСК по группам несколько отличается от общей инвалидности. Количество лиц, признанных инвалидами I группы, среди всех нозологических форм снизилось на 24% (по БСК — на 34%), по II группе — снизилось на 56% (по БСК — на 67%), по III группе — снизилось на 10% (по БСК — увеличилось на 45%). Это несколько изменило структуру причин инвалидности по нозологиям. Динамика доли лиц, признанных инвалидами по БСК, представлена в табл. 3.

Согласно данным ПФ РФ по Нижегородской области, в 2013 г. 16,4% инвалидов продолжают тру-

Таблица 2

Динамика признанных инвалидами по БСК в Нижегородской области за 2003—2013 гг., по данным БСМЭ (в абс. ед.)

Группа инвалидности	2003 г.	2004 г.	2005 г.	2006 г.	2007 г.	2008 г.	2009 г.	2010 г.	2011 г.	2012 г.	2013 г.	Изменение (+/-) к 2003 г., %
Все группы	35 127	49 684	49 300	45 520	35 200	29 837	26 495	22 477	20 910	20 788	20 009	-43
I Всего	4149	4646	51 25	3496	2535	2553	2876	3407	3091	2933	2745	-34
Перв.	1820	2293	3042	1875	1122	991	1135	1373	1268	1180	1077	-41
Повт.	2329	2353	2083	1621	1413	1562	1741	2034	1823	1753	1668	-28
II Всего	24 647	28 161	33 653	28 807	19 684	14 174	11 357	9137	8437	8571	8069	-67
Перв.	15 916	18 945	24 392	19 408	10 861	6368	5468	4952	4679	4511	4068	-74
Повт.	8731	9216	9261	9399	8823	7806	5889	4185	3758	4060	4001	-54
III Всего	6331	16 877	10 522	13 217	12 981	13 110	12 262	9933	9382	9284	9195	45
Перв.	2200	2848	5237	7071	5325	4137	3420	3420	3501	3419	3260	48
Повт.	4131	14 029	5285	6146	7656	8973	8842	6513	5881	5865	5935	44

Таблица 3

Доля признанных инвалидами вследствие БСК по группам в Нижегородской области в динамике за 2003—2013 гг. (расчетные данные)

Группа инвалидности	2003 г.	2004 г.	2005 г.	2006 г.	2007 г.	2008 г.	2009 г.	2010 г.	2011 г.	2012 г.	2013 г.	M±m
Все группы	0,43	0,57	0,50	0,49	0,45	0,42	0,42	0,43	0,41	0,42	0,41	0,45±0,05
I												
Всего	0,43	0,45	0,46	0,41	0,39	0,39	0,40	0,40	0,41	0,40	0,38	0,41±0,03
Перв.	0,41	0,45	0,48	0,41	0,37	0,35	0,37	0,37	0,37	0,36	0,34	0,39±0,04
Повт.	0,46	0,45	0,44	0,41	0,40	0,42	0,43	0,42	0,44	0,44	0,41	0,43±0,02
II												
Всего	0,51	0,54	0,58	0,55	0,48	0,41	0,39	0,37	0,38	0,39	0,38	0,45±0,08
Перв.	0,68	0,70	0,73	0,71	0,63	0,53	0,51	0,48	0,46	0,46	0,44	0,58±0,11
Повт.	0,35	0,37	0,37	0,38	0,37	0,35	0,32	0,29	0,31	0,33	0,34	0,34±0,03
III												
Всего	0,27	0,68	0,36	0,41	0,43	0,44	0,46	0,53	0,46	0,45	0,44	0,45±0,10
Перв.	0,39	0,44	0,56	0,63	0,64	0,61	0,57	0,54	0,54	0,53	0,50	0,54±0,08
Повт.	0,23	0,77	0,27	0,29	0,35	0,39	0,42	0,53	0,42	0,41	0,41	0,41±0,15

Таблица 4

Накопленный контингент инвалидов и доля работающих инвалидов в Нижегородской области, по данным ПФР в динамике за 2003—2013 гг. (в абс. ед.)

Группа инвалидности		Год										Изменение к 2003 г., %	
		2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012		2013
Все	Всего	337 194	347 862	368 455	379 196	375 626	365 209	358 566	348 677	341 738	334 404	326 399	-3
	Работающих	23 936	27 402	32 479	35 998	38 656	40 463	42 518	46 038	48 964	51 167	53 481	123
	Доля работающих	0,071	0,079	0,088	0,095	0,103	0,111	0,119	0,132	0,143	0,153	0,164	131
	Доля неработающих	0,929	0,921	0,912	0,905	0,897	0,889	0,881	0,868	0,857	0,847	0,836	10
I	Всего	34 580	35 610	37 198	37 277	36 579	35 316	35 422	31 390	31 292	30 933	30 345	-12
	Работающих	1066	1154	1346	1518	1688	1867	1974	1714	1777	524	1174	10
	Доля работающих	0,031	0,032	0,036	0,041	0,046	0,053	0,056	0,055	0,057	0,017	0,039	26
II	Всего	261 590	268 004	278 990	283 207	275 829	262 728	252 291	242 809	232 069	221 792	210 864	-19
	Работающих	7192	9611	12 900	14 753	15 993	16 564	17 408	19 098	19 975	20 556	20 814	189
	Доля работающих	0,027	0,036	0,046	0,052	0,058	0,063	0,069	0,079	0,086	0,093	0,099	259
III	Всего	41 024	44 248	52 267	58 712	63 218	67 165	70 853	74 478	78 377	81 679	85 190	108
	Работающих	15 678	16 637	18 233	19 727	20 975	22 032	23 136	25 226	27 212	29 087	31 493	101
	Доля работающих	0,382	0,376	0,349	0,336	0,332	0,328	0,327	0,339	0,347	0,356	0,370	-3

даться, в том числе доля работающих инвалидов в I группе составляет 3,9%, во II группе — 9,9%, в III группе — 37% (табл. 4).

Численность накопленного контингента инвалидов по данным ПФР значительно отличается от данных по количеству инвалидов, состоящих на учете в

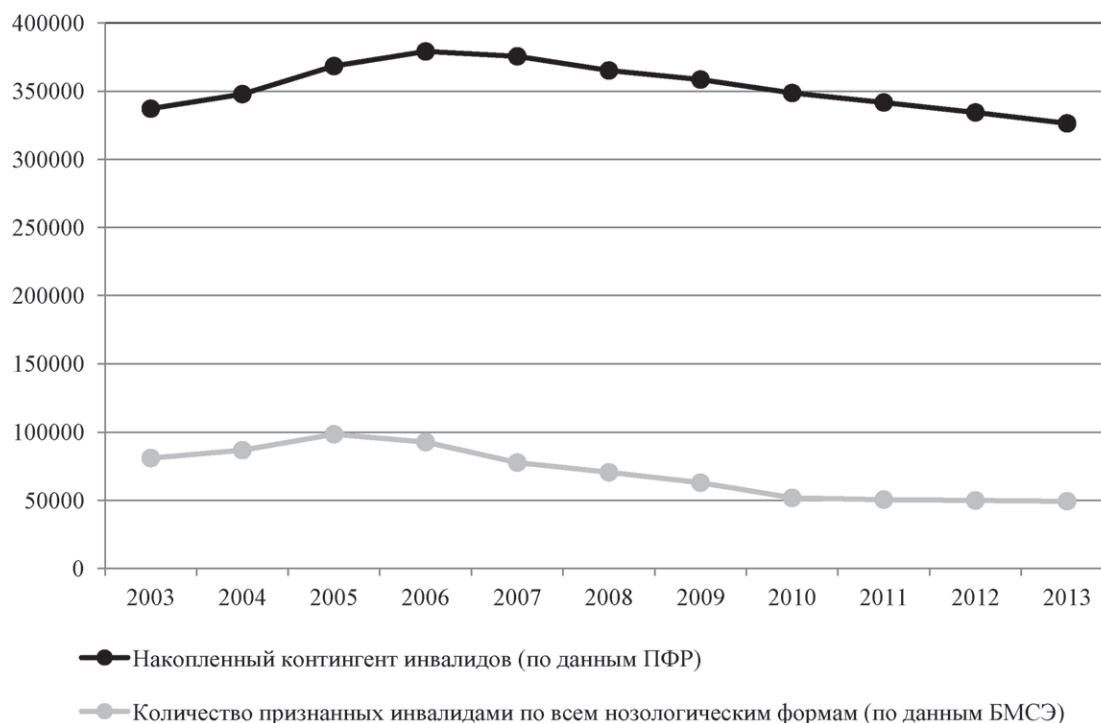
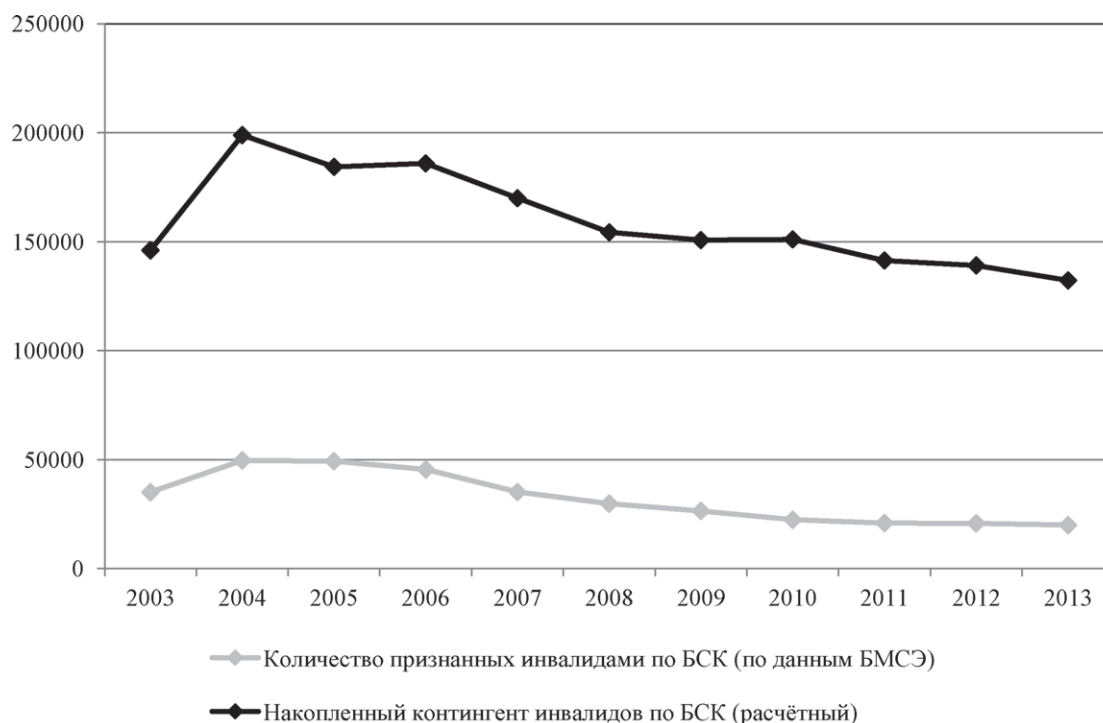


Рис. 1. Соотношение количества признанных инвалидами и накопленного контингента инвалидов по всем нозологическим формам в Нижегородской области в 2003—2013 гг.



**Рис. 2.** Соотношение количества признанных инвалидами по БСК и накопленного контингента инвалидов по БСК в Нижегородской области в 2003—2013 гг.

БМСЭ, проходящих первичное или повторное освидетельствование (рис. 1).

Основываясь на данных БМСЭ, проведен расчет доли БСК в общей структуре инвалидности (см. табл. 3). Рассчитан накопленный контингент инвалидов по БСК на основе данных ПФР (табл. 5, рис. 2).

Исходя из расчетных данных, накопленный контингент инвалидов по БСК в Нижегородской обла-

сти в 2013 г. составляет более 132,2 тыс. (на учете в БМСЭ состоит только 20 тыс.).

### Заключение

Сумма назначенных пенсий по инвалидности всему накопленному контингенту инвалидов по БСК в Нижегородской области в 2013 г. составила 16 млрд руб., что сопоставимо с бюджетными ассигнованиями на все здравоохранение Нижегородской области

Таблица 5

**Расчетный накопленный контингент инвалидов по БСК в Нижегородской области в динамике за 2003—2013 гг. (в абс. ед.)**

Показатель	2003 г.	2004 г.	2005 г.	2006 г.	2007 г.	2008 г.	2009 г.	2010 г.	2011 г.	2012 г.	2013 г.
Накопленный контингент инвалидов (ПФР)	337 194	347 862	368 455	379 196	375 626	365 209	358 566	348 677	341 738	334 404	326 399
Количество инвалидов по всем нозологиям (БМСЭ)	81 083	86 901	98 555	92 844	77 769	70 613	63 024	51 868	50 560	49 968	49 387
Количество инвалидов по БСК (БМСЭ)	35 127	49 684	49 300	45 520	35 200	29 837	26 495	22 477	20 910	20 788	20 009
Накопленный контингент инвалидов по БСК (расчетный)	146 079	198 883	184 312	185 912	170 016	154 315	150 741	151 099	141 333	139 122	132 241

Таблица 6

**Сумма назначенных пенсий по инвалидности накопленному контингенту инвалидов по БСК в Нижегородской области в 2003—2013 гг.**

Год	Средний размер пенсий по инвалидности, руб.*	Количество инвалидов по БСК	Сумма назначенных пенсий по инвалидности в месяц, руб.	Сумма назначенных пенсий по инвалидности в год, руб.	Сумма пенсии по инвалидности в год на 1 инвалида по БСК, руб.
2003	1845,34	146 079	269 566 067,66	3 234 792 811,94	22 144,11
2004	2082,80	198 883	414 234 200,71	4 970 810 408,52	24 993,62
2005	2601,51	184 312	479 489 858,12	5 753 878 297,46	31 218,10
2006	2887,67	185 912	536 852 967,07	6 442 235 604,89	34 652,03
2007	3741,74	170 016	636 154 467,65	7 633 853 611,84	44 900,84
2008	4555,08	154 315	702 919 365,78	8 435 032 389,36	54 660,99
2009	6170,52	150 741	930 151 461,94	11 161 817 543,27	74 046,26
2010	7719,83	151 099	1 166 459 975,79	13 997 519 709,52	92 637,96
2011	8362,86	141 333	1 181 944 648,74	14 183 335 784,82	100 354,32
2012	9227,16	139 122	1 283 702 009,16	15 404 424 109,92	110 725,93
2013	10 061,79	132 241	1 330 576 702,63	15 966 920 431,57	120 741,48

Примечание. \*Согласно данным ПФР по Нижегородской области.

## Здоровье и общество

в том же году (18,5 млрд руб.) и в 46 раз превышает затраты территориального фонда ОМС на оплату лечения пациентов с кардиологического и кардиохирургического профиля (353 млн руб.).

Выявлено, что предотвращение одного случая инвалидности по БСК позволяет сэкономить 120 тыс. руб. прямых затрат в виде выплат пенсий по инвалидности без учета косвенных потерь экономики региона в виде непроизведенного продукта в случае инвалидности в трудоспособном возрасте.

Исследование не имело спонсорской поддержки.  
Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

### ЛИТЕРАТУРА

1. Антипова С. И., Антипов В. В. Болезни системы кровообращения эпидемиологические и демографические сопоставления. *Медицинские новости*. 2011;(12):37—43.
2. Сон И. М., Леонов С. А., Огрызко Е. В. Современные особенности заболеваемости взрослого населения. *Здравоохранение Российской Федерации*. 2010;(1):3—6.
3. Щепин О. П., Дятлов В. Ю. Здравоохранение как социально-экономическая система. *Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины*. 2012;(3):3—5.
4. Гаас Г. Н., Модестов А. А. Особенности заболеваемости населения трудоспособного возраста болезнями системы кровообращения по данным ОМС. *Социальные аспекты здоровья населения*. 2011;(17)1. Режим доступа: <http://vestnik.mednet.ru/content/veew259/30/lang.ru>
5. Герасимова Л. И., Викторова Л. В., Шувалова Н. В. Сравнительный анализ заболеваемости болезнями системы кровообращения на региональном уровне. *Общественное здоровье и здравоохранение*. 2012;(2):31—4.
6. Оганов Р. Г., Масленникова Г. Я. Демографические тенденции В Российской Федерации: вклад болезней системы кровообращения. *Кардиоваскулярная терапия и профилактика*. 2012;(1):5—10.
7. Бокерия Л. А., Олофинская И. Е., Скопин И. И., Никонов С. Ф. Анализ госпитальной летальности пациентов пожилого возраста после операций на сердце в условиях искусственного кровообращения. *Грудная и сердечно-сосудистая хирургия*. 2007;(5):8—11.
8. Щепин В. О., Миргородская О. В. Состояние и деятельность здравоохранения Российской Федерации в 2011 г. Российская академия медицинских наук. *Бюллетень Национального научно-исследовательского института общественного здоровья*. 2013;(1):12—20.
9. Гришина Л. П., Межидова М. А. Сравнительный анализ инвалидности вследствие гипертонической болезни в Чеченской Республике, Южном Федеральном округе и Российской Федерации. *Вестник Всероссийского общества специалистов по медико-социальной экспертизе, реабилитации и реабилитационной индустрии*. 2010;(2):78—82.
10. Пузин С. Н., Хубутия Б. Н., Чикинова Л. Н. Инвалидность, состояние здоровья и качество жизни инвалидов войны и пути оптимизации их социальной защиты. М.: Медицина; 2009.

Поступила 16.05.2016  
Принята в печать 26.05.2016

### REFERENCES

1. Antipova S. I., Antipov V. V. Diseases of the circulatory system of epidemiological and demographic comparisons. *Medicinskie novosti*. 2011;(12):37—43 (in Russian).
2. Son I. M., Leonov S. A., Ogryzko E. V. Modern features of adult morbidity. *Zdravooxranenie Rossijskoj Federacii*. 2010;(1):3—6 (in Russian).
3. Shhepin O. P., Djatlov V. Yu. Health care as a social and economic system. *Problemy social'noj gigieny, zdravooxraneniya i istorii mediciny*. 2012;(3):3—5 (in Russian).
4. Gaas G. N., Modestov A. A. Features of the working age population the incidence of circulatory system diseases CHI data. *Social'nye aspekty zdorov'ja naselenija*. 2011;17(1). Available from <http://vestnik.mednet.ru/content/veew259/30/lang.ru> (in Russian).
5. Gerasimova L. I., Viktorova L. V., Shuvalova N. V. Comparative analysis of the incidence of diseases of the circulatory system at the regional level. *Obshhestvennoe zdorov'e i zdravooxranenie*. 2012;(2):31—4 (in Russian).
6. Oganov R. G., Maslennikova G. Ya. Demographic trends in the Russian Federation: the contribution of diseases of the circulatory system. *Kardiovaskuljarnaja terapija i profilaktika*. 2012;(1):5—10 (in Russian).
7. Bokerija L. A., Olofinskaja I. E., Skopin I. I., Nikonov S. F. Analysis of hospital mortality in elderly patients after cardiac surgery with cardiopulmonary bypass. *Grudnaja i serdечно-sosudistaja hirurgija*. 2007;(5):8—11 (in Russian).
8. Shhepin V. O., Mirgorodskaja O. V. Condition and activity of the Russian Federation of Health in 2011. *Rossijskaja akademija medicinskih nauk. Bjulleten' Nacional'nogo nauchno-issledovatel'skogo instituta obshhestvennogo zdorov'ja*. 2013;(1):12—20 (in Russian).
9. Grishina L. P., Mezhidova M. A. A comparative analysis of disability due to hypertensive disease in the Chechen Republic, the Southern Federal District of the Russian Federation. *Vestnik vserossijskogo obshhestva specialistov po mediko-social'noj jekspertize, reabilitacii i reabilitacionnoj industrii*. 2010;(2):78—82 (in Russian).
10. Puzin S. N., Hubutija B. N., Chikinova L. N. Disability, health status and quality of life of disabled veterans and ways to optimize their social protection [*Disability, health status and quality of life of war invalids and ways to optimize their social protection*]. Moscow: Medicina; 2009 (in Russian).

Малышкина А. И., Песикин О. Н., Кулигина М. В.

**ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ПРИМЕНЕНИЯ ВСПОМОГАТЕЛЬНЫХ РЕПРОДУКТИВНЫХ ТЕХНОЛОГИЙ  
НА ТЕРРИТОРИАЛЬНОМ УРОВНЕ**

ФГБУ «Ивановский научно-исследовательский институт материнства и детства им. В. Н. Городкова» Минздрава России, 153045, г. Иваново

*Рассмотрена проблема оценки частоты применения вспомогательных репродуктивных технологий и их эффективности на примере субъектов Центрального федерального округа Российской Федерации. Представлены результаты анализа официальных статистических данных, позволившие установить, что активность субъектов Российской Федерации в применении вспомогательных репродуктивных технологий имеет существенные различия в частоте процедур и их эффективности. Предложены показатели для проведения сравнительной оценки эффективности организации медицинской помощи при бесплодии с использованием указанных технологий на территориальном уровне.*

*Ключевые слова:* вспомогательные репродуктивные технологии; организация медицинской помощи; индикаторы эффективности.

*Для цитирования:* Малышкина А. И., Песикин О. Н., Кулигина М. В. Оценка эффективности применения вспомогательных репродуктивных технологий на территориальном уровне. Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. 2019;27(4):394—398. DOI: <http://dx.doi.org/10.32687/0869-866X-2019-27-4-394-398>

*Для корреспонденции:* Кулигина Марина Викторовна, д-р мед. наук, ведущий научный сотрудник отдела медико-социальных исследований ФГБУ «Ивановский научно-исследовательский институт материнства и детства им. В. Н. Городкова» Минздрава России, e-mail: [kuliginamv@mail.ru](mailto:kuliginamv@mail.ru)

Malyshkina A. I., Pesikin O. N., Kuligina M. V.

**THE EVALUATION OF EFFICIENCY OF APPLICATION OF AXILLARY REPRODUCTIVE  
TECHNOLOGIES ON THE TERRITORIAL LEVEL**The Federal State Budget Institution «The V. N. Gorodkov Ivanovo Research Institute of Maternity and Childhood»,  
153045, Ivanovo, Russia

*The problem of estimating the frequency of the use of and their effectiveness is considered on the example of the subjects of the Central Federal District of the Russian Federation. The results of analysis of official statistics are presented, which made allowing to establish, that the activity of subjects of the Russian Federation in the use of assisted reproductive technologies has significant differences in the frequency of procedure and their effectiveness. The criteria for comparative assessment of the effectiveness of the organization of medical care for infertility with the use of ART at the territorial level are proposed.*

*Keywords:* assisted reproductive technologies; organization of medical care; performance indicator

*For citation:* Malyshkina A. I., Pesikin O. N., Kuligina M. V. The evaluation of efficiency of application of axillary reproductive technologies on the territorial level. *Problemy sotsialnoy gigieny, zdravookhraneniya i istorii meditsiny*. 2019;27(4):394—398 (In Russ.). DOI: <http://dx.doi.org/10.32687/0869-866X-2019-27-4-394-398>

*For correspondence:* Kuligina M. V., doctor of medical sciences, the Leading Researcher of the Department of Medical Social Studies of the V. N. Gorodkov Ivanovo Research Institute of Maternity and Childhood. e-mail: [kuliginamv@mail.ru](mailto:kuliginamv@mail.ru)

*Conflict of interests.* The authors declare absence of conflict of interests.

*Acknowledgment.* The study had no sponsor support

Received 27.10.2017  
Accepted 21.12.2017

По оценкам специалистов, несмотря на снижение заболеваемости до 5%, бесплодием страдает около 50 млн супружеских пар в мире [1, 2]. Развитие и внедрение в России вспомогательных репродуктивных технологий (ВРТ) сделало возможной реализацию репродуктивной функции при формах бесплодия, ранее считавшимися бесперспективными для лечения [3], а увеличение финансовых затрат за счет средств обязательного медицинского страхования (ОМС) и бюджетов различных уровней на проведение процедур экстракорпорального оплодотворения (ЭКО) позволило повысить их доступность [4, 5]. При анализе эффективности работы клиник успешно используются клинические и лабораторные показатели [6—10], однако для оценки эффективности организации медицинской помощи при бесплодии с использованием ВРТ на территориальном уровне также необходимо определить критерии, обеспечи-

вающие возможность проведения сравнительного анализа во временном и пространственном аспектах.

**Материалы и методы**

С целью оценки частоты использования программ ВРТ и их эффективности проведен анализ информации, предоставленной органами управления здравоохранением 16 субъектов Центрального федерального округа Российской Федерации (ЦФО РФ), за исключением г. Москвы и Московской области, в том числе отчетных форм федерального статистического наблюдения (ФСН) № 30, № 62 за 2016 г., вкладающей форм ФСН № 32 за 2012—2016 гг.

Статистическая обработка материала включала вычисление интенсивных и экстенсивных показателей, коэффициента ранговой корреляции Спирмена с использованием пакета программ Microsoft для персонального компьютера.

### Результаты исследования

Следует отметить, что в формах ФСН используется аббревиатура ЭКО, объединяющая наиболее часто применяемые ВРТ. Сведения о количестве применения процедур ВРТ в медицинской организации, их эффективности отражаются в таблице 4806 формы ФСН № 30 «Сведения о медицинской организации». Информация о процедурах ЭКО, оплаченных за счет средств территориального фонда ОМС, содержится в форме ФСН № 14-МЕД (ОМС) «Сведения о работе медицинских организаций в сфере ОМС». С целью обеспечения возможности анализа ситуации по оказанию медицинской помощи при бесплодии с применением ВРТ данные о количестве процедур ЭКО, проведенных жителями региона в рамках базовой программы ОМС, и их исходах аккумулируются в профильных отделах региональных органов управления здравоохранением<sup>1</sup>. Таким образом, из форм ФСН можно получить информацию о количестве процедур ВРТ, оплаченных из средств ОМС, об эффективности всех процедур, выполненных в медицинских организациях субъекта РФ, однако в них отсутствует официальная информация о количестве процедур, оплаченных из бюджетных средств, личных средств пациентов и средств добровольного медицинского страхования (ДМС). Информация о количестве родов в результате применения ЭКО содержится во вкладыше к форме ФСН № 32 «Сведения о регионализации акушерской и перинатальной помощи в родильных домах (отделениях) и перинатальных центрах».

Для оценки эффективности организации медицинской помощи при бесплодии с применением ВРТ на территориальном уровне можно предложить несколько индикаторов:

- частота применения ВРТ в регионе (число процедур ВРТ в расчете на 100 тыс. женщин в возрасте 15—44 лет) позволяет оценить доступность ВРТ в регионе по сравнению с территориальным показателем;
- частота ВРТ-беременностей (как удельный вес процедур ВРТ, завершившихся клинической беременностью, подтвержденной при ультразвукографическом исследовании) [11] позволяет оценить эффективность процедуры ВРТ, пороговое значение 30%;
- региональная стоимость ВРТ-беременности (как соотношение затрат на проведение процедур ВРТ к числу ВРТ-беременностей) позволяет оценить стоимость достижения беременности в результате применения процедуры ВРТ по сравнению с территориальным показателем;
- показатель концентрации ВРТ-родов (удельный вес ВРТ-родов в учреждениях родовспоможения максимального риска: 75—100% — высокий уровень концентрации, 50—75% — средний, ниже 50% — низкий), позволяющий

оценить регионализацию перинатальной помощи при ВРТ-родах.

Согласно данным, представленным органами управления здравоохранением субъектов ЦФО РФ, в 2016 г. в округе выполнены 6232 процедуры ВРТ за счет средств ОМС, две — за счет средств федерального бюджета, 14 — за счет бюджетных средств (Брянская область). Сведения о проведении процедур ВРТ за счет личных средств пациентов и средств ДМС представили департаменты здравоохранения четырех регионов, в которых за счет данного источника финансирования реализовано 696 программ ВРТ: 38,2% от общего числа процедур ВРТ в Белгородской области, 29,4% — в Ивановской области, 15% — в Брянской области, 17,8% — в Воронежской области, 11,4% — в Костромской области и 0,6% — в Тверской области. В связи с тем что число процедур ВРТ, выполненных за счет средств федерального и регионального бюджетов, незначительно, а данные о применении ВРТ, оплаченных за счет личных средств пациентов, средств ДМС, видимо, не отражают реальной ситуации, при расчете показателей целесообразно использовать сведения о количестве процедур, оплаченных из средств ОМС.

Частота применения ВРТ в мире колеблется от 237 до 1250 циклов на 100 тыс. женщин в возрасте 15—44 лет ежегодно [3]. Частота применения ВРТ, оплаченных из средств ОМС, в ЦФО РФ составила в 2016 г. 160,8 на 100 тыс. женщин в возрасте 15—44 лет, 76,9 в Белгородской области, 350,2 в Тверской области, разница в значении показателей составила 4,6 раза (рис. 1).

Результатом применения ВРТ явились 1966 случаев ВРТ-беременностей, эффективность ВРТ составила в целом по округу 31,5% (табл. 1). Рекомендованный Минздравом России 30% уровень завершения процедуры ЭКО наступлением беременности в 2016 г. был достигнут в 12 из 16 субъектов ЦФО РФ, в четырех регионах он был ниже порогового значения показателя (20,2% в Смоленской, 24,6% в Рязанской, 26,7% в Брянской и 29,3% в Тульской областях). Наиболее высокой была частота наступления беременности после применения ВРТ у жительниц Ивановской (40,9%), Курской (40,8%), Ярославской (37,3%), Белгородской (36,2%) областей.

Анализ эффективности применения ВРТ позволяет оценить величину затрат в расчете на одну клиническую беременность в субъекте РФ, которые составили в целом по округу 366,8 тыс. руб. Они превышали окружное значение в Брянской (568,5 тыс. руб.), Смоленской (529,5 тыс. руб.), Рязанской (474,1 тыс. руб.), Воронежской (399,2 тыс. руб.), Курской (387,2 тыс. руб.), Тульской (386,5 тыс. руб.) Тамбовской (367 тыс. руб.) областях, были ниже такового в Ивановской (198,3 тыс. руб.), Владимирской (286,7 тыс. руб.), Белгородской (295,0 тыс. руб.), Ярославской (296,5 тыс. руб.), Костромской (341,3 тыс. руб.), Калужской (345,9 тыс. руб.), Тверской (349,8 тыс. руб.), Липецкой (356,3 тыс. руб.), Орловской (360,4 тыс. руб.) областях.

<sup>1</sup> Информационно-методическое письмо Минздрава России от 26.03.2016 г. № 15—4/10/2—1895 «О направлении граждан Российской Федерации для проведения процедуры ЭКО».



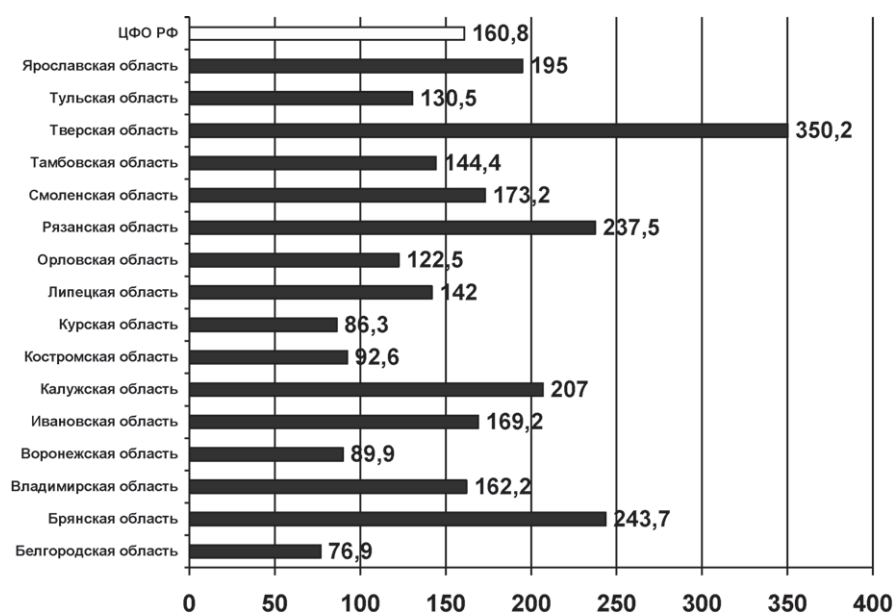


Рис. 1. Частота применения процедур ВРТ в субъектах ЦФО РФ в 2016 г. (на 100 тыс. женщин в возрасте 15–44 лет).

(30,9%). В регионах, не располагающих учреждениями родовспоможения третьего уровня (Брянская, Костромская, Тамбовская области), все женщины с ВРТ-беременностью были родоразрешены в учреждениях второй (максимальной) степени риска.

Несмотря на возрастающую мобильность населения, в сфере охраны здоровья установлена прямая сильная связь между количеством ВРТ-процедур и количеством ВРТ-родов ( $r=0,74$ ;  $p<0,01$ ), количеством УЗИ-беременностей и ВРТ-родов в регионе ( $r=0,71$ ;  $p<0,01$ ).

В 2016 г. в округе произошло 2132 родов после применения ВРТ, их вклад в общее число родов составил 1,02% и был наиболее высоким (1,93%) в Ивановской области, а минимальным (0,41%) — в Костромской области (табл. 3).

В целом по ЦФО РФ доля родов в результате применения ВРТ в 2012–2016 гг. увеличилась с 0,6 до 1,02%, темп прироста составил 70%, в том числе в Калужской области — 426,3%; во Владимирской — 240%, в Ярославской — 196%.

Снижение удельного веса ВРТ-родов имело место в Белгородской, Орловской, Тамбовской областях. На протяжении 5 лет на низком уровне в округе сохраняется число родов после применения ВРТ в учреждениях родовспоможения Костромской области, поскольку из-за отсутствия родильных отделений высокой степени риска женщины направляются в другие регионы, преимущественно в Ивановскую и Ярославскую области.

С учетом предложенных индикаторов можно выделить регионы с разным уровнем эффективности

В большинстве случаев женщины с ВРТ-беременностью имеют высокую степень риска перинатальной и материнской заболеваемости и смертности, поэтому они направляются на родоразрешение в родильные отделения высокой степени риска<sup>2</sup>. В 2016 г. в целом по ЦФО РФ в учреждениях родовспоможения третьего уровня было родоразрешено 55,7% женщин с ВРТ-беременностью (табл. 2). Среди регионов, располагающих перинатальными центрами, максимальная концентрация беременных в результате применения ВРТ женщин в них была достигнута в Орловской (96,8%), Тульской (84,6%) областях, минимальная имела место во Владимирской области

Таблица 1

Частота наступления беременности после процедуры ВРТ, выполненной за счет средств ОМС, в субъектах ЦФО РФ в 2016 г.

Территория	Количество процедур ВРТ, абс.	Количество УЗИ-беременностей, абс.	Частота наступления беременности, %
Белгородская область	246	89	36,2
Брянская область	603	161	26,7
Владимирская область	445	143	32,1
Воронежская область	426	134	31,5
Ивановская область	350	143	40,9
Калужская область	413	127	30,8
Костромская область	117	37	31,6
Курская область	191	78	40,8
Липецкая область	327	104	31,8
Орловская область	188	61	32,4
Рязанская область	525	129	24,6
Смоленская область	331	67	20,2
Тамбовская область	291	89	30,6
Тверская область	888	303	34,1
Тульская область	389	114	29,3
Ярославская область	502	187	37,3
Всего...	6232	1966	31,5

<sup>2</sup> Письмо Минздрава России и ФФОМС от 22.12.2016 г. «О повышении эффективности процедуры ЭКО за счет средств ОМС».

Таблица 2

Распределение родов после применения ВРТ по уровням учреждений родовспоможения в субъектах ЦФО РФ в 2016 г.

Территория	I уровень		II уровень		III уровень		Всего	
	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%
Белгородская область	0,0	34	22,1	120	77,9	154	100,0	
Брянская область	0,0	145	100,0			145	100,0	
Владимирская область	0,0	123	69,1	55	30,9	178	100,0	
Воронежская область	0,0	40	23,7	129	76,3	169	100,0	
Ивановская область	0,0	85	37,8	140	62,2	225	100,0	
Калужская область	1	1,0	69	68,3	31	30,7	101	100,0
Костромская область	0,0	30	100,0			30	100,0	
Курская область	0,0	27	31,8	58	68,2	85	100,0	
Липецкая область	0,0	52	37,7	86	62,3	138	100,0	
Орловская область	0,0	2	3,2	60	96,8	62	100,0	
Рязанская область	2	1,0	98	48,5	102	50,5	202	100,0
Смоленская область	0,0	19	24,1	60	75,9	79	100,0	
Тамбовская область	0,0	48	100,0			48	100,0	
Тверская область	2	1,3	70	44,3	86	54,4	158	100,0
Тульская область	0,0	20	15,4	110	84,6	130	100,0	
Ярославская область	0,0	77	33,8	151	66,2	228	100,0	
ЦФО РФ	5	0,2	939	44,0	1188	55,7	2132	100,0



Таблица 3

Доля родов с применением ВРТ от общего числа родов  
в субъектах ЦФО РФ в 2012—2016 гг.

Территория	2012 г.	2013 г.	2014 г.	2015 г.	2016 г.	Темп прироста/снижения в 2012—2016 гг., %
Белгородская область	1,03	0,98	1,01	1,14	0,90	—12,6
Брянская область	0,42	0,58	0,55	0,76	1,07	+154,8
Владимирская область	0,35	0,35	0,70	1,03	1,19	+240,0
Воронежская область	0,34	0,53	0,66	0,68	0,69	+102,9
Ивановская область	1,20	1,92	1,79	1,78	1,93	+60,8
Калужская область	0,19	0,35	0,79	0,85	1,00	+426,3
Костромская область	0,29	0,54	0,56	0,34	0,41	+41,4
Курская область	0,59	0,71	0,62	0,65	0,73	+23,7
Липецкая область	0,77	1,09	0,42	0,69	1,04	+35,1
Орловская область	0,86	0,15	0,74	0,92	0,75	—12,8
Рязанская область	0,64	0,39	0,91	0,98	1,59	+148,4
Смоленская область	0,51	0,53	0,58	0,59	0,86	+68,6
Тамбовская область	0,57	0,38	0,44	0,76	0,50	—12,3
Тверская область	0,50	0,68	0,67	0,99	1,12	+124,0
Тульская область	0,83	0,69	0,75	0,87	0,88	+6,0
Ярославская область	0,50	0,91	0,85	0,84	1,48	+196,0
ЦФО РФ	0,60	0,69	0,76	0,88	1,02	+70,0

организации медицинской помощи при бесплодии с применением ВРТ:

- достаточный уровень эффективности: частота применения ВРТ в субъекте РФ выше окружающей, высокая частота ВРТ-беременностей, их низкая стоимость, высокий/средний уровень концентрации ВРТ-родов — Ивановская, Тверская, Ярославская области;
- недостаточный уровень эффективности (один или несколько показателей ниже окружного значения): Белгородская, Воронежская, Костромская, Курская, Липецкая, Орловская, Тамбовская области (низкий уровень частоты применения ВРТ), Брянская, Рязанская, Смоленская, Тульская области (низкий уровень эффективности ВРТ / высокая стоимость), низкий уровень концентрации ВРТ-родов (Владимирская, Калужская области).

### Заключение

Активность субъектов ЦФО РФ в применении ВРТ при оказании медицинской помощи при бесплодии различается в 2 раза, эффективность ВРТ, оцениваемая по частоте наступления клинической беременности, — в 2,6 раза, доля ВРТ-родов — в 4,7 раза.

Предлагаемые индикаторы эффективности организации медицинской помощи при бесплодии с применением ВРТ позволяют определить территории, нуждающиеся в проведении аудита (как с целью изучения опыта, так и для разработки предложений по оптимизации данного направления работы акушерско-гинекологической службы).

Условиями обеспечения полноты информации являются: дополнение формы ФСН № 62 «Сведения о ресурсном обеспечении и оказании медицинской помощи населению» (разделы II, IV, VII) сведениями

об оказании медицинской помощи по программе ЭКО, учет органами управления здравоохранения субъекта РФ процедур ВРТ, выполненных в коммерческих медицинских организациях.

Для сравнительной оценки качества медицинской помощи при бесплодии с применением ВРТ в медицинских организациях целесообразно использовать национальный регистр, позволяющего осуществлять мониторинг подготовки и проведения ВРТ, их исходов [11]. Для оценки эффективности организации медицинской помощи при бесплодии с применением ВРТ на территориальном уровне необходимо вести мониторинг эффективности ВРТ, основанный на максимальном учете всех процедур ВРТ в регионе, всех ВРТ-беременностей, их исходов. Важной составной частью мониторинга является сбор информации о состоянии здоровья детей при рождении и его проспективная оценка. Контролировать ведение мониторинга эффективности ВРТ должны территориальные органы управления здравоохранением с целью принятия мер управляющего воздействия.

Исследование не имело спонсорской поддержки.  
Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

### ЛИТЕРАТУРА

- Сакевич В. И. Бесплодие в России. Демоскоп Weekly. 2013;559—60. Режим доступа: <http://demoscope.ru/weekly/2013/0559/reprod02.php>
- Mascarenhas M. N., Flaxman S. R., Boerma T., Vanderpoel Sh., Stevens G. A. National, Regional, and Global Trends in Infertility Prevalence Since 1990: A Systematic Analysis of 277 Health Surveys. *PLOS Medicine*. 2012;9(12):12. Available from: <http://journals.plos.org/plosmedicine/article?id=10.1371/journal.pmed.1001356>, free. doi.org/10.1371/journal.pmed.1001356
- Русанова Н. Е. Вспомогательные репродуктивные технологии в России: история, проблемы, демографические перспективы. *Журнал исследований социальной политики*. 2013;11(1):69—86.
- Русанова Н. Е. Экономико-демографические перспективы и парадоксы вспомогательных репродуктивных технологий в России. В кн.: Материалы XXI международной конференции Российской Ассоциации Репродукции Человека «Репродуктивные технологии сегодня и завтра». СПб.; 2011. С. 24—5.
- Яковлева Т. В. В России бесплодие достигло уровня национальной безопасности. *Экономика и жизнь*. Режим доступа: <https://www.eg-online.ru/article/317486/>
- Левков Л. А. Индикаторы эффективности работы клиники ВРТ. В кн.: Репродуктивные технологии сегодня и завтра. СПб.; 2011. С. 14—5.
- Локшин В. Н. Вспомогательные репродуктивные технологии в республике Казахстан сегодня и завтра. В кн.: Репродуктивные технологии сегодня и завтра. Краснодар; 2012. С. 13—4.
- Протопопова Н. В., Дружинина Е. Б., Мыльникова Ю. В., Войтова О. О. Оценка эффективности криопереносов в циклах ЭКО. *Бюллетень ВСНЦ СО РАМН*. 2012;3(85):49—54.
- Rockville M. D. USA: Agency for Healthcare Research and Quality. Evidence Report/Technology Assessment; 167. 2008. Режим доступа: <http://www.ahrq.gov/clinic/epcseries.htm>
- Zegers-Hochschild F., Adamson G. D., de Mouzon J., Ishihara O., Mansour R., Nygren K., Sullivan E., van der Poel S. Glossary on ART Terminology. ICMART and WHO Revised Glossary on ART Terminology. *Fertil. Steril*. 2009;92(5):11.
- Шахова М. А., Лебедев Г. А., Холин А. М., Маляренко О. Л. Национальный регистр вспомогательных репродуктивных технологий: реалии и перспективы. *Акушерство и гинекология*. 2015;(12):116—21.

## REFERENCES

1. Sakevich V. I. Infertility in Russia. *Demoskop Weekly*. 2013;559—60 (In Russian). Available from: <http://demoscope.ru/weekly/2013/0559/reprod02.php> (in Russian).
2. Mascarenhas M. N., Flaxman S. R., Boerma T., Vanderpoel Sh., Stevens G. A. Regional, and Global Trends in Infertility Prevalence Since 1990: A Systematic Analysis of 277 Health Surveys. *PLOS Medicine*. 2012;9(12):12. Available from: <http://journals.plos.org/plosmedicine/article?id=10.1371/journal.pmed.1001356>. doi: 10.1371/journal.pmed.1001356
3. Rusanova N. E. Assisted reproductive technologies in Russia: history, problems, demographic prospects. *Zhurnal issledovaniy social'noj politiki*. 2013;11(1):69—86 (in Russian).
4. Rusanova N. E. Economic and demographic perspectives and paradoxes of assisted reproductive technologies in Russia. In: Materials of the XXI International Conference of the Russian Association of Human Reproduction «Reproductive Technologies Today and Tomorrow» [*Materialy XXI mezhdunarodnoi konferentsii Rossiiskoi Assotsiatsii Reproduktsii Cheloveka "Reproduktivnye tekhnologii segodnya i zavtra"*]. St Petersburg; 2011. P. 24—5 (in Russian).
5. Jakovleva T. V. In Russia, infertility has reached the level of national security. *Jekonomika i zhizn'*. Available from: <https://www.eg-online.ru/article/317486> (in Russian).
6. Levkov L. A. Indicators of the effectiveness of the ART clinic In: Reproductive Technology Today and Tomorrow [*Reproduktivnye tekhnologii segodnja i zavtra*]. St Petersburg; 2011;14—5 (in Russian).
7. Lokshin V. N. Assisted reproductive technologies in the Republic of Kazakhstan today and tomorrow. In: Reproductive Technology Today and Tomorrow [*Reproduktivnye tekhnologii segodnja i zavtra*]. Krasnodar; 2012. P. 13—4 (in Russian).
8. Protopopova N. V., Druzhinina E. B., Myl'nikova Ju. V., Vojtova O. O., Boldonova N. A., Marjanjan A. Ju. Estimation of efficiency of frozen-thawed embryos transfers in IVF cycles. *Bulleten. VSNC SO RAMN*. 2012;3(85):49—54 (in Russian).
9. Rockville M. D. USA: Agency for Healthcare Research and Quality. Evidence Report/Technology Assessment; 167. 2008. Available from: <http://www.ahrq.gov/clinic/epc/epcseries.htm>
10. Zegers-Hochschild F., Adamson G. D., de Mouzon J., Ishihara O., Mansour R., Nygren K., Sullivan E., van der Poel S. Glossary on ART Terminology. ICMART and WHO Revised Glossary on ART Terminology. *Fertil Steril*. 2009;92(5):11.
11. Shahova M. A., Lebedev G. S., Holin A. M., Maljarenko O. L. The national register of assisted reproductive technologies: realities and promises. *Akusherstvo i ginekologija*. 2015;(12):116—21 (in Russian).

Никифоров С. А.<sup>1</sup>, Алленов А. М.<sup>1</sup>, Громова В. Л.<sup>2</sup>, Горенков Р. В.<sup>1</sup>

## ОЦЕНКА РАСПРОСТРАНЕННОСТИ И ФАКТОРОВ РИСКА СИНДРОМА ЭМОЦИОНАЛЬНОГО ВЫГОРАНИЯ У МЕНЕДЖЕРОВ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

<sup>1</sup>ФГАОУ ВО «Первый Московский государственный медицинский университет им. И. М. Сеченова» Минздрава России (Сеченовский университет), Высшая школа управления здравоохранением Института лидерства и управления здравоохранением, 109004, г. Москва;  
<sup>2</sup>Уральский научно-практический центр медико-социальных и экономических проблем здравоохранения, 620075, г. Екатеринбург

*Профессиональная деятельность руководящих работников в здравоохранении связана с воздействием многих стрессогенных факторов, следствием чего может быть развитие синдрома эмоционального выгорания. Цель исследования — оценить распространенность этого синдрома среди менеджеров здравоохранения и факторы риска его возникновения. В обследованной группе управленцев (n=170) синдром диагностирован у 24,7%; у 44,7% выявлены начальные (I—II) его стадии. С помощью методов многомерного анализа (распознавания образов) определен комплекс факторов, ответственных за развитие данного синдрома, проведено их ранжирование по силе влияния. На математической модели определена потенциальная эффективность управленческих сценариев по коррекции некоторых факторов риска.*

**К л ю ч е в ы е с л о в а :** синдром эмоционального выгорания; менеджеры здравоохранения; факторы риска.

**Для цитирования:** Никифоров С. А., Алленов А. М., Громова В. Л., Горенков Р. В. Оценка распространенности и факторов риска синдрома эмоционального выгорания у менеджеров здравоохранения. Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. 2019;27(4):399—403. DOI: <http://dx.doi.org/10.32687/0869-866X-2019-27-4-399-403>

**Для корреспонденции:** Алленов Андрей Михайлович, канд. мед. наук, доцент Высшей школы управления здравоохранением ФГАОУ ВО «Первый МГМУ им. И. М. Сеченова», e-mail: [allenovandrey@ya.ru](mailto:allenovandrey@ya.ru)

Nikiforov S. A.<sup>1</sup>, Allenov A. M.<sup>1</sup>, Gromova V. L.<sup>2</sup>, Gorenkov R. V.<sup>1</sup>

## THE EVALUATION OF PREVALENCE RISK FACTORS OF EMOTIONAL BURNING-OUT SYNDROME IN HEALTH CARE MANAGERS

<sup>1</sup>The Federal State Autonomous Educational Institution of Higher Education «The I. M. Sechenov First Moscow State Medical University» of Minzdrav of Russia, 119991, Moscow, Russia;

<sup>2</sup>The Ural Theoretical and Practical Center of Medical Social and Economic Problems of Health Care, 620075, Yekaterinburg, Russia

*Professional activities of health care managers is connected with the impact of many stress factors as a result of which the burnout syndrome may develop. The aim of the study was to evaluate the incidence of this syndrome among the health care managers and risk factors responsible for its development. In the case group of managers (170 persons) burnout syndrome was detected in 24,7% and 44,7% displayed the initial (I-II) stages of it. With the help of methods of multivariate analysis (pattern recognition method) a complex of factors responsible for burnout syndrome development, and their grading due to the power of their influence. With the help of mathematical model, the potential efficiency of managerial scenarios developed for correction of some risk factors was determined.*

**К e y w o r d s :** burnout syndrome; health care managers; risk factors.

**For citation:** Nikiforov S. A., Allenov A. M., Gromova V. L., Gorenkov R. V. The evaluation of prevalence risk factors of emotional burning-out syndrome in health care managers. *Problemy sotsialnoy gigieny, zdravookhraneniya i istorii meditsiny*. 2019;27(4):399—403 (In Russ.). DOI: <http://dx.doi.org/10.32687/0869-866X-2019-27-4-399-403>

**For correspondence:** Allenov A. M., candidate of medical sciences, associate professor of the High School of Health Care Management of the I. M. Sechenov First Moscow State Medical University. e-mail: [allenovandrey@ya.ru](mailto:allenovandrey@ya.ru)

**Conflict of interests.** The authors declare absence of conflict of interests.

**Acknowledgment.** The study had no sponsor support

Received 12.03.2019  
Accepted 03.04.2019

### Введение

Профессиональная деятельность медицинских работников в связи с предъявляемыми ею высокими требованиями, особой ответственностью и эмоциональными нагрузками потенциально содержит в себе опасность тяжелых переживаний и возникновения стресса. Исследования психологической устойчивости человека показали, что длительное воздействие стрессогенных факторов может приводить к таким неблагоприятным последствиям, как снижение работоспособности, появление неудовлетворенности своей деятельностью [1, 2].

Одной из форм таких личностных деформаций является синдром эмоционального выгорания

(СЭВ). Этот термин был предложен в 1974 г. американским психологом Х. Дж. Фрейденбергером для описания состояния деморализации, разочарования и крайней усталости у работников психиатрических учреждений. Позднее С. Maslach было дано определение СЭВ как особого состояния, включающего чувство эмоционального истощения, изнеможения, симптомы дегуманизации и деперсонализации, негативное самовосприятие, снижение или утрату профессионализма, сохраняющее актуальность до настоящего времени [3].

Специалисты относят к СЭВ около 100 симптомов, объединенных в пять групп: физические, эмоциональные, поведенческие, социальные, интеллектуальные [4]. В процессе его развития выделяют три

стадии (фазы) [5]. Для первой стадии («напряжения») характерны усиливающиеся осознание психотравмирующих факторов профессиональной деятельности, симптомы «неудовлетворенности собой», «загнанности в клетку». Вторая стадия («резистенции») — весьма условно выделяемая стадия, для которой характерны симптомы неадекватного избирательного эмоционального реагирования, эмоционально-нравственной дезориентации, расширения сферы экономии эмоций и редукации профессиональных обязанностей. При третьей стадии («истощения») эмоциональная защита в форме «выгорания» становится неотъемлемым атрибутом личности, характеризуется симптомами эмоционального дефицита, деперсонализации, психосоматических и психовегетативных нарушений [6, 7].

СЭВ наблюдается у представителей многих социально ориентированных профессий [2]. В медицине к стрессогенным относятся такие специальности, как хирургия, анестезиология-реаниматология, психиатрия, онкология, скорая медицинская помощь [7]. Так, по данным, приводимым И. А. Бердяевой и Л. Н. Войт, наиболее часто СЭВ отмечается у врачей-онкологов, терапевтов, хирургов и педиатров [8]. Другие исследователи добавляют к ним психиатров, анестезиологов-реаниматологов и акушеров-гинекологов [9—11]. В то же время исследований по оценке распространенности этого феномена у руководителей здравоохранения недостаточно, и, согласно их результатам, СЭВ у них встречается нечасто. Вместе с тем современные социально-экономические условия предъявляют к менеджерам российского здравоохранения повышенные требования. Они должны обладать знаниями о лечебно-диагностических технологиях, уметь анализировать медицинскую, организационную и психологическую информацию, иметь навыки решения управленческих, экономических, кадровых задач, участвовать в общественных связях внутри коллектива и вне его, в том числе за пределами медицинского сообщества.

Наряду с оценкой распространенности СЭВ в разных профессиональных группах медицинских работников исследователями рассматриваются факторы, способствующие его развитию. Среди таковых отмечают возраст, длительность стрессогенной работы, пол [9, 12, 13], отсутствие семьи, внерабочих интересов (хобби), частую сверхурочную работу [4], однако имеются лишь единичные публикации, посвященные анализу сравнительной силы влияния этих факторов риска. Так, И. О. Елькиным и соавт. [4] с помощью метода «Дерева классификации» было проведено исследование, согласно результатам которого они были ранжированы по силе влияния следующим образом: индивидуальная предрасположенность — условия труда — отсутствие семьи — отсутствие внерабочих увлечений — проживание в мегаполисе — длительность стажа работы в стрессогенной профессии. Влияние пола этими авторами установлено не было.

Цель настоящего исследования — оценка распространенности СЭВ среди менеджеров здравоохранения и факторов, влияющих на его развитие.

### Материалы и методы

Тестирование для диагностики уровня эмоционального выгорания проводилось по методике, предложенной В. В. Бойко [7]. Было проведено обследование 170 организаторов здравоохранения, каждым из них была заполнена анкета, содержащая 84 утверждения, на которые давался ответ «да» или «нет». Совпадение вариантов ответов с матрицей оценивалось по 10-балльной шкале. Вся анкета разделена на три группы по 28 утверждений, с помощью которых устанавливается стадия эмоционального выгорания. Сформированность каждой стадии определялась по количеству баллов: <36 баллов — стадия не сформировалась, 37—60 баллов — стадия на этапе формирования; ≥61 баллов — стадия сформировалась.

Анализ каждой анкеты проводился по следующему алгоритму. Первоначально оценивалось количество баллов по группе утверждений для диагностики третьей стадии (собственно СЭВ). В случае если испытуемый набирал <37 баллов, оценивалась группа утверждений для второй стадии, и при установлении, что она не сформирована, анализировалась та, на основе которой диагностируется первая стадия. При заключении о несформированности ни одной из трех стадий делался вывод об отсутствии у испытуемого каких-либо признаков эмоционального выгорания.

О каждом из 170 испытуемых была собрана информация по следующим факторам риска СЭВ: полу, возрасту, руководящей должности, длительности управленческой работы, работе в выходные дни, наличию семьи, наличию внерабочих увлечений (хобби).

На первом этапе обработка материалов проводилась с помощью методов вариационной статистики, в ходе которой оценивалась структура исследуемой группы менеджеров здравоохранения по полу, возрасту на момент обследования, должности, стажу руководящей работы.

На втором — определялась частота той или иной стадии СЭВ в зависимости от наличия или отсутствия каждого из семи вышеназванных факторов риска. Статистическая значимость выявленных различий устанавливалась по критерию Стьюдента.

На третьем этапе для оценки причин развития эмоционального выгорания был выполнен многофакторный анализ. На основании результатов тестирования было выделено две группы менеджеров: без СЭВ и с третьей стадией СЭВ, численностью 52 и 42 человека соответственно.

Математическая обработка для оценки влияния указанных выше семи факторов проводилась с помощью алгоритмов на основе детерминистских методов распознавания образов, реализованных в пакете прикладных программ КВАЗАР

Здоровье и общество

[14]. В ходе нее последовательно решались следующие задачи:

1. Определение достаточности избранного комплекса факторов для надежного описания различий между наблюдениями выделенных групп испытуемых.

2. Количественная оценка силы влияния (информативности) каждого фактора.

3. Определение характера (направленности) влияния каждого фактора.

4. Оценка на математической модели потенциальной эффективности мер по коррекции факторов риска СЭВ.

Для решения первой из вышеназванных задач использовался один из способов дискриминантного анализа — «обучение с учителем», суть которого заключается в следующем. Из всего множества наблюдений была выделена некоторая их часть (15%) для процедуры «экзамена». На основе остальных проводилось «обучение» компьютера, в ходе которого происходила выработка решающих правил, дающих возможность распознавать наблюдения, не участвующие в «обучении», как принадлежащие к одной из исследуемых групп. Критерием качества решающего правила служил процент правильно распознанных с его помощью наблюдений «экзаменующей» выборки: чем ближе результат «экзамена» к 100%, тем надежнее решающее правило. Комплекс показателей, обеспечивающий возможность выработки надежного решающего правила, рассматривался как подсистема факторов, необходимых для формирования СЭВ.

Оценка информативности каждого признака, величина которой интерпретировалась как сила влияния факторов на формирование СЭВ, проводилась методом, основанным на определении расстояний между средними значениями признаков выделенных групп. Для определения характера, т. е. направленности, влияния каждого фактора использовалась методика вычисления частот встречаемости значений признаков в вышеназванных группах.

На заключительном этапе обработки данных с помощью полученных решающих правил (многофакторных математических моделей) оценивалась результативность сценариев по коррекции «управляемых» факторов риска.

### Результаты исследования

Исследуемая группа менеджеров здравоохранения включала 129 (75,9%) женщин и 41 (24,1%) мужчину. Возраст на момент обследования у 24 (14,1%) человек был до 40 лет, у 54 (31,8%) — 40—49 лет, у 92 (54,1%) — 50 лет и старше. По занимаемой руководящей должности 61 человек (35,9%) относился к заведующим отделениями, 49 (28,8%) — к заведующим поликлиникой, 60 (35,3%) — к главным врачам и их заместителям. По стажу руководящей работы структура была следующей: до 5 лет — 36 (21,2%) менеджеров, 5—10 лет — 63 (37%), свыше 10 лет — 71 (41,8%).

В результате исследования у 118 (69,4%) человек отмечены разные стадии эмоционального выгора-

Таблица 1

Доля менеджеров здравоохранения с разной степенью выраженности СЭВ в зависимости от факторов риска (%)

Фактор	Группа	Степень выраженности СЭВ		
		отсут- ствие	I—II сте- пень	сформировавшийся СЭВ (III степень)
Пол	Мужчины	41,5	34,1	24,4
	Женщины	27,1	48,1	24,8
Возраст, годы	<40	41,7	45,8	12,5*
	40—49	27,8	53,7	18,5
	≥50	29,3	39,1	31,5*
Должность	Зав. отделением	21,3*	62,3*	16,4
	Зав. поликлиникой	26,5	44,9	28,6
	Главный врач и его заместители	43,3*	26,7*	30,0
Стаж управ- ленческой работы, годы	<5	33,3	58,3	8,3**
	5—10	33,3	39,7	27,0*
	>10	26,8	42,3	31,0*
Работа в вы- ходные дни	Нет	20,0*	46,7	33,3*
	Да	38,9*	43,2	17,9*
Наличие се- мьи	Есть	29,1	45,0	25,8
	Нет	42,1	42,1	15,8
Наличие хоб- би	Нет	41,3*	48,1	10,6*
	Есть	13,6*	39,4	47,0*

Примечание. \* — статистически значимые различия по критерию Стьюдента.

ния, в том числе у 42 (24,7%) диагностирован сформировавшийся СЭВ. При сравнении этих данных с приведенными И. А. Бердяевой и Л. Н. Войт [8] можно констатировать, что по уровню распространенности этого синдрома организаторы здравоохранения сопоставимы с терапевтами и хирургами, но уступают психиатрам и онкологам.

Сформированный СЭВ был выявлен с одинаковой частотой среди мужчин и женщин — у 24,4 и 24,8% соответственно. Этот результат совпадает с данными, приводимыми некоторыми другими исследователями [4]. Наряду с этим обращает на себя внимание более высокая частота встречаемости I—II стадий эмоционального выгорания у женщин (48,1% против 34,1%), однако эти различия были статистически незначимы (табл. 1).

Согласно результатам анализа установлена прямая зависимость развития СЭВ от возраста менеджеров здравоохранения. Как видно из данных табл. 1, в группе до 40 лет распространенность синдрома составляла 12,5%, в группе 40—49 лет — 18,5%, а старше 50 лет — 31,5%, при этом различия между крайними группами были статистически значимы.

Аналогичная зависимость установлена и от длительности стажа управленческой работы: доля менеджеров с диагностированным СЭВ составила в группе до 5 лет 8,3%, тогда как среди тех, кто относился к группам 5—10 лет и >10 лет — 27 и 31% соответственно, что статистически значимо больше.

Различия в распространенности эмоционального выгорания выявлены и между представителями разных управленческих должностей: среди менеджеров среднего звена (зав. отделениями) синдром был диагностирован у 16,4%, среди зав. поликлиниками — у 28,6%, а среди главных врачей и их заместителей — у 30%. Однако они были статистически незначимы. Вместе с тем отсутствие каких-либо проявлений СЭВ

Таблица 2

## Информативность факторов, влияющих на развитие СЭВ у менеджеров здравоохранения

Ранговое место	Наименование фактора	Информативность (в интервале 0—1)
1	Наличие внерабочих увлечений	1,00
2	Длительность управленческой работы	0,75
3	Сверхурочная работа	0,47
4	Возраст	0,42
5	Пол	0,13
6	Руководящая должность	0,02
7	Наличие семьи	0,01

также наиболее часто (43,3%) встречалось в группе менеджеров высшего звена (главные врачи и заместители), а наименее часто (21,3%) — среди зав. отделений.

Неблагоприятное влияние на развитие СЭВ оказывают такие факторы, как работа в выходные дни и отсутствие увлечений помимо профессиональной деятельности. Из приведенных в табл. 1 данных видно, что он обнаруживается почти вдвое чаще в группе менеджеров, часто работающих в дни, предназначенные для отдыха (33,3% против 17,9%), и в 4,4 раза чаще у тех, кто не имеет хобби (47% против 10,6%).

Среди менеджеров, имеющих семью, рассматриваемый синдром был выявлен у 25,8% обследованных, из числа бессемейных — у 15,8%, однако эти отличия были статистически незначимыми.

Для более глубокого анализа материала были использованы методы, основанные на принципах системного подхода. В ходе математической обработки с помощью алгоритмов распознавания образов были получены решающие правила, обеспечивающие 100% правильных ответов на процедуре «экзамена». Эти результаты достигались при использовании подсистемы из пяти наиболее информативных признаков, в связи с чем можно было сделать заключение, что исходный комплекс включал в себя основные факторы риска развития СЭВ у менеджеров здравоохранения.

Информативность каждого фактора, величина которой интерпретировалась как сила их влияния, приведена в табл. 2. Первое ранговое место занимает показатель, характеризующий наличие внерабочих увлечений (хобби). Далее в порядке убывания информативности факторы расположились следующим образом: длительность стажа управленческой работы, сверхурочная работа, возраст, пол, руководящая должность, наличие семьи.

На третьей стадии математической обработки проводилась оценка характера влияния каждого фактора. Установлено, что риск возникновения СЭВ у менеджеров здравоохранения имеет обратную зависимость от наличия внерабочих увлечений: соотношение частоты встречаемости управленцев с СЭВ и без такового в группе имеющих хобби составила 0,32, а в альтернативной группе — 4,3 (см. рисунок, а). Вероятность развития СЭВ прямо зависела от стажа руководящей работы и возраста, была выше у часто работающих сверхурочно (см. рисунок, б), а так-

же у женщин. Из трех групп должностей — зав. отделений, зав. поликлиниками, главные врачи и их заместители — наибольший риск был отмечен у зав. поликлиниками, что логично, учитывая высокую стрессогенность этой работы.

Распределение менеджеров здравоохранения с развившимся СЭВ и без такового в зависимости от: а — наличия внерабочих увлечений (хобби), б — от частоты сверхурочной работы.

Полученные на первой стадии обработки материала решающие правила представляют собой многофакторные математические модели. С их помощью была дана оценка потенциальной эффективности некоторых управленческих сценариев. Согласно полученным результатам, отказ от сверхурочной работы может привести к сокращению группы с диагностированным СЭВ на 24%, а более широкое распространение внерабочих увлечений (спорт, рыбная ловля, туризм, садоводство и др.) может обеспечить ее на 40%.

## Выводы

1. В обследованной группе у 24,7% менеджеров здравоохранения установлен сформированный СЭВ, еще у 44,7% — в начальных (I—II) его стадиях.

2. Определен комплекс основных факторов, ответственных за развитие СЭВ у врачей этой специальности. По силе влияния они ранжированы следующим образом: наличие внерабочих увлечений (хобби), длительность управленческой работы, сверхурочная работа, возраст, пол, руководящая должность, наличие семьи.

3. С помощью математического моделирования установлена потенциальная эффективность коррекции «управляемых» факторов риска: отказ от сверхурочной работы и распространение внеслужебных увлечений могут обеспечить снижение частоты развития СЭВ у менеджеров здравоохранения на 24 и 40% соответственно.

Исследование не имело спонсорской поддержки. Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

## ЛИТЕРАТУРА

1. Водопьянова Н. Е. Синдром «психического выгорания» в коммуникативных профессиях. В кн.: Психология здоровья. СПб.: Изд-во СПбГУ; 2000. С. 548—73.
2. Ронгинская Т. И. Синдром выгорания в социальных профессиях. *Психологический журнал*. 2002;23(3):85—95.
3. Burnout M. C. The cost of caring. Englewood Cliffs. N. J.: Prentice-Hall; 1982.
4. Елькин И. О., Блохина С. И., Егорова В. М. Синдром эмоционального выгорания в медицинских профессиях: распространенность и профилактика. Лекции по организации и экономике здравоохранения. Екатеринбург — Тюмень: Уральский рабочий; 2014. С. 215—36.
5. Edelwich J., Brodsky A. Burn-out: Stages of Disillusionment in the Helping Profession. N. Y.: Human Sciences Press; 1980.
6. Абрамов Г. С., Юдич Ю. А. Синдром «эмоционального выгорания» у медработников. Психология в медицине. М.; 1998.
7. Бойко В. В. Синдром эмоционального выгорания в профессиональном общении. СПб.: Питер; 1999.
8. Бердяева И. А., Войт Л. Н. Синдром эмоционального выгорания у врачей различных специальностей. *Дальневосточный медицинский журнал*. 2012;(2):117—20.

Здоровье и общество

9. Васильев В. Ю., Пушкаренко И. А. Причины развития «эмоционального выгорания» у анестезиологов-реаниматологов. *Общая реаниматология*. 2011;(2):66—70.
10. Боева А. В., Руженков В. Л., Москвитина У. С. Синдром эмоционального выгорания у врачей-психиатров. *Научные ведомости*. 2013;111(22):6—8.
11. Новгородова У. Р. Социологическое исследование синдрома профессионального выгорания у врачей акушерского отделения. *Проблемы социальной гигиены, общественного здоровья и истории медицины*. 2016;24(3):147—51.
12. Мамась А. Н., Косаревская Т. Е. Исследование синдрома эмоционального выгорания у врачей анестезиологов-реаниматологов. *Новости хирургии*. 2010;18(6):75—81.
13. Огнерубов Н. А. Синдром эмоционального выгорания у врачей. *Вестник Тамбовского университета*. 2013;18(4):1337—41.
14. Казанцев В. С. Задачи классификации и их программное обеспечение (пакет КVAZAP). М.: Наука; 1990.

Поступила 12.03.2019  
Принята в печать 03.04.2019

REFERENCES

1. Vodop'janova N. E. The syndrome of «emotional burnout» in the communicative professions. In: *Health psychology [Psihologija zdorov'ja]*. St. Petersburg: Izd-vo SpbGU; 2000. P. 548—73 (in Russian).
2. Ronginskaja T. I. The syndrome of «burnout» in social professions. *Psihologicheskij zhurnal*. 2002;23(3):85—95 (in Russian).
3. Burnout M. C. *The cost of caring*. Englewood Cliffs. N. Y.: Prentice-Hall; 1982.
4. El'kin I. O., Blohina S. I., Egorova V. M. Burnout syndrome in the medical profession: prevalence and prevention. *Lectures on the organization and health economics*. Ekaterinburg — Tyumen': Ural'skij rabochij; 2014. P. 215—36 (in Russian).
5. Edelwich J., Brodsky A. *Burn-out: Stages of Disillusionment in the Helping Profession*. N. Y.: Human Sciences Press; 1980.
6. Abramov G. S., Judchic Ju. A. The syndrome of «emotional burnout» among medical workers [*Sindrom «ehmocional'nogo vygoraniya» u medrabotnikov. Psihologiya v medicine*]. Moscow; 1998 (in Russian).
7. Bojko V. V. Burnout syndrome in professional dialogue [*Sindrom ehmocional'nogo vygoraniya v professional'nom obshchenii*]. St. Petersburg: Piter; 1999 (in Russian).
8. Berdjaeva I. A., Vojt L. N. Burnout syndrome among physicians of various specialties. *Dal'nevostochnyj medicinskij zhurnal*. 2012;(2):117—20 (in Russian).
9. Vasil'ev V. Ju., Pushkarenko I. A. Causes of development «emotional burnout» among Anesthesiologists. *Obshhaja reanimatologija*. 2011;(2):66—70 (in Russian).
10. Boeva A. V., Ruzhenkov V. L., Moskvitina U. S. Burnout syndrome among psychiatrists. *Nauchnye vedomosti*. 2013;111(22):6—8 (in Russian).
11. Novgorodova U. R. Sociological research of burnout syndrome among physicians of obstetrics department. *Problemy social'noj gigieny, obshhestvennogo zdorov'ja i istorii mediciny*. 2016;24(3):147—51 (in Russian).
12. Mamas' A. N., Kosarevskaja T. E. The study of burnout syndrome among Anesthesiologists. *Novosti hirurgii*. 2010;18(6):75—81 (in Russian).
13. Ognerubov N. A. Burnout syndrome among physicians. *Vestnik Tambovskogo universiteta*. 2013;18(4):1337—41 (in Russian).
14. Kazancev V. S. Problems of classification and their software (KVAZAR package) [*Zadachi klassifikatsii i ikh programmnoe obeshpechenie (paket KVAZAR)*]. Moscow: Nauka; 1990 (in Russian).

© Коллектив авторов, 2019  
УДК 614.2**Волкова О. А., Конева Т. Н., Копытов А. А., Артемова Ю. С.****СОЦИАЛЬНЫЕ ИНТЕРАКЦИИ КАК ФАКТОР АКТИВНОСТИ ПОЖИЛЫХ И ИНВАЛИДОВ В ПОЛУЧЕНИИ СТОМАТОЛОГИЧЕСКИХ УСЛУГ**

ФГАОУ ВО «Белгородский государственный национальный исследовательский университет», 308009, г. Белгород

*В статье представлены результаты изучения особенностей влияния социальных взаимодействий на социальную активность пожилых людей и инвалидов и на выбор ими видов социальных услуг. Методами исследования были контент-анализ индивидуальных карт социальной реабилитации пожилых людей и инвалидов, анкетирование пожилых людей и инвалидов.*

*Исследование показало, что чем больше пожилые и инвалиды включены в социальные взаимодействия, тем чаще они выбирают стоматологические услуги среди всего перечня видов социальных услуг. Люди, не включенные в социальные взаимодействия, обращаются за стоматологическими услугами в случаях острой боли или серьезного физического ограничения жевательной функции. Социально активные пожилые и инвалиды обращаются за стоматологическими услугами по большому перечню причин (психологических, эстетических). Самооценка пожилыми и инвалидами их стоматологического здоровья оказалась более позитивной, чем оценка врача-стоматолога. Пожилые и инвалиды, проживающие в стационарных организациях, имеют лучшее стоматологическое здоровье и чаще получают стоматологические услуги, чем проживающие в домашних условиях.*

**К л ю ч е в ы е с л о в а :** стоматологическое здоровье; стоматологические услуги; социальное обслуживание; социальная активность; пожилые люди и инвалиды.

**Для цитирования:** Волкова О. А., Конева Т. И., Копытов А. А., Артемова Ю. С. Социальные взаимодействия как фактор активности пожилых и инвалидов в получении стоматологических услуг. Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. 2019;27(4):404—407. DOI: <http://dx.doi.org/10.32687/0869-866X-2019-27-4-404-407>

**Для корреспонденции:** Волкова Ольга Александровна, д-р социол. наук, зав. кафедрой социальной работы ФГАОУ ВО «Белгородский государственный национальный исследовательский университет», e-mail: [volkovaoa@rambler.ru](mailto:volkovaoa@rambler.ru)

**Volkova O. A., Koneva T. N., Kopytov A. A., Artemova Yu. S.****THE SOCIAL INTERACTIONS AS A FACTOR OF ACTIVITY OF THE ELDERLY AND THE DISABLED IN RECEIVING DENTAL SERVICES**

The Federal State Autonomous Educational Institution of Higher Education «The Belgorod State National Research University», 308009, Belgorod, Russia

*The article presents the features of the influence of social interactions on the social activity of older people and people with disabilities and their choice of types of social services. The Laboratory of Social Projects of the Belgorod National Research University in February — June 2018 conducted a sociological survey among the elderly and disabled of the Belgorod Region of Russia (240 people) to reveal knowledge about dental health and the prevention of dental diseases. The research methods were, firstly, the content analysis of individual social rehabilitation cards for the elderly and the disabled, and secondly, the survey of the elderly and the disabled.*

*The results of the study showed: that the more elderly and disabled are included in social interactions, the more often they choose dental services among the entire list of types of social services; people who are not included in social interactions seek dental services in cases of acute pain or severe physical limitation of chewing function; socially active elderly and disabled people seek dental services for a large list of reasons (psychological, aesthetic); self-esteem by the elderly and disabled their dental health was more positive than that of the dentist; the elderly and disabled living in inpatient organizations have better dental health and are more likely to receive dental services than people living at home.*

**К е y w o r d s :** dental health, dental services, social services, social activity, elderly and disable people.

**For citation:** Volkova O. A., Koneva T. N., Kopytov A. A., Artemova Yu. S. The social interactions as a factor of activity of the elderly and the disabled in receiving dental services. *Problemy sotsialnoy gigieny, zdravookhraneniya i istorii meditsiny*. 2019;27(4):404—407. (In Russ.). DOI: <http://dx.doi.org/10.32687/0869-866X-2019-27-4-404-407>

**For correspondence:** Volkova O. A., doctor of sociological sciences, the Head of the Chair of Social Work of the Belgorod State National Research University. e-mail: [volkovaoa@rambler.ru](mailto:volkovaoa@rambler.ru)

**Conflict of interests.** The authors declare absence of conflict of interests.

**Acknowledgment.** The study had no sponsor support

Received 24.03.2019  
Accepted 03.04.2019**Введение**

Актуальность темы исследования определяется комплексом социальных задач:

- улучшение здоровья пожилых людей и инвалидов;
- повышение качества социальных услуг и социальной активности людей;
- расширение социальных взаимодействий, способствующих сохранению здоровья граждан пожилого возраста в России.

Научная проблема, на решение которой направлено исследование, состоит, с одной стороны, в необходимости повышения социальной активности пожилых людей и инвалидов, с другой — в отсутствии научно обоснованной информации о специфике влияния социальных взаимодействий на выбор людьми видов социальных услуг.

На основании вышеизложенного сформулирована цель исследования: изучить особенности влияния социальных взаимодействий на социальную активность пожилых людей и инвалидов в России и на выбор



## Здоровье и общество

ими видов социальных услуг. Предметом исследования является социальная активность пожилых граждан, которые включены в социальные интеракции, влияющие на приоритет при выборе стоматологических услуг.

Исследование проведено при использовании концепций социологии медицины, социологии здоровья, социальной геронтологии и социологии инвалидности. Все еще остается недостаточно изученной значимость социально-гигиенических факторов риска поведенческого характера, а именно: роли знаний, социальной активности, сохранения стоматологического здоровья.

Социологические исследования еще не нашли широкого применения при изучении стоматологического здоровья и социальной активности населения. Однако их научная и практическая значимость определяются тем, что в условиях отсутствия единой системы учета обращаемости пожилых людей и инвалидов за медицинской помощью в стоматологические учреждения сложно получить достоверные данные о стоматологическом здоровье, социальной активности и объемах оказанной медико-социальной помощи.

В современных социальных условиях высокотехнологическая стоматологическая помощь не является доступной для большей части пожилых людей и инвалидов. Они не имеют возможности оплачивать дорогостоящие стоматологические услуги, что оказывает негативное влияние на показатели стоматологического здоровья. Вместе с тем российское государство внедряет программы и проекты, нацеленные на улучшение здоровья граждан. Но они будут эффективны лишь при наличии у населения мотивации к активным действиям для сохранения здоровья в целом и стоматологического в частности. Организация медико-социального обследования, оказания квалифицированного консультирования, проведение профилактического медицинского осмотра и первичной санитарной обработки, оказание первой доврачебной помощи, первичной санитарной и стоматологической помощи должны обеспечивать удовлетворение потребности клиентов стационарных учреждений в социально-медицинских услугах до начала систематического лечения [1].

При планировании и проведении профилактических мероприятий организации и предприятия здравоохранения не принимают во внимание результаты комплексных социально-гигиенических исследований по изучению причинно-следственных связей между фактором включения в социальные интеракции и стоматологическим здоровьем пожилых людей и инвалидов.

Выявлен широкий и разнообразный спектр приоритетов и парадигм, касающихся инвалидности. В нем сочетаются специализированные методологические и эмпирические проблемы с теоретическими дискуссиями. Одним из ключевых аспектов исследования является изучение того, какие технологии активации социальных услуг необходимы для конкретных групп пожилых людей и инвалидов. Некоторые

исследователи сходятся во мнении, что существует необходимость в разработке подхода, учитывающего именно вид инвалидности в оценке мероприятий общественного здравоохранения. Такое предложение можно рассматривать как шаг вперед к улучшению социальной среды для людей с ограниченными возможностями здоровья. Американские ученые обнаружили, что наличие ограничений в социальной активности тесно связано с уменьшением шансов трудоустройства для людей с различными комбинациями ограниченных сенсорных функциональных возможностей. [2].

Канадские исследователи предложили противоречивый подход, предпринятый правительством Онтарио, который позволяет выявлять инвалидов провинции и развивать их социальную активность. Результатом исследования является разработка медицински ориентированной классификации, основанной на четырех критериях (занятость, наличие как минимум среднего образования, территориальная доступность важных объектов, социальная помощь) для оценки государственной социальной политики в Онтарио [3].

Другие исследователи обращают особое внимание на связь депрессии людей с их возрастом и инвалидностью, подчеркивая особенности диагностических и статистических методов, которые могут давать различные результаты. Сейчас наблюдается переход от пассивных форм оказания социальных услуг к активным, которые способствуют повышению социальной активности пожилых людей и инвалидов, а также восстановлению и расширению их социальных связей [4, 5].

## Материалы и методы

С целью выявления уровня знаний в вопросах сохранения стоматологического здоровья и профилактики стоматологических заболеваний в феврале — июне 2018 г. было проведено социологическое исследование среди пожилых людей и инвалидов Белгородской области России ( $n=240$ ). В исследовании приняли участие лица обоих полов в возрасте от 27 лет до 81 года (44% мужчин, 56% женщин). Были сформированы две независимые выборочные совокупности: постоянно проживающих в интернатных организациях ( $n=90$ ); проживающих вне интернатных организаций и получающих социальные услуги в нестационарных центрах ( $n=150$ ) Белгородской области.

В рамках комплексного социально-медицинского исследования на примере Белгородской области проведено изучение активности пожилых людей и инвалидов в получении стоматологических услуг и состояния стоматологического здоровья. Объективный компонент стоматологического здоровья оценивался путем контент-анализа индивидуальных карт социальной реабилитации пожилых людей и инвалидов. Кроме того, субъективный компонент стоматологического здоровья определялся на основе измерения субъективных оценок пожилых людей и инвалидов, которые формируются на основе уровня

интеллектуального развития, жизненного опыта, эмоционального состояния и т. д. В работе использован междисциплинарный медико-социальный подход.

Методами исследования были контент-анализ индивидуальных карт социальной реабилитации пожилых людей и инвалидов и анкетирование пожилых людей и инвалидов. Статистическая обработка данных анкетирования проводилась с помощью пакета статистических программ SPSS. Материалы контент-анализа индивидуальных карт социальной реабилитации пожилых людей и инвалидов анализировали методами математической статистики и компаративного анализа. Результаты исследования были проанализированы с учетом гендерного подхода. Нами была разработана анкета, включающая следующие блоки вопросов: блок самооценки стоматологического здоровья; лечебно-профилактический (частота чистки зубов, предметы и средства ухода за полостью рта; частота посещения стоматолога и др.).

### Результаты исследования

Исследование показало, что, чем больше пожилых людей и инвалидов включены в социальные интеракции (взаимодействия с соседями, родственниками, друзьями, коллегами), тем чаще они выбирают именно стоматологические услуги среди всего перечня видов социальных услуг. Люди, не включенные в социальные интеракции, обращаются за стоматологическими услугами в случаях острой боли или серьезного физического ограничения жевательной функции. А социально активные пожилые люди и инвалиды, которые в большой степени включены в социальные интеракции, обращаются за стоматологическими услугами по гораздо большему перечню причин (в том числе психологических, эстетических). Помимо этого, исследование показало, что пожилые и инвалиды, постоянно проживающие в стационарных организациях, имеют лучшее (примерно на 45%) стоматологическое здоровье и чаще (примерно на 55%) получают стоматологические услуги, чем живущие в домашних условиях. Это объясняется тем, что в стационарах проводятся систематические медицинские осмотры проживающих.

Оценка приоритетов жизненных ценностей респондентов показала, что для 97% из них одной из главных ценностей является здоровье. Существует расхождение между желанием иметь хорошее здоровье и практическим поведением, направленным на сохранение стоматологического здоровья и получение стоматологических услуг. Мы видим это из результатов самооценки причин, по которым пожилые люди и инвалиды обращаются за получением стоматологических услуг; сравнительного анализа субъективной самооценки стоматологического здоровья самими пожилыми людьми и инвалидами, а также объективными данными, представленными врачами в документах [5].

В процессе исследования была проанализирована самооценка пожилыми и инвалидами их стоматологического здоровья. У участников исследования са-

моценка состояния стоматологического здоровья оказалась весьма позитивной.

Считали свое стоматологическое здоровье отличным среди пожилых и инвалидов, постоянно проживающих в интернатных организациях, 2%, среди проживающих вне интернатных организаций и получающих социальные услуги в нестационарных центрах — 0%, хорошим — 14 и 24%, удовлетворительным — 69 и 41%, плохим — 15 и 35% соответственно.

Исследование показало, что самооценка стоматологического здоровья более позитивна, чем оценка специалистов. Причиной является малая осведомленность населения (особенно среди тех, кто постоянно проживает вне интернатных организаций и получает социальные услуги в нестационарных центрах) о болезнях зубочелюстной системы и их клинических проявлениях. Пожилые лица и инвалиды, постоянно проживающие в интернатных организациях, чаще пользуются услугами врача-стоматолога. Основным источником медицинской информации о стоматологическом здоровье является врач-стоматолог (74%). Для тех, кто проживает вне стационарных организаций, основными источниками явились родственники и знакомые (25%), СМИ (34%), врач-стоматолог (41%).

### Обсуждение

Поведение пожилых и инвалидов должно быть направлено на сохранение и укрепление стоматологического здоровья, максимально возможное исключение факторов, негативно влияющих на здоровье. Однако наблюдается серьезное расхождение между желанием иметь хорошее стоматологическое здоровье и практическим внедрением в жизнь правил поведения, направленных на его сохранение. Так, в ходе опроса установлено наличие вредных привычек у 76% опрошенных: курят 36% мужчин и 16% женщин, не получают полноценную пищу — 41%, не посещают стоматолога с профилактической целью — 49%, игнорируют рекомендации стоматолога — 52%.

В медицинской литературе считается, что основная причина, сдерживающая посещения стоматолога, — экономическая, однако респонденты ее не упоминали. Особое беспокойство вызывает тот факт, что большинство граждан, относя здоровье к приоритетным жизненным ценностям, не предпринимают никаких шагов для его реального сохранения и улучшения. Наличие в полости рта патологии, не вызывающей нарушения жевательных функций и острой боли, не воспринималось большинством реципиентов как явление, требующее принятия своевременных мер. Парадоксально, что, давая самооценку стоматологическому здоровью, пожилые и инвалиды в основном принимали во внимание наличие болевых ощущений, нарушения жевательной функции и только в ряде случаев — при воздействии фактора социальных интеракций — эстетические параметры. В России, с одной стороны, существует необходимость в повышении социальной активности пожилых и инвалидов, с другой — отсутствует научно обоснованная инфор-

Здоровье и общество

мазия о специфике влияния социальных взаимодействий на выбор людьми видов социальных услуг [6, 7].

### Выводы

Теоретическая и практическая значимость исследования заключается в получении новых данных, расширяющих представления о возможности применения социологических методов исследования для изучения взаимосвязи между характером и интенсивностью социальных взаимодействий, активностью пожилых и инвалидов в получении стоматологических услуг в России. Обоснована необходимость разработки и внедрения просветительских, профилактических и лечебных программ, направленных на сохранение стоматологического здоровья пожилых и инвалидов.

Результаты исследования позволили сделать следующие выводы:

1. Перед обществом стоит комплекс социальных задач: улучшение здоровья пожилых россиян и инвалидов, улучшение качества социальных услуг для этих категорий граждан, повышение социальной активности людей, расширение социальных взаимодействий, способствующих улучшению состояния их здоровья.

2. Чем больше пожилые и инвалиды включены в социальные взаимодействия, тем чаще они выбирают именно стоматологические услуги среди всего перечня видов социальных услуг.

3. Люди, не включенные в социальные взаимодействия, обращаются за стоматологическими услугами при острой боли или серьезном физическом ограничении жевательной функции. Социально активные пожилые и инвалиды, которые в большой степени включены в социальные взаимодействия, обращаются за стоматологическими услугами по значительно большему перечню причин (в том числе психологических, эстетических).

4. Субъективная самооценка пожилыми и инвалидами их стоматологического здоровья оказалась более позитивной, чем объективная оценка врача-стоматолога.

5. Пожилые и инвалиды, постоянно проживающие в стационарных организациях, имеют лучшее стоматологическое здоровье и чаще получают стоматологические услуги, чем проживающие в домашних условиях. Причиной являются систематические медицинские осмотры в стационарах.

Исследование не имело спонсорской поддержки.  
Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

### ЛИТЕРАТУРА

1. ГОСТ Р 52142—2013. Национальный стандарт Российской Федерации. Социальное обслуживание населения. Качество социальных услуг. Общие положения (утвержден и введен в действие Приказом Росстандарта от 17.10.2013 № 1179-ст). Режим доступа: <http://www.consultant.ru> (дата обращения 09.10.2018).
2. Brucker D., Houtenville A., Lauer E. Using sensory, functional and activity limitation data to estimate employment outcomes for working-age persons with disabilities in the United States. *J. Disabil. Policy Stud.* 2016;27(3):131—7 (in Russian).
3. Smith-Carrier T., Kerr D., Wang J., Tam D., Kwok S. Vestiges of the medical model: a critical exploration of the Ontario Disability Support Program in Ontario. Canada, Disability & Society. Pub. online 24 Aug: 1570—91 (дата обращения 10.09.2018). doi: 10.1080/09687599.2017.1359495
4. Runswick-Cole K. End of normal: identity in a biocultural era, by Lennard J. Davis, Michigan, University of Michigan Press, 2013. Book review. *Disability & Society*. Pub. online: 01 Sep. 1415—16 (дата обращения 07.09.2018). doi: 10.1080/15017419.2016.1143392
5. Volkova O. A., Naberushkina E. K., Bystriantsev S. B., Baharev V. V., Nadutkina I. E., Sadovski M. V. Russian focus on the problem of disability. *Res J. Pharm. Biol. Chem. Sci.* 2016;7(6):3247—52.
6. Hescot P., China E., Bourgeois D., Maina S., Silva O., Eisele J., Simpson C., Virginie H. FDI African Strategy for oral health: Addressing the specific needs of the continent. *Int Dental J.* 2013;62(6):277.
7. Walker I. F., Eapen-Simon S., Gibson S. Dental public health in action: Putting oral health on the local public health agenda. *Commun Dental Health J.* 2018;35(3):132—5.

Поступила 24.03.2019  
Принята в печать 03.04.2019

### REFERENCES

1. GOST R 52142—2013, 2013. National standard of the Russian Federation. Social services for the population. Quality of social services. General provisions (approved and enforced by the Order of Rosstandart of October 17, N 1179-St). Date Views 09.10.2018. Available from: <http://www.consultant.ru> (in Russian).
2. Brucker D., Houtenville A., Lauer E. Using sensory, functional and activity limitation data to estimate employment outcomes for working-age persons with disabilities in the United States. *J Disabil Policy Stud.* 2016;27(3):131—7 (in Russian).
3. Smith-Carrier T., Kerr D., Wang J., Tam D., Kwok S. Vestiges of the medical model: a critical exploration of the Ontario Disability Support Program in Ontario. Canada, Disability & Society. Pub. online 24 Aug: 1570—91 (дата обращения 10.09.2018). doi: 10.1080/09687599.2017.1359495
4. Runswick-Cole K. End of normal: identity in a biocultural era, by Lennard J. Davis, Michigan, University of Michigan Press, 2013. Book review. *Disability & Society*. Pub. online: 01 Sep. 1415—16 (дата обращения 07.09.2018). doi: 10.1080/15017419.2016.1143392
5. Volkova O. A., Naberushkina E. K., Bystriantsev S. B., Baharev V. V., Nadutkina I. E., Sadovski M. V. Russian focus on the problem of disability. *Res J. Pharm. Biol. Chem. Sci.* 2016;7(6):3247—52.
6. Hescot P., China E., Bourgeois D., Maina S., Silva O., Eisele J., Simpson C., Virginie H. FDI African Strategy for oral health: Addressing the specific needs of the continent. *Int Dental J.* 2013;62(6):277.
7. Walker I. F., Eapen-Simon S., Gibson S. Dental public health in action: Putting oral health on the local public health agenda. *Commun Dental Health J.* 2018;35(3):132—5.

© Восканян Ю. Э., 2019  
УДК 614.2

Восканян Ю. Э.

**БЕЗОПАСНОСТЬ ПАЦИЕНТОВ И СВЯЗАННЫЕ С НЕЙ НЕБЛАГОПРИЯТНЫЕ СОБЫТИЯ В МЕДИЦИНЕ  
(СИСТЕМАТИЧЕСКИЙ ОБЗОР)**

ФГБОУ ДПО «Российская медицинская академия непрерывного профессионального образования» Минздрава России, 125993, г. Москва

*В статье представлен анализ ретроспективных и проспективных исследований, посвященных изучению безопасности пациента в части, касающейся эпидемиологии, частоты и тяжести неблагоприятных событий, связанных с оказанием медицинской помощи. Электронный поиск проводился за период 1990—2017 гг. с использованием медицинских баз данных MEDLINE, Cochrane Collaboration, EMBASE, SCOPE, ISI Web of Science. Проведенный метаанализ позволил установить следующее. Случаи причинения вреда (неблагоприятные события) при оказании медицинской помощи регистрируются в 10,6% случаев. Свыше 80% неблагоприятных событий возникают в стационаре. При этом более половины из них регистрируются в операционной и около трети — в палате пациента. Отмечено, что основная часть неблагоприятных событий связана с выполнением операции, манипуляции, проведением лекарственной терапии, поздним или неправильным лечением и диагностикой.*

**Ключевые слова:** медицинская помощь; безопасность пациента; неблагоприятные события; инцидент; медицинские ошибки; неожиданная смерть.

**Для цитирования:** Восканян Ю. Э. Безопасность пациентов и связанные с ней неблагоприятные события в медицине (систематический обзор). Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. 2019;27(4):408—413. DOI: <http://dx.doi.org/10.32687/0869-866X-2019-27-4-408-413>

**Для корреспонденции:** Восканян Юрий Эдуардович, д-р мед. наук, профессор, e-mail: [voskanyanue\\_mmch@mail.ru](mailto:voskanyanue_mmch@mail.ru)

Voskanyan Yu. E.

**THE SAFETY OF PATIENTS AND RELATED UNFAVORABLE OCCURRENCES IN MEDICINE: THE  
SYSTEMATIC REVIEW**

The Federal State Budget Educational Institution of Additional Professional Education “The Russian Medical Academy of Continuous Professional Education” of Minzdrav of Russia, 125445, Moscow, Russia

*The article presents an analysis of retrospective and prospective studies devoted to the study of patient safety in terms of epidemiology, frequency and severity of adverse events associated with medical care. The search was performed from 1990 to 2017 with the use of databases MEDLINE, Cochrane Collaboration; EMBASE; SCOPE; ISI Web of Science; WHO (official site); Meduniver; Nealthfulsite; Medpro. Meta-analysis of the obtained data allowed to establish the following. Medical errors in the provision of medical care are registered in 20.2% of patients, and cases of harm (adverse events) – in 10.6% of patients. More than 80% of adverse events occur in hospital. More than half of the cases of harm are registered in the operating room and about a third – in the patient's room. When providing medical care outside hospital the main part of cases of harm are registered in the doctor's office and at home. The majority of adverse events are related to surgery, manipulations, drug therapy, late or incorrect treatment and diagnosis. Unexpected death is observed in 5.3% of patients with adverse events. In the structure of hospital mortality, the proportion of deaths related to medical care is 24.9%, and in the structure of the total mortality of the population it is 9.7%, ranking third among all causes.*

**Keywords:** medical care; patient safety; adverse event; incident; medical errors; unexpected death.

**For citation:** Voskanyan Yu. E. The safety of patients and related unfavorable occurrences in medicine: the systematic review. *Problemy sotsialnoy gigieny, zdravookhraneniya i istorii meditsiny*. 2019;27(4):408—413 (In Russ.). DOI: <http://dx.doi.org/10.32687/0869-866X-2019-27-4-408-413>

**For correspondence:** Voskanyan Yu. E., doctor of medical sciences, professor of the Russian Medical Academy of Continuous Professional Education. e-mail: [voskanyanue\\_mmch@mail.ru](mailto:voskanyanue_mmch@mail.ru)

**Conflict of interests.** The authors declare absence of conflict of interests.

**Acknowledgment.** The study had no sponsor support

Received 05.04.2018

Accepted 26.04.2018

**Введение**

Повышение безопасности пациентов является одним из главных приоритетов Всемирной организации здравоохранения. Разработка современных методов управления безопасностью неразрывно связана с идентификацией медицинских ошибок, угроз среды и опасных поведенческих факторов больного, а также вызванных ими неблагоприятных событий (случаев причинения дополнительного вреда) при оказании медицинской помощи. Значительный прогресс в этом направлении в последние годы достигнут в Европе, США, Австралии и развитых азиатских странах. Более 900 медицинских центров в мире ак-

кредитованы по международным стандартам безопасности Joint Commission International (JCI) и официально признаны безопасными клиниками. В России таких клиник всего три: ОАО «Медицина» (Москва), ГАУЗ «Больница скорой медицинской помощи» (Набережные Челны), ООО «Дентал Фэнтези» (Москва). Обычно предупреждение неблагоприятных событий, связанных с оказанием медицинской помощи, сводится к стандартизации лечебно-диагностического процесса и инспекционному контролю, что в итоге заканчивается поиском и наказанием виновных в причинении дополнительного вреда, но не ликвидацией его системных причин. Регистрация медицинских ошибок и неблагоприятных событий

Таблица 1

Распределение неблагоприятных событий				
Место регистрации	Доля, %			
	Leap L. et al., 1991	Wilson R. et al., 1995	Davis P. et al., 2003	Andrews L. et al., 2006
Стационар	87,5 (83,6—86,6)	75,6 (69,4—73,1)	82,3 (80,1—84,8)	90,0 (87,5—92,7)
Вне стационара	12,5 (10,8—13,5)	24,4 (22,6—26,1)	17,7 (15,2—19,9)	10,0 (7,3—12,5)

Примечание. Здесь и в табл. 2—12 в скобках — 95% ДИ.

зачастую носит формальный характер и в большинстве случаев ограничивается незначительными или малыми инцидентами, что делает невозможным эффективное управление существующими системными угрозами [1—3].

В настоящей статье предпринята попытка проанализировать международный опыт в области регистрации неблагоприятных событий в медицине, показать их роль в структуре госпитальной летальности и общей смертности населения, обосновать необходимость системных изменений в организации медицинской помощи в направлении скорейшего внедрения эффективных методов управления безопасностью пациента.

### Материалы и методы

В основу исследования легли данные отечественных и зарубежных публикаций, посвященные анализу причин, частоты и тяжести неблагоприятных событий, связанных с оказанием медицинской помощи. Изучались опубликованные материалы в печатных изданиях, а также доступные в сети Интернет. Электронный поиск проводился за период 1990—2017 гг. с использованием медицинских баз данных MEDLINE, Cochrane Collaboration; EMBASE; SCOPE; ISI Web of Science. В работе анализировались частота, типы и тяжесть неблагоприятных событий при оказании медицинской помощи. Приведенные в публикациях данные обработаны с использованием методологии метаанализа. Для относительных показателей рассчитывались границы доверительного интервала (ДИ) при уровне вероятности справедливости нулевой гипотезы 95%.

В статье применена общепринятая унифицированная международная терминология в области безопасности пациентов. Используются следующие ключевые понятия: неблагоприятное событие или вред (непреднамеренная физическая или психическая травма, наиболее вероятно связанная с оказанием медицинской помощи, чем с течением основного заболевания и сопутствующими состояниями); предотвратимое неблагоприятное событие (вред, который мог быть предотвращен в случае соблюдения и правильного выполнения персоналом принятых норм и стандартов оказания медицинской помощи); неблагоприятное событие вследствие небрежности или халатности (вред, который развился в результате невыполнения персоналом установленных норм и стандартов); неожиданная

Таблица 2

Распределение неблагоприятных событий в стационаре		
Место возникновения	Доля, %	
	Leap L. et al., 1991	Wilson R. et al., 1995
Операционная	54,0 (51,8—56,2)	61,9 (59,6—64,1)
Палата стационара	26,2 (24,2—28,2)	33,1 (30,9—35,4)
Процедурная неотложной помощи	3,8 (2,9—4,6)	—
Предродовая или родильный зал	6,5 (5,4—7,6)	5,0 (4,0—6,0)
Отделение интенсивной терапии	2,8 (2,1—3,6)	—
Процедурные рентгенодиагностические (включая компьютерную томографию)	1,7 (1,1—2,3)	—
Лаборатория катетеризации сердца и сосудов	1,5 (0,9—2,0)	—
Консультативная поликлиника	1,0 (0,6—1,5)	—
Другие места	2,5 (1,8—3,2)	—
Всего...	100,0	100,0

смерть (смерть, не связанная с прогрессированием основного заболевания или сопутствующими состояниями) [4—14].

### Результаты исследования

Анализ существующих исследований показывает, что большая часть неблагоприятных событий, связанных с оказанием медицинской помощи, регистрируется в стационарном звене здравоохранения (табл. 1).

При этом более половины неблагоприятных событий в стационаре развиваются в операционной и около трети — в палатах пациентов (табл. 2).

Вне стационара наиболее часто случаи нанесения вреда пациенту возникают в офисах врачей общей практики и дома (табл. 3).

Метаанализ известных публикаций показал, что частота неблагоприятных событий при оказании стационарной медицинской помощи составляет 10,6% (табл. 4).

Наиболее часто неблагоприятные события регистрируются при оказании медицинской помощи по профилям «нейрохирургия», «сердечно-сосудистая хирургия», «торакальная хирургия», «хи-

Таблица 3

Распределение неблагоприятных событий вне стационара				
Место регистрации	Доля, %			
	Leap L. et al., 1991	Wilson R. et al., 1995	Davis P. et al., 2003	Woods D. et al., 2007
Офис врача	56,7 (50,8—62,6)	35,6 (31,7—39,6)	36,2 (28,9—42,9)	37,3 (35,4—39,1)
Поликлиника и дневной стационар	11,8 (8,0—15,7)	—	7,3 (3,4—10,9)	9,5 (8,4—10,6)
Дом	17,7 (13,2—22,3)	10,0 (7,5—12,5)	29,9 (23,2—36,5)	23,4 (21,8—25,1)
Лечебница для престарелых	4,2 (1,7—6,4)	7,3 (5,2—9,5)	21,5 (16,1—28,1)	10,1 (8,9—11,2)
Отделение (кабинеты) неотложной помощи	—	—	—	19,7 (18,2—21,2)
Другие места	9,6 (6,1—13,1)	47,1 (42,9—51,2)	5,1 (1,8—8,1)	—
Всего...	100,0	100,0	100,0	100,0

Частота неблагоприятных событий при оказании стационарной медицинской помощи

Автор, год публикации	Страна	Число госпиталей	Число наблюдений	Число больных с неблагоприятными событиями	Частота неблагоприятных событий, %
<b>Ретроспективные исследования</b>					
Brennan T. et al., 1991	США (Гарвард)	51	30 195	1 117	3,7 (3,5—3,9)
Wilson R. et al., 1995	Австралия	28	14 210	2 353	16,6 (15,9—17,2)
Thomas E. et al., 2000	США (Юта/Колорадо)	28	14 565	787	5,4 (5,0—5,8)
Vincent C. et al., 2001	Велико-британия	2	1014	110	10,8 (8,9—12,8)
Schioler T. et al., 2001	Дания	17	1097	114	10,4 (8,6—12,2)
Davis P. et al., 2003	Новая Зеландия	13	6579	850	12,9 (12,1—13,7)
Baker G., et al., 2004	Канада	20	3745	255	6,8 (6,0—7,6)
Zegers M. et al., 2009	Нидерланды	—	7926	663	8,4 (7,8—9,0)
Landrigan C. et al., 2010	США (Северная Каролина)	10	341	423	18,1 (16,5—19,6)
Classen D. et al., 2011	США (Массачусетс)	3	795	264	33,2 (29,9—36,5)
Deilkas E. et al., 2015	Норвегия	20	40 581	5 939	14,5 (14,3—15,0)
<b>Проспективные исследования</b>					
Andrews L. et al., 1997	Испания	3	1047	185	17,7 (15,4—20,0)
Wanzel K. et al., 2000	Канада	1	192	75	39,1 (32,2—46,0)
Szlied C. et al., 2012	Бразилия	1	171	94	55,0 (47,5—62,4)
Метаанализ	—	197	124 458	13 229	10,6 (10,5—10,8)

рургия», «интенсивная терапия и реанимация» (табл. 5).

В результате выполнения операций развивается 41,3% неблагоприятных событий, во время манипуляций — 9,1%, из-за поздней или неправильной диагностики — 9,8%, в результате позднего или неправильного лечения (за исключением самой операции или манипуляции) — 8,4% неблагоприятных событий. На осложнения лекарственной терапии приходится 14,4% случаев причинения дополнительного вреда. Среди регистрируемых неблагоприятных событий наибольшая доля принадлежит инфекции, связанной с оказанием медицинской помощи (19,1%), неинфекционным раневым осложнениям (11,7%), поражениям сердечно-сосудистой системы (8,8%) и органов желудочно-кишечного тракта (8,9%). Доля остальных неблагоприятных событий ниже либо существенно ниже (табл. 6, 7).

Анализ причин и факторов риска неблагоприятных событий показывает, что 45,5% из них являются предотвратимыми, а 27,1% возникают из-за небрежности (халатности) в действиях медицинских работников. Таким образом, в структуре случаев нанесения вреда, обусловленных ошибочными действиями персонала, 59,6% приходится на неблагоприятные события, связанные с невыполнением предписанных норм (табл. 8, 9).

При развитии неблагоприятного события тяжелый вред и инвалидность регистрируется в 11,8%, а неожиданная смерть — в 5,3% случаев (табл. 10).

В структуре госпитальной летальности доля неожиданных смертей, причиной которых стали неблагоприятные события в процессе оказания медицинской помощи, составляет 24,9% (табл. 11).

В исследовании, проведенном учеными клиники Джонса Хопкинса (США), убедительно показано,

Таблица 5

Частота новых случаев неблагоприятных событий и профиль медицинской помощи

Профиль медицинской помощи	Источник						Метаанализ: частота, %
	Brennan T. et al., 1991		Zegers M. et al., 2011		Vincent C. et al., 2001		
	частота, %	общее число больных	частота, %	общее число больных	частота, %	общее число больных	
<b>Хирургия</b>							
Нейрохирургия	9,9	30 172	9,5	116	—	—	9,9 (9,6—10,2)
Кардиоторакальная хирургия	10,8	33 222	—	—	—	—	10,8 (10,5—11,1)
Сосудистая хирургия	16,1	19 795	—	—	—	—	16,1 (15,6—16,6)
Общая хирургия	7,0	318 914	7,7	1443	14,1	290	7,0 (7,0—7,2)
Ортопедия	4,1	164 536	5,1	496	13,7	277	4,1 (4,0—4,2)
Урология	4,9	98 348	7,8	221	—	—	4,9 (4,8—5,0)
Акушерство	1,5	334 200	—	—	4,0	174	1,5 (1,5—1,5)
Гинекология	—	—	4,7	135	—	—	4,7 (1,0—7,9)
Оториноларингология	—	—	5,2	198	—	—	5,2 (2,0—8,1)
Офтальмохирургия	—	—	5,8	51	—	—	5,8 (0,6—12,3)
<b>Терапия, интенсивная терапия</b>							
Интенсивная терапия	—	—	9,4	373	—	—	9,4 (6,4—12,3)
Неонатология, педиатрия	0,6	285 500	1,6	142	—	—	0,6 (0,6—0,6)
Общая терапия	3,6	1 031 528	5,4	1950	8,8	273	3,6 (3,6—3,6)
Кардиология	—	—	4,9	1165	—	—	4,9 (3,7—6,1)
Пульмонология	—	—	5,4	787	—	—	5,4 (3,8—6,9)
Неврология	—	—	3,6	767	—	—	3,6 (2,3—5,0)

Таблица 6

**Распределение неблагоприятных событий в зависимости от вида медицинского вмешательства**

Вид медицинского вмешательства	Источник						Метаанализ: доля, %
	Brennan T. et al., 1991	Thomas E. et al., 2000	Wilson R. et al., 1995	Wanzel M. et al., 2000	Zegers M. et al., 2011	Baker G. et al., 2004	
	доля, % (абсолютное число случаев)						
Операция	47,7 (533)	44,9 (353)	39,3 (1 159)	31,2 (10)	54,2 (297)	34,2 (123)	41,3 (40,1—42,6)
Манипуляция	7,0 (78)	13,5 (106)	6,7 (197)	9,4 (3)	17,0 (135)	7,2 (26)	9,1 (8,4—9,8)
Лекарственная терапия (воздействие лекарства)	19,4 (217)	19,3 (152)	8,4 (249)	15,6 (5)	15,3 (157)	23,6 (85)	14,4 (13,5—15,3)
Позднее или неправильное лечение	7,5 (84)	4,3 (34)	9,3 (276)	15,6 (5)	5,1 (60)	11,9 (43)	8,4 (7,7—9,1)
Поздняя или неправильная диагностика	8,1 (91)	6,9 (54)	10,6 (314)	28,1 (9)	6,3 (80)	10,6 (38)	9,8 (9,0—10,5)
Другие вмешательства	10,3 (114)	11,1 (88)	25,7 (757)	—	2,1 (15)	12,5 (45)	17,0 (16,1—18,0)
Всего...	100 (1 117)	100 (787)	100 (2 952)	100 (32)	100 (744)	100 (360)	100 (5 992)

Таблица 7

**Вид причиненного вреда**

Вид причиненного вреда	Источник					Метаанализ: доля, %
	Landrigan C. et al., 2010	Wanzel M. et al., 2000	Szief C. et al., 2012	Classen D. et al., 2011	Davis P. et al., 2003	
	доля, % (абсолютное значение)					
<b>Инфекционные осложнения</b>						
Инфекция, связанная с оказанием медицинской помощи	18,7 (110)	13,2 (19)	32,6 (61)	18,3 (72)	17,7 (150)	19,1 (17,4—20,7)
<b>Неинфекционные осложнения</b>						
Раневые осложнения (без инфицирования)	14,4 (85)	11,8 (17)	3,2 (6)	—	—	11,7 (9,7—13,8)
Кровотечения, эмболии	9 (53)	1,4 (2)	1,6 (3)	—	—	6,3 (4,7—7,9)
Поражение сердца и сосудов	7,6 (45)	6,3 (9)	2,7 (5)	4,1 (16)	13,5 (115)	8,8 (7,6—10,0)
Поражение органов дыхания	7 (41)	15,9 (23)	1,6 (3)	—	6 (51)	6,7 (5,5—7,8)
Поражение почек	5,1 (30)	11,1 (16)	5,9 (11)	—	4,9 (42)	5,6 (4,5—6,7)
Поражение эндокринных органов	3,7 (22)	—	1,6 (3)	—	—	3,2 (2—4,5)
Поражение желудочно-кишечного тракта	6,6 (39)	9,7 (14)	3,2 (6)	—	11,7 (99)	8,9 (7,6—10,3)
Поражение центральной нервной системы	7,5 (44)	6,3 (9)	10,7 (20)	—	4,9 (42)	6,5 (5,4—7,6)
Травмы и переломы в результате падения	1,4 (8)	—	—	0,8 (3)	—	1,1 (0,5—1,8)
Пролежни	6 (35)	—	—	2,8 (11)	3,9 (33)	4,3 (3,4—5,2)
Аллергия	2,2 (13)	—	—	—	—	2,2 (1,0—3,4)
Другое	10,7 (63)	24,3 (35)	36,9 (69)	74 (291)	37,4 (318)	—
Всего...	100 (588)	100 (144)	100 (187)	100 (393)	100 (850)	—

что неблагоприятные события являются третьей причиной смертей населения Соединенных Штатов Америки (табл. 12) [15].

Таблица 8

**Доля предотвратимых неблагоприятных событий**

Автор, год публикации	Общее число неблагоприятных событий	Число предотвратимых неблагоприятных событий	Доля предотвратимых неблагоприятных событий, %
<b>Стационар</b>			
Zegers M. et al., 2009	663	283	42,7 (38,9—46,4)
Schioler T. et al., 2001	114	46	40,3 (31,3—49,4)
Vincent C. et al., 2001	119	57	47,9 (38,9—56,9)
Baker G. et al., 2004	289	106	36,7 (31,1—42,2)
Davis P. et al., 2003	850	315	37,1 (33,8—40,3)
Wanzel K. et al., 2000	192	88	45,8 (38,8—52,9)
Wilson R. et al., 1995	2302	1178	51,2 (49,1—53,2)
McGuire H. et al., 1992	2409	1180	49,0 (47,0—51,0)
O'Neil A. et al., 1993	133	83	62,4 (54,2—70,6)
Brennan T. et al., 1991	1117	308	27,6 (25,0—30,2)
<b>Поликлиника</b>			
Singh H. et al., 2004	308	108	35,1 (29,7—40,4)
Woods D. et al., 2007	2608	1296	49,7 (47,8—51,6)
Метаанализ	11 104	5048	45,5 (44,5—46,4)

**Заключение**

Анализ ретроспективных и проспективных исследований показал, что неблагоприятные события, связанные с оказанием медицинской помощи, являются глобальной проблемой современного здравоохранения в мире, существенно влияющей на качество лечения и его исход. Это подтверждается тем, что при оказании медицинской помощи каждый пятый больной сталкивается с медицинской ошибкой, а каждый десятый пациент становится жертвой нанесенного ему дополнительного вреда. У одного из 10 больных с неблагоприятным событием возникает

Таблица 9

**Доля предотвратимых неблагоприятных событий, связанных с халатностью (небрежностью)**

Автор, год публикации	Общее число неблагоприятных событий	Число предотвратимых неблагоприятных событий	Доля предотвратимых неблагоприятных событий, %
Brennan T. et al., 1991	1117	306	27,4 (24,8—30,0)
Leap L. et al., 1991	1133	280	24,7 (22,2—27,2)
Thomas E. et al., 2000	787	236	30,0 (26,8—33,2)
Метаанализ	3037	822	27,1 (25,5—28,6)

Вероятность причинения тяжелого вреда, наступления инвалидности и смерти при развитии неблагоприятного события

Источник	Число неблагоприятных событий	Тяжелый вред и инвалидность		Смерть	
		абс. число	доля, %	абс. число	доля, %
Wilson R. et al., 1995	2324	315	13,7 (12,3—15,1)	112	4,9 (4,0—5,8)
Thomas E. et al., 2000	787	130	16,6 (13,9—19,1)	52	6,6 (4,9—8,3)
Wanzel K. et al., 2000	144	10	6,9 (2,8—11,1)	2	1,4 (0,5—3,3)
Vincent C. et al., 2001	110	7	6,4 (1,8—10,9)	9	8,2 (3,1—13,3)
Davis P. et al., 2003	850	87	10,2 (8,2—12,3)	38	4,5 (3,1—5,9)
Baker G. et al., 2004	289	14	4,8 (2,4—7,3)	46	15,9(11,7—20,1)
Andrews L. et al., 2006	655	90	13,7 (11,1—16,4)	15	2,3 (1,1—3,4)
Zegers M. et al., 2009	663	33	5,0 (3,3—6,6)	52	7,8 (5,8—9,9)
Landrigan C. et al., 2010	588	67	11,4 (8,8—14,0)	14	2,4 (1,1—3,6)
Метаанализ	6388	753	11,8 (11,0—12,6)	340	5,3 (4,8—5,9)

Таблица 11

Доля неожиданных смертей в структуре госпитальной летальности

Источник	Страна	Частота неожиданных смертей, % (пропорция)	Госпитальная летальность, % (пропорция)	Доля неожиданных смертей в структуре госпитальной летальности, %
Wilson R. et al., 1995	Австралия	0,79 (112 / 14 210)	1,90 (270 / 14 210)	41,5 (35,6—47,4)
Vincent C. et al., 2001	Великобритания	0,89 (9/1014)	—	26,6 (21,8—31,3)
Campbell M. et al., 2011	—	—	3,35 (1 581 358 / 47 172 030)	—
Davis P. et al., 2003	Новая Зеландия	0,58 (38/6579)	—	37,8 (30,0—45,7)
Wilson L., 2015	—	—	4,59 (213/4545)	—
Baker G. et al., 2004	Канада	1,23 (46/3745)	—	34,2 (30,0—38,3)
Canad. Inst. of Health Inf., 2005	—	—	3,60 (109 989 / 3 058 901)	—
Andrews L. et al., 2006	Испания	0,27 (15/5624)	—	20,8 (14,9—26,6)
Aiken L. et al., 2014	—	—	1,3 (283 / 21 520)	—
Zegers M. et al., 2009	Нидерланды	0,66 (52/7926)	—	17,2 (14,0—20,4)
Jarman B. et al., 2010	—	—	3,84 (90 873 / 2 363 332)	—
Makary M. et al., 2016	США	0,71 (251 454 / 35 416 020)	—	34,8 (29,3—40,3)
Hall M. et al., 2013	США	—	2,04 (715 000 / 35 049 019)	—
Метаанализ	—	0,71 (251 778 / 35 455 118)	2,85 (2 497 986 / 87 683 557)	24,9 (23,3—32,1)

Таблица 12

Причины смертности населения США (Makary M. et al., 2016)

Причина смерти, 2013 г.	Число смертей	Доля, %
Болезни сердца и сосудов	614 348	23,6 (23,6—23,7)
Новообразования	591 699	22,8 (22,7—22,8)
Вред, связанный с оказанием медицинской помощи	251 454	9,7 (9,7—9,7)
Хронические болезни органов дыхания	147 101	5,7 (5,6—5,7)
Непреднамеренные повреждения	136 053	5,2 (5,2—5,3)
Инсульт	133 103	5,1 (5,1—5,1)
Осложнения болезни Альцгеймера	93 541	3,6 (3,6—3,6)
Осложнения сахарного диабета	76 488	2,9 (2,9—3,0)
Грипп и пневмония	55 227	2,1 (2,0—2,0)
Болезни почек	48 146	1,8 (1,8—1,9)
Самоубийство	42 773	1,6 (1,6—1,7)
Другие причины	407 060	15,7 (15,6—15,7)
	2 596 993	100,0

инвалидность либо жизнеугрожающее осложнение, требующее интенсивной терапии или большой интервенции. В случае развития неблагоприятного события умирает один из 20 пациентов. Неблагоприятные события являются причиной каждой четвертой смерти в стационаре и каждой десятой смерти в популяции. В структуре смертности населения неожиданные смерти, связанные с оказанием медицинской помощи, занимают третье место после сердечно-сосудистых болезней и новообразований.

Все вышеизложенное позволяет сделать вывод о том, что главным фокусом внимания при оказании

медицинской помощи должна стать ее безопасность. Управление безопасностью в современном здравоохранении предусматривает не только управление качеством используемых медицинских технологий, но и минимизацию влияния опасных факторов (угроз), являющихся системными причинами неблагоприятных событий.

Исследование не имело спонсорской поддержки. Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

## ЛИТЕРАТУРА

1. WHO/World health statistics 2017: monitoring health for the SDGs, Sustainable Development Goals.
2. Кондратова Н. В. Система безопасности и предотвращения ошибок: от авиации к медицине. *Вестник Росздравнадзора*. 2016;(2):22—6.
3. Лудупова Е. Ю. Врачебные ошибки. Литературный обзор. *Вестник Росздравнадзора*. 2016;(2):6—15.
4. Baker G. R., Norton P. G., Flintoft V., Blais R., Brown A., Cox J., et al. The Canadian Adverse Events Study: the incidence of adverse events among hospital patients in Canada. *CMAJ*. 2004 May 25;170(11):1678—86.
5. Davis P, Lay-Yee R., Briant R., Ali W., Scott A., Schug S. Adverse events in New Zealand public hospitals I: occurrence and impact. *NZMJ*. 2002 Dec 13;115(1167):1—9.
6. Zegers M., Bruijnen M. C., Wagner C., Hoonhout L. H. F., Waaijman R., Smits M., et al. Adverse events and potentially preventable deaths in Dutch hospitals: results of a retrospective patient record review study. *Qual. Saf. Health Care*. 2009;18:297—302.
7. Wanzel K. R., Jamieson C. G., Bohnen J. M. A. Complications on a general surgery service: incidence and reporting. *CJS*. 2000 Apr;43(2):113—7.
8. Wilson R. M., Runciman W. B., Gibberd R. W., Harrison B. T., Newby L., Hamilton J. D. The quality in Australian health care study. *Med. J. Aust.* 1995;163:458—71.



Здоровье и общество

9. Andrews J. M., Remon C. A., Burillo J. V., Lopez P. R. National Study on Hospitalisation-Related Adverse Events ENEAS 2005. *Quality Plan of National Health System*. Report Feb 2006.
10. Brennan T. A., Leap L. L., Larid N. M., Hebert L., Localio A. R., Lawthers A. G., et al. Incidence of adverse events and negligence in hospitalized patients: results of the Harvard Medical Practice Study I. *N. Engl. J. Med.* 1991;324:370—6.
11. Thomas E. J., Studdert D. M., Burstin H. R., Orav E. J., Zeena T., Williams E. J. Incidence and types of adverse events and negligent care in Utah and Colorado. *Med. Care.* 2000;38(3):261—71.
12. Leap L. L., Brennan T. A., Nan Laird M. P. H., Lawthers A. G., Localio A. R., Barnes B. A. The Nature of Adverse Events in Hospitalized Patients. Results of the Harvard Medical Practice Study II. *N. Engl. J. Med.* 1991;324:377—84.
13. Vincent C., Neale G., Woloshynowych M. Adverse events in British hospitals: preliminary retrospective record review. *BMJ.* 2001;322(7285):517—9.
14. Deilkas E. T., Bukholm G., Lindstrøm J. C., Haugen M. Monitoring adverse events in Norwegian hospitals from 2010 to 2013. *BMJ Open.* 2015;5:1—6.
15. Makary M. A., Daniel M. Medical error — the third leading cause of death in the US. *BMJ.* 2016;353(3):1—5.
- among hospital patients in Canada. *CMAJ.* 2004 May 25;170(11):1678—86.
5. Davis P, Lay-Yee R., Briant R., Ali W., Scott A., Schug S. Adverse events in New Zealand public hospitals I: occurrence and impact. *NZMJ.* 2002 Dec 13;115(1167):1—9.
6. Zegers M., Bruijine M. C., Wagner C., Hoonhout L. H. F., Waaijman R., Smits M., et al. Adverse events and potentially preventable deaths in Dutch hospitals: results of a retrospective patient record review study. *Qual. Saf. Health Care.* 2009;18:297—302.
7. Wanzel K. R., Jamieson C. G., Bohnen J. M. A. Complications on a general surgery service: incidence and reporting. *CJS.* 2000 Apr;43(2):113—7.
8. Wilson R. M., Runciman W. B., Gibberd R. W., Harrison B. T., Newby L., Hamilton J. D. The quality in Australian health care study. *Med. J. Aust.* 1995;163:458—71.
9. Andrews J. M., Remon C. A., Burillo J. V., Lopez P. R. National Study on Hospitalisation-Related Adverse Events ENEAS 2005. *Quality Plan of National Health System*. Report Feb 2006.
10. Brennan T. A., Leap L. L., Larid N. M., Hebert L., Localio A. R., Lawthers A. G., et al. Incidence of adverse events and negligence in hospitalized patients: results of the Harvard Medical Practice Study I. *N. Engl. J. Med.* 1991;324:370—6.
11. Thomas E. J., Studdert D. M., Burstin H. R., Orav E. J., Zeena T., Williams E. J. Incidence and types of adverse events and negligent care in Utah and Colorado. *Med. Care.* 2000;38(3):261—71.
12. Leap L. L., Brennan T. A., Nan Laird M. P. H., Lawthers A. G., Localio A. R., Barnes B. A. The Nature of Adverse Events in Hospitalized Patients. Results of the Harvard Medical Practice Study II. *N. Engl. J. Med.* 1991;324:377—84.
13. Vincent C., Neale G., Woloshynowych M. Adverse events in British hospitals: preliminary retrospective record review. *BMJ.* 2001;322(7285):517—9.
14. Deilkas E. T., Bukholm G., Lindstrøm J. C., Haugen M. Monitoring adverse events in Norwegian hospitals from 2010 to 2013. *BMJ Open.* 2015;5:1—6.
15. Makary M. A., Daniel M. Medical error — the third leading cause of death in the US. *BMJ.* 2016;353(3):1—5.

Поступила 05.04.2018  
Принята в печать 26.04.2018

REFERENCES

1. WHO/World health statistics 2017: monitoring health for the SDGs, Sustainable Development Goals.
2. Kondratova N. V. The system for safety and prevention of errors: from aviation to medicine. *Vestnik Roszdravnadzora.* 2016;(2):22—6 (in Russian).
3. Ludupova E. Yu. Medical errors. Literature review. *Vestnik Roszdravnadzora.* 2016;(2):6—15 (in Russian).
4. Baker G. R., Norton P. G., Flintoff V., Blais R., Brown A., Cox J., et al. The Canadian Adverse Events Study: the incidence of adverse events

© Коллектив авторов, 2019  
УДК 614.2Щелканов М. Ю.<sup>1,2</sup>, Ярыгина М. В.<sup>1</sup>, Галкина И. В.<sup>1</sup>, Кики П. Ф.<sup>1</sup>**ДИАЛЕКТИЧЕСКИЙ ПОДХОД К БИМЕДИЦИНСКОЙ ЭТИКЕ КАК ОСНОВА ЕЕ ИМПЛЕМЕНТАЦИИ В СОВРЕМЕННЫХ СОЦИОКУЛЬТУРНЫХ УСЛОВИЯХ**<sup>1</sup>ФГАОУ ВО «Дальневосточный федеральный университет», Школа биомедицины, 690922, г. Владивосток;<sup>2</sup>ФГБН «Федеральный научный центр биоразнообразия наземной биоты Восточной Азии» Дальневосточного отделения Российской академии наук, 690022, г. Владивосток

*Наиболее последовательное изложение принципов биомедицинской этики в рамках учебного процесса и корректный анализ ее проблем в контексте стремительного развития и расширения области применения медицинских технологий возможны лишь на основе синтеза философских, культурологических, исторических и религиозных знаний. В противном случае биомедицинская этика подменяется простой деонтологией, утилитарная ценность которой неоспорима, но которая не обладает достаточной универсальностью по отношению к различным историческим периодам и социокультурным условиям. Это становится очевидным в эпоху глобализации, когда государства с различным опытом культурно-исторического развития и уровнем экономического потенциала вынуждены формировать крупные региональные ассоциации в интересах своего устойчивого развития. Однако синтетическая концепция может существовать лишь на базе серьезной гуманитарной подготовки, которую не приходится требовать от медицинского сообщества даже развитых стран в рамках существующих образовательных стандартов. Дialeктический подход, будучи «очищен» от известных идеологических излишеств, мог бы стать компактным, доступным и в то же время универсальным инструментом для формирования целостного взгляда у обучающихся биомедицинской этике, анализа ее проблем и имплементации ее принципов в динамично меняющихся условиях современного общества. Российская Федерация, естественным образом претендующая на роль лидера разнообразных региональных политических структур, в частности в чрезвычайно разнородном и потому очень сложном Азиатско-Тихоокеанском регионе, могла бы предложить зарубежным коллегам общую повестку в области биомедицинской этики, основанную на диалектическом подходе. Площадкой для презентации этой повестки могли бы стать поля Восточного экономического форума, ежегодно проводящегося на базе Дальневосточного федерального университета во Владивостоке.*

**К л ю ч е в ы е с л о в а :** биомедицинская этика; социокультурные условия; проблемы имплементации; диалектический подход.

**Для цитирования:** Щелканов М. Ю., Ярыгина М. В., Галкина И. В., Кики П. Ф. Диалектический подход к биомедицинской этике как основа ее имплементации в современных социокультурных условиях. Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. 2019;27(4):414—417. DOI: <http://dx.doi.org/10.32687/0869-866X-2019-27-4-414-417>

**Для корреспонденции:** Щелканов Михаил Юрьевич, зав. лабораторией экологии микроорганизмов Школы биомедицины ФГАОУ ВО «Дальневосточный федеральный университет», зав. лабораторией вирусологии ФНЦ биоразнообразия наземной биоты Восточной Азии ДВО РАН, e-mail: [adorob@mail.ru](mailto:adorob@mail.ru)

Schelkanov M. Yu.<sup>1,2</sup>, Yarygina M. V.<sup>1</sup>, Galkina I. V.<sup>1</sup>, Kiku P. F.<sup>1</sup>**THE DIALECTIC APPROACH TO BIOMEDICAL ETHICS AS A FOUNDATION OF ITS IMPLEMENTATION IN ACTUAL SOCIAL CULTURAL CONDITIONS**<sup>1</sup>The Far-Eastern Federal University, School of biomedicine, 690922, Vladivostok, Russia;<sup>2</sup>The Federal Research Center of Biodiversity of Terrestrial Biota of Eastern Asia of the Far-Eastern Branch of the Russian Academy of Sciences, 690022, Vladivostok, Russia

*The most consecutive statement of biomedical ethics principles within educational process and the correct analysis of its problems in the context of rapid development and expansion of a scope of medical technologies are possible only on the basis of synthesis of philosophical, culturalological, historical and theological knowledge. Otherwise, biomedical ethics could be substituted for deontology which utilitarian value is indisputable, but which has no sufficient universality in relation to various historical periods and sociocultural conditions. It becomes especially obvious during a globalization era when the states with various experience of cultural-historical development and level of economic potential are forced to create large regional associations for the benefit of the sustainable development. However the synthetic concept can exist only based on serious humanitarian preparation which it isn't necessary to for medical community even of developed countries within the existing educational standards. Dialectic approach, being «cleared» of the known ideological excesses, could become the compact, available and at the same time universal tool for forming of complete view of students on biomedical ethics, the analysis of its problems and implementation of its principles in dynamically changing conditions of modern society. Russian Federation naturally applying for a leader role of various regional political structures, in particular – in extremely diverse and therefore very difficult Asia-Pacific region, could offer foreign colleagues the general agenda in the field of biomedical ethics based on dialectic approach. Fields of Eastern Economic Forum which is annually held on the base of Far Eastern Federal University in Vladivostok could become the platform for the presentation of this agenda.*

**К е y o r d s :** biomedical ethics; social and cultural conditions; problems of implementation; dialectical approach

**For citation:** Schelkanov M. Yu., Yarygina M. V., Galkina I. V., Kiku P. F. The dialectic approach to biomedical ethics as a foundation of its implementation in actual social cultural conditions. *Problemy sotsialnoy gigieny, zdravookhraneniya i istorii meditsiny*. 2019;27(4):414—417 (In Russ.). DOI: <http://dx.doi.org/10.32687/0869-866X-2019-27-4-414-417>

**For correspondence:** Schelkanov M. Yu., the Head of the Laboratory of Ecology of Microorganisms of School of biomedicine of the Far-Eastern Federal University. e-mail: [adorob@mail.ru](mailto:adorob@mail.ru)

**Conflict of interests.** The authors declare absence of conflict of interests.

**Acknowledgment.** The study had no sponsor support

Систематическое изложение любого раздела этики неминуемо связано с необходимостью привлечения и сравнительного анализа научных концепций из области философии, культурологии, истории и религиоведения. В случае преподавания биомедицинской этики студентам медицинских специальностей высших учебных заведений и слушателям циклов постдипломного повышения квалификации, вынужденных уделять значительную часть времени профессиональной деятельности, это требование натывается на ряд серьезных препятствий. Во-первых, обучающиеся по медицинским специальностям не имеют достаточной подготовки (во всяком случае, в рамках предусмотренной в настоящее время учебной нагрузки) для того, чтобы активно формировать целостные научные представления о профессиональной этике на основании многочисленных сведений об эволюции научных взглядов на этику в процессе развития философии. По меткому замечанию E. D. Pellegrino, «Медицина — самая гуманитарная из естественных наук и самая научная из гуманитарных наук» [1; с. 308], а столь широкий синтез наук обладает априорной сложностью для успешного усвоения. Во-вторых, стандартная схема изучения этики, включающая сначала освоение общенаучных основ этой дисциплины и лишь затем — «частной» биомедицинской этики, серьезно усложняет для обучающихся определение границ между экологической, биологической и биомедицинской этикой [2]. В-третьих, усиливающаяся регламентация медицинской деятельности резко увеличивает опасность подмены научного подхода к биомедицинской этике деонтологией (что всегда находит поддержку со стороны как государственных структур, так и неофициальных профессиональных сообществ) [2, 3].

Оптимальным подходом к преподаванию и имплементации биомедицинской этики является формулировка ключевого принципа, порождающего ее закономерности и связи с другими науками и разделами этики.

Начать необходимо с общего утверждения: человеческая жизнь всегда была высшей ценностью. Даже беглый взгляд на историю человечества требует внесения корректировок в этот тезис. Например, высшей ценностью не являлась жизнь древнеримского раба, аборигена в европейских колониях, жителя фашистской Германии «неарийского» происхождения и т. д. (определенной товарной ценностью обладать она могла, но высшей ценностью — нет). Поэтому исходное утверждение лучше переформулировать следующим образом: во всех культурно-исторических формациях существовали социальные страты (как минимум — действующие политические элиты), жизнь представителей которых обладала высшей ценностью. Подавляющее большинство современных государств декларируют включение в число привилегированных все страты общества, однако анализ реального состояния в этой сфере выходит далеко за рамки настоящей работы<sup>1</sup>.

Во все времена развитие медицины происходило в целях обеспечения максимальной продолжитель-

ности и высокого качества жизни представителей указанных выше привилегированных страт. Это порождает противоречие: с одной стороны, медицинская деятельность должна использовать любые средства для достижения заявленной цели, с другой — не нанести ущерба жизни и здоровью. Биомедицинская этика призвана ликвидировать это противоречие, предлагая принципы сочетания передовых медицинских технологий с традиционным гиппократовским «μη βλάπτειν» [4]<sup>2</sup>.

Таким образом, определение в первом приближении может звучать следующим образом: биомедицинская этика — это раздел этики, изучающий принципы согласования противоречия между двумя подходами к человеческой жизни: как к непреложной гуманистической ценности и как к объекту приложения технологий и товарных отношений.

Данная формулировка является следствием более фундаментального определения, восходящего к принципам диалектического материализма. Ф. Энгельс в «Диалектике природы» [5; с. 20; 329—629] в наиболее четкой и последовательной форме выделил социальную и биологическую формы движения материи. Диалектическая сущность биомедицинской этики заключается в устранении противоречий при взаимодействии социальной и биологической форм движения материи. При этом приставку «био» к «медицинской» этике следует рассматривать как неотделимую часть общего термина, в отличие от ее факкультативности в случае простого расширения области деонтологического толкования термина с медицины на всю биологическую науку.

Биомедицинская этика в смысле сформулированного диалектического определения по самой своей сути является антропоцентричной, поскольку высшей социальной формой движения материи является именно человеческое общество. Поэтому любые этические проблемы необходимо разрешать с точки зрения антропоцентризма, который включает в себя и конкретизацию социокультурных условий. При этом в рамках биомедицинской этики антропоцентризм обладает очевидным приватом по отношению к остальным аспектам биоцентризма, что позволяет не утратить целостного восприятия современной медицины, которая в процессе расширения своего методологического арсенала все чаще «размывает» свои исторические, интуитивно понятные контуры и вторгается в сферы, еще в конце прошлого века считавшиеся прерогативой других наук. Например, се-

<sup>1</sup> Здесь можно лишь попутно отметить, что еще во времена бывшего СССР, во второй половине XX в., тезис о доступности качественного медицинского обслуживания справедливо выдвигался в качестве одного из основных преимуществ социалистического строя. Сегодня, в эпоху постмодерна, этот тезис все больше превращается в предмет и даже инструмент внутривнутриполитических дискуссий в развитых странах. Последние примеры такого рода — Obamacare в предвыборные периоды 44-го и 45-го президентов США.

<sup>2</sup> «Не навредить». Гиппократ (Ἱπποκράτης; 460—377 до н.э.) в книге «Эпидемии» пишет: «ἀσκεῖν, περὶ τὰ νοσήματα, δὺο, ὠφέλειον, ἢ μὴ βλάπτειν», т. е. «Врач должен иметь два особых взгляда на болезнь: делать добро, не наносить вреда» [4].

годня стали уже привычными такие словосочетания, как «молекулярная медицина», «ядерная медицина», «медицинские клеточные технологии», «физико-химическая медицина», «телемедицина». Диалектическое понимание биомедицинской этики не только не препятствует ее систематическому изложению как учебной дисциплины, но и существенно облегчает формирование целостной картины биомедицинских принципов через диалектическое понимание процесса исторического развития, а также их имплементации к условиям конкретных общественных отношений.

Из вышесказанного следует, что биомедицинская этика не может быть сведена к одной лишь деонтологии, уставные положения последней могут иметь достаточно ограниченный срок действия. Например, анатомические опыты на трупах людей и животных активно использовались в Древней Греции и Древнем Риме, сохранив в истории медицины имена великих анатомов древности — Эразистрата (Ερασίστρατος), Герофила (Ηρόφιλος), Галена (Γαληνός, Galenus) и др. Однако этический кодекс европейских врачей Средневековья, подкрепленный религиозными запретами и агрессивными действиями «святой инквизиции», не допускал подобные эксперименты, и к ним вернулись лишь в эпоху Возрождения [6—8]. История медицины знает множество подобных примеров. В курсе «Истории медицины» следует четко акцентировать подобное изменение деонтологических принципов для активного использования этих знаний при изучении биомедицинской этики.

Наиболее общие положения деонтологии (наподобие того же гиппократовского  $\mu\eta\ \beta\lambda\acute{\alpha}\lambda\tau\epsilon\upsilon\upsilon$ ) могут быть универсальными и сохранять свою применимость продолжительное время, но их конкретная трактовка может не совпадать в различные периоды развития медицины. Скажем, Гален полагал вполне допустимым проведение экспериментов с использованием тел смертельно раненных гладиаторов [8]. Мало того что оценка характера поражений и отношение их к категории летальных во времена Галена были субъективны, но и сама идея экспериментирования на смертельно раненных в наши дни считается недопустимой. Другой известный пример такого же рода — это изменение отношения к трансплантации органов с конца XIX в. [9]. Сегодня трансплантация органов и тканей *per se* не противоречит биомедицинской этике, но в центре внимания профессионального сообщества оказываются новые этико-правовые проблемы: этического статуса и правообладания органами и тканями умершего человека, насколько морально продление жизни одних людей за счет других в широком смысле, изменяет ли возможность использования органов и тканей умершего человека для трансплантации само этико-философское понимание смерти.

Общественный характер проявлений социальной формы движения материи, которая лежит в основе диалектического понимания биомедицинской этики, обосновывает практику постановки интересов

общества выше интересов отдельного индивида. Классическое положение одного из основоположников социологии, Э. Дюркгейма: «...определяющую причину данного социального факта следует искать среди предшествующих социальных фактов, а не в состояниях индивидуального...» — в полной мере относится и к такому социальному явлению, как процесс распространения эпидемий [10; с. 267]<sup>3</sup>. Классическим примером является необходимость массовой вакцинации, как наиболее эффективного средства профилактики инфекционных заболеваний [11, 12]. Однако во многих развитых странах набирает силу движение отрицания вакцинации, когда на первый план выдвигается тезис о недопустимости вакцинации хотя бы уже в силу возможных поствакцинальных осложнений. Самое опасное заключается в том, что лидерами неформальных сообществ «вакцинонигилистов» часто являются люди с медицинским образованием. Однако этот феномен нельзя назвать неожиданным: профессиональные знания сами по себе, без корректных этических принципов, не только не гарантируют выбор общественных интересов в ущерб частным, но позволяют более грамотно аргументировать противоположный выбор. Это указывает на еще одну важную функцию биомедицинской этики в современном обществе, в котором информационные технологии позволяют деструктивному меньшинству модулировать действия большинства: профилактику образованной реакционно-индивидуалистически настроенной оппозиции по отношению к мероприятиям, направленным на обеспечение общественного здравоохранения.

Совершенствование законодательной базы в области здравоохранения наиболее естественным путем начинается с выявления проблем в области биомедицинской этики. Наиболее очевидным примером подобного рода сегодня является правовой статус еще не родившихся детей. Обсуждение этих проблем должно обязательно учитывать сложившиеся в общественные отношения в их исторической ретроспективе, и именно диалектический подход позволяет осуществить эту программу наиболее логичным образом.

Диалектический подход к биомедицинской этике не просто актуализирует, но настойчиво требует постоянной верификации деонтологических положений в связи с появлением новых социальных институтов и форм проявления их активности в процессе развития общества. В качестве примера можно привести активную дискуссию по поводу допустимости рекламы пластической хирургии или интернет-рейтингов врачей (особенно психиатров) [13].

В последние годы наблюдается появление и активное развитие международных структур, которые прямо или косвенно оспаривают монополию Североатлантического политико-экономического блока

<sup>3</sup> Проблема принадлежности эпидемических процессов к категории социальных явлений заслуживает отдельного обсуждения. В данном случае авторы придерживаются социально-экономической концепции Б. Л. Черкасского [11].

Здоровье и общество

на глобальное управление (например, Большая двадцатка; группа из пяти стран: Бразилия, Россия, Индия, Китай, Южно-Африканская Республика — БРИКС; стратегическое партнерство России и Китая). На региональном уровне также появляется ряд институтов, способных влиять не только на «свой» регион, но потенциально и на глобальные процессы. В первую очередь это Шанхайская организация сотрудничества, Азиатский банк инфраструктурных инвестиций, китайская инициатива «Шелкового пути», Евразийский экономический союз, Всеобъемлющее региональное экономическое партнерство и др. Деятельность этих политико-экономических структур в обязательном порядке рассматривает проблемы и инструменты управления рисками в области безопасности, в том числе биологической безопасности, что неминуемо приводит к необходимости согласования общих представлений в области биомедицинской этики. Российская Федерация, которая не может не претендовать на роль лидера указанных структур, должна располагать на Дальнем Востоке интеллектуальными и материально-техническими возможностями, не уступающими, а лучше — опережающими прочие страны Азиатско-Тихоокеанского региона. Формирование таких региональных «центров превосходства» было анонсировано на различных сессиях II Восточного экономического форума (ВЭФ; Владивосток; 2—3 сентября 2016 г.) как необходимое условие продвижения российских интересов в Азиатско-Тихоокеанском регионе (АТР) [14]. Учитывая значительное разнообразие культурно-исторических оснований развития здравоохранения в странах АТР, именно Российская Федерация могла бы предложить зарубежным коллегам общую повестку в области биомедицинской этики, основанную на диалектическом подходе. Концепция разворачивания сопутствующих мероприятий «на полях ВЭФ» (в первую очередь — Университетского форума «Россия — АСЕАН» [15]), отлично зарекомендовавшая себя в предыдущие годы, предоставляет значительное «окно возможностей» для налаживания диалога с коллегами из стран АТР по гармонизации биомедицинских этических принципов и учебных программ.

Восточная мудрость гласит: «Луна всегда одна, но расцветет сакура — и луна уже другая». Диалектический подход к биомедицинской этике мог бы стать новым фактором сближения стран АТР на современном этапе развития этого стремительно обновляющегося, но дорожающего своими традициями региона.

Работа выполнена при поддержке проекта Дальневосточного федерального университета «Глобальное здравоохранение в социокультурном ландшафте Азиатско-Тихоокеанского региона» (“Global health in social and cultural landscape of the Asia-Pacific region”).

Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

ЛИТЕРАТУРА

1. Pellegrino E. D. The Philosophy of Medicine Reborn. Notre Dame (USA, Indiana): University of Notre Dame Press; 2008.

2. Зильбер А. П. Медицинская этика, деонтология или утилитаризм? Петрозаводск: Изд-во ПетрГУ; 2015.  
3. Konstantinidou M. K., Pavlides P., Fiska A. The first medical ethics and deontology in Europe as derived from Greek mythology. *Hell. J. Nucl. Med.* 2016;19(2):155—8.  
4. Гиппократ. Избранные книги. М.: Сварог; 1994.  
5. Энгельс Ф. Диалектика природы. В кн.: Маркс К., Энгельс Ф. Сочинения. М.: Госполитиздат; 1961.  
6. Бородулин Ф. Р. История медицины. Избранные лекции. М.: Медгиз; 1961.  
7. Russo L. The forgotten revolution: how science was born in 300 BC and why it had to be reborn. Berlin: Springer; 2004.  
8. Ustun C. Galen and his anatomic eponym: Vein of Galen. *Clin Anat.* 2004;17(6):454—7.  
9. Кобяков Д. П. Правовые проблемы трансплантологии. М.; 2000.  
10. Дюркгейм Э. Социология. Ее предмет, метод, предназначение. М.: Канон; 1995.  
11. Черкасский Б. Л. Эпидемиологический диагноз. Л.: Медицина; 1990.  
12. Щелканов М. Ю., Колобухина Л. В., Львов Д. К. Грипп: история, клиника, патогенез. *Лечащий врач.* 2011;(10):33—8.  
13. Kendall L., Botello T. Internet sabotage: negative online reviews of psychiatrists. *Psychiatr. Ann.* 2016;46(12):715—9.  
14. Леженина Т. В., Нгуен К. Х. Второй Восточный экономический форум: анализ новых инвестиционных проектов. *Экономика и управление.* 2016;(8):40—4.  
15. Университетский форум «Россия-АСЕАН» 1—2 сентября 2016 г. в рамках II Восточного экономического форума. Режим доступа: <http://mgimo.ru/about/news/announce/uniform-russia-asean>

Поступила 11.02.2017  
Принята в печать 14.03.2017

REFERENCES

1. Pellegrino E. D. The Philosophy of medicine reborn. Notre Dame (USA, Indiana): University of Notre Dame Press; 2008.  
2. Zil'ber A. P. Medicine ethics, deontology or utility? [*Medicinskaja jetika, deontologija ili utilitarizm?*] Petrozavodsk: Petrozavodsk State University Press; 2015 (in Russian).  
3. Konstantinidou M. K., Pavlides P., Fiska A. The first medical ethics and deontology in Europe as derived from Greek mythology. *Hell. J. Nucl. Med.* 2016;19(2):155—8.  
4. Hippocrates. Elected books [*Izbrannye knigi*]. Moscow: Svarog; 1994 (in Russian).  
5. Engels F. Dialectics of the nature. In.: Marx K., Engels F. Compositions [*Sochinenija*]. Moscow: Gospolitizdat; 1961 (in Russian).  
6. Borodulin F. R. Medicine history. Elected lectures [*Istorija mediciny. Izbrannye lekicii*]. Moscow: Medgiz; 1961 (in Russian).  
7. Russo L. The forgotten revolution: how science was born in 300 BC and why it had to be reborn. Berlin: Springer; 2004.  
8. Ustun C. Galen and his anatomic eponym: Vein of Galen. *Clin Anat.* 2004;17(6):454—7.  
9. Kobayakov D. P. Legal problems of transplantology [*Pravovye problemy transplantologii*]. Moscow; 2000 (in Russian).  
10. Durkheim E. Sociology. Its subject, method, mission [*Sociologija. Ejo predmet, metod, prednaznachenie*]. Moscow: Kanon; 1995 (in Russian).  
11. Cherkasskij B. L. Epidemiological diagnosis [*Jepidemiologicheskij diagnoz*]. Leningrad: Medicina; 1990 (in Russian).  
12. Shchelkanov M. Yu., Kolobukhina L. V., Lvov D. K. Influenza: history, clinics, pathogenesis. *Lechashij Vrach.* 2011;(10):33—8 (in Russian).  
13. Kendall L., Botello T. Internet sabotage: negative online reviews of psychiatrists. *Psychiatr. Ann.* 2016;46(12):715—9.  
14. Lezhenina T. V., Nguyen K. H. The Second East Economic Forum: analysis of new investment projects. *Jekonomika i menedzhment.* 2016;(8):40—4 (in Russian).  
15. University Forum «Russia-ASEAN» September, 1—2, 2016 in the limits of the Second Eastern Economic Forum [*Universitetskij forum "Rossiya" — ACEAH 01—02 sentyabrya v ramkah II Vostochnogo ekonomicheskogo foruma*]. Available from: <http://mgimo.ru/about/news/announce/uniform-russia-asean/>

© Коллектив авторов, 2019  
УДК 614.2Горенков Р. В.<sup>1</sup>, Ефимова А. О.<sup>1</sup>, Орлов С. А.<sup>1</sup>, Розалиева Ю. Ю.<sup>1</sup>, Петюкова О. Н.<sup>2</sup>, Кузякина А. С.<sup>1</sup>**ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ РЕАБИЛИТАЦИОННЫХ МЕРОПРИЯТИЙ ДЛЯ ИНВАЛИДОВ В РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ**<sup>1</sup>ФГАОУ ВО «Первый Московский государственный медицинский университет им. И. М. Сеченова» Минздрава России (Сеченовский Университет), 109004, г. Москва;  
<sup>2</sup>ФГОБУ ВО «Финансовый университет при Правительстве Российской Федерации», 125993, г. Москва

*Совершенствование системы медико-социальной экспертизы и реабилитации инвалидов является одним из основных направлений Концепции долгосрочного социально-экономического развития Российской Федерации до 2020 г. Реализация комплекса абилитационных и реабилитационных мероприятий, охватывающих социальную сферу, в том числе здравоохранение, профессиональную занятость и образование, должна осуществляться в ранние сроки, последовательно, с соблюдением маршрутизации инвалида и носить индивидуальный характер. В работе проведен анализ существующей системы реабилитации инвалидов и определены основные факторы, определяющие ее недостаточную эффективность.*

*Ключевые слова:* реабилитация; абилитация; медико-социальная экспертиза, индивидуальная программа инвалида.

**Для цитирования:** Горенков Р. В., Ефимова А. О., Орлов С. А., Розалиева Ю. Ю., Петюкова О. Н., Кузякина А. С. Оценка эффективности реабилитационных мероприятий для инвалидов в Российской Федерации. Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. 2019;27(4):418—423. DOI: <http://dx.doi.org/10.32687/0869-866X-2019-27-4-344-355>

**Для корреспонденции:** Горенков Роман Викторович, профессор Высшей школы управления здравоохранением, Институт лидерства и управления здравоохранением ФГАОУ ВО «Первый Московский государственный медицинский университет им. И. М. Сеченова», e-mail: [rogorenkov@mail.ru](mailto:rogorenkov@mail.ru)

Gorenkov R. V.<sup>1</sup>, Efimova A. O.<sup>1</sup>, Orlov S. A.<sup>1</sup>, Rozaliev Yu. Yu.<sup>1</sup>, Petiukova O. N.<sup>2</sup>, Kuzyakina A. S.<sup>1</sup>**THE EVALUATION OF EFFICIENCY OF REHABILITATION ACTIVITIES CONCERNING THE DISABLED IN THE RUSSIAN FEDERATION**<sup>1</sup>The Federal State Autonomous Educational Institution of Higher Education «The I. M. Sechenov First Moscow State Medical University» of Minzdrav of Russia, 119991, Moscow, Russia;<sup>2</sup>The Financial University under the Government of the Russian the Russian Federation, 125993, Moscow, Russia

*The system improving of medical and social expertise and rehabilitation is one of the basic concepts of the long-term socio-economic development of Russian Federation until 2020. The implementation of a complex of habilitation and rehabilitation measures covering the social sphere, including health care, professional employment and education, should be carried out at an early date, consistently with respect to the routing of the disabled and be individual in nature. The result of research, the main factors that determine its lack of effectiveness were identified.*

*Keywords:* rehabilitation, habilitation, medical and social expertise, individual rehabilitation program for the disabled.

**For citation:** Gorenkov R. V., Efimova A. O., Orlov S. A., Rozaliev Yu. Yu., Petiukova O. N., Kuzyakina A. S. The evaluation of efficiency of rehabilitation activities concerning the disabled in the Russian Federation. *Problemy sotsialnoy gigieny, zdorovookhraneniya i istorii meditsiny*. 2019;27(4):418—423 (In Russ.). DOI: <http://dx.doi.org/10.32687/0869-866X-2019-27-4-418-423>

**For correspondence:** Gorenkov R. V., professor of the High School of Health Care Management of I. M. Sechenov First Moscow State Medical University. e-mail: [rogorenkov@mail.ru](mailto:rogorenkov@mail.ru)

**Conflict of interests.** The authors declare absence of conflict of interests.

**Acknowledgment.** The study had no sponsor support

Received 02.04.2019  
Accepted 03.04.2019**Введение**

В Конвенции «О правах инвалидов» (далее — Конвенция) указано на необходимость проведения для инвалида комплекса абилитационных (АМ) и реабилитационных (РМ) мероприятий, услуг, программ, которые охватывают социальную сферу, в том числе здравоохранение, профессиональную занятость и образование. Реализация этих мероприятий должна осуществляться в ранние сроки, последовательно, с соблюдением маршрутизации инвалида и носить индивидуальный характер. Указанные мероприятия должны быть доступны для инвалидов, максимально соответствовать их нуждам. Конечной целью этих мероприятий является полно-

ценное вовлечение и включение инвалидов во все сферы жизни общества [1].

В России Конвенция ратифицирована 15 мая 2012 г. Это накладывает на государство большую ответственность за реализацию прав для полноценной жизни инвалидов, а также членов их семей в обществе. На первом этапе это потребовало создания научно обоснованных подходов к оценке проведения медико-социальной экспертизы (МСЭ), определения эффективности проведения РМ и АМ, приведения законодательства Российской Федерации в соответствие с основными положениями Конвенции, а в дальнейшем — внедрения этого законодательства в практику, создания организационных структур для решения вопросов инвалидов, кадров, профессио-

Здоровье и общество

нальной переподготовки специалистов, участвующих в реализации мероприятий для инвалидов, создания доступной среды для инвалидов.

**Основные понятия о реабилитационно-абилитационных мероприятиях.** Центральным звеном для полноценного вовлечения инвалида во все аспекты жизни общества является проведение комплекса РМ и АМ.

На государственном уровне дано определение реабилитации инвалидов — это комплекс мероприятий, направленных на полное или частичное восстановление способностей инвалидов к бытовой, общественной, профессиональной и иной деятельности (ст. 9 ФЗ от 24.11.1995 г. № 181-ФЗ). Данное определение соответствует критериям реабилитации, представленным в документах Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ).

Введено понятие абилитации инвалидов — это активный процесс формирования отсутствовавших у инвалидов способностей к бытовой, общественной, профессиональной и иной деятельности. РМ и АМ представляют собой единый процесс достижения инвалидом материальной независимости и интеграции в общество. Доктринальные подходы к РМ и АМ во всем мире, в том числе в России, изменились. Ранее, до 1970-х годов, реабилитация фактически включала только медицинские аспекты. В настоящее время понятия РМ и АМ значительно расширились.

В соответствии с классификацией ВОЗ, реабилитация включает проведение мероприятий по следующим основным направлениям:

- медицинская реабилитация — реконструктивная хирургия, протезирование и ортезирование, санаторно-курортное лечение;
- профессиональная ориентация — общее и профессиональное образование, профессиональное обучение, содействие в трудоустройстве (в том числе на специальных рабочих местах);
- производственная адаптация;
- социально-средовая, социально-педагогическая, социально-психологическая и социокультурная реабилитация, социально-бытовая адаптация;
- физкультурно-оздоровительные мероприятия, спорт.

В России РМ и АМ по всем параметрам совпадают с классификацией ВОЗ и дополнительно выделены физкультурно-оздоровительные мероприятия и спорт.

**Требования к реабилитационным и абилитационным мероприятиям и оценка их выполнения.** При анализе литературы можно выделить две системы оценки РМ и АМ. Первая из них — это оценка системы в целом. Вторая — оценка разработки и выполнения индивидуальной программы реабилитации/абилитации (ИПРА) инвалида.

ВОЗ признаны единые критерии оценки системы реабилитации, включающие:

1. Наиболее раннее начало проведения РМ и АМ.

В России мероприятия по раннему началу реабилитации в основном относятся к медицинской реабилитации и совпадают с началом лечения острых и хронических заболеваний. Некоторые исследователи считают необходимым начало медицинской реабилитации при острых заболеваниях с первого дня лечения. При хронических заболеваниях объектами ранней медицинской реабилитации должны являться лица с потенциальным развитием стойких последствий болезни, а не с уже имеющимися такими последствиями.

Если пациенту угрожает инвалидность, то мероприятия по реабилитации фактически являются профилактикой инвалидности. В развитых западных странах существует детализированная система неонатального скрининга и последовательная система наблюдения за здоровьем ребенка. Эксперты ВОЗ оценивают такие мероприятия как профилактику инвалидности и отделяют ее от реабилитации. В этом случае реабилитации инвалида речь идет уже не столько о медицинской реабилитации, сколько о реабилитации в целом, предусматривающей медицинский, профессиональный и социальный аспекты.

### 2. Непрерывность реабилитации.

Подразумевает начало в процессе медицинского лечения. После лечения сразу следует профессиональная реабилитация (ПР). После ПР инвалид сможет сразу же начать работать. При нарушении непрерывности реабилитации/абилитации инвалид привыкает к пассивному образу жизни и трудно интегрируется в общество.

### 3. Принцип этапности РМ и АМ и преемственности.

Этапность охватывает все направления РМ и АМ с определенной последовательностью. Фактически это и есть маршрутизация инвалида. Она включает в себя стационарный, санаторно-курортный и амбулаторный этапы. Стационарный этап реабилитации может включать специализированные отделения федерального, областного и районного уровня. Санаторно-курортный этап также относится к специализированному уровню. На амбулаторном уровне специализированная реабилитация может осуществляться в консультативно-диагностических центрах, многопрофильных поликлиниках.

Неспециализированная реабилитация осуществляется в поликлиниках первого уровня. Следует отметить важность реабилитации в первичном звене здравоохранения, домашних условиях, т. е. по месту проживания, так как инвалид именно в этих условиях проводит почти все свое время. Данный этап реабилитации в России не развит.

В Российской Федерации не соблюдается в полном объеме этапность реабилитации — даже при проведении медицинской реабилитации, не говоря уже об аспектах единого реабилитационного процесса (медицинская, профессиональная, социальная реабилитация). Во многом это связано с отсутствием единой информационной системы, которая еще недостаточно внедрена в медицинских учреждениях.

Реабилитация в странах Европейского Союза, Великобритании выглядит как определенная последовательность этапов. Наиболее наглядной представляется этапность реабилитации в Великобритании [2]:

- реабилитационные мероприятия проводятся в специализированных медицинских отделениях федерального уровня при острых тяжелых заболеваниях, данные мероприятия финансируются за счет федерального бюджета;
- включает специализированные лечебно-реабилитационные мероприятия на региональном или местном уровне, как правило, вследствие заболеваний в виде стойкого нарушения функций систем и органов; данные мероприятия могут финансироваться за счет бюджетов всех уровней;
- реабилитация, которая также относится к специализированной, включает восстановление отдельных специфических функций, имеющих социально важное значение для пациента (инвалида): функция речи, функция движений (последствия травм, заболевания позвоночника, нервной системы); данные мероприятия финансируются из бюджета органов местного самоуправления;
- реализуются уже вне стен медицинских учреждений и относятся к неспециализированным формам реабилитации, но проходят с участием обученных специалистов;
- проводятся мероприятия по определенным направлениям: общества, клубы, семинары, занятия (например, танцевальные клубы, занятия туризмом, определенные виды спорта); финансирование происходит за счет личных средств, средств семьи, пожертвований граждан, общественных организаций, религиозных сообществ и т. д.;
- использование объектов инфраструктуры: места для отдыха, парки, театры, культурные мероприятия, спортивные площадки; объекты создаются и их доступность обеспечивается органами местного самоуправления. Их использование происходит за счет личных средств или средств благотворительных организаций.

#### 4. Принцип комплексного подхода.

Этот принцип должен проявляться на любых этапах РМ и АМ инвалидов. Так, на этапе медицинской реабилитации используются терапевтические, хирургические, ортопедические методы лечения, лечебная физкультура, физиотерапия и массаж. В более широком смысле комплексность достигается командой, в которую входят медицинские работники, социологи, психологи, педагоги, представители органов социального обеспечения, общественные организации, профсоюзы.

#### 5. Индивидуальный подход.

При индивидуальном подходе учитываются особенности инвалида, его реабилитационный потенциал в медицинском, профессиональном, социальном, бытовом плане. В России индивидуальный под-

ход реализуется в составлении ИПРА, которая ориентирована на конкретную личность. ИПРА инвалида составляет сотрудник федерального бюро МСЭ, который может привлекать к составлению плана других специалистов. В западных странах инвалид или родители ребенка-инвалида обязаны принимать участие в составлении ИПРА, вносить дополнительные мероприятия. При составлении ИПРА в западных странах учитывается и бюджет семьи.

6. Активное вовлечение инвалида в процесс реабилитации.

Наиболее успешно этот принцип реализуется в коллективах. Примерами таких коллективов являются общество слепых, параолимпийское спортивное общество, общество больных сахарным диабетом. За рубежом в процессе реабилитации инвалидов активное участие принимает сам инвалид, его семья, различные общины, органы местного самоуправления [3]. На всех этапах реабилитации с инвалидами и их семьями работает комплексная бригада специалистов. Их информируют о правах и обязанностях, возможностях РМ и АМ, предлагают варианты, удобные формы их реализации. Например, дата и время встречи устанавливаются инвалидом или родителями ребенка-инвалида [4].

7. Единый подход к оценке реабилитационных мероприятий и контролю за их эффективностью.

Единый подход предполагает создание и утверждение стандартов оценки реабилитационных мероприятий, постоянный их мониторинг и контроль. Для этого необходимо создание информационной системы, которая включала бы данные об объеме проводимых РМ и АМ и их оценку. Такая система фактически не создана ни в одной стране мира. Установлены лишь общие принципы оценки РМ и АМ. Это объясняется множеством причин. В частности, во многих странах значительную роль в финансировании играют органы местного самоуправления, общественные организации, страховые компании, собственные средства инвалидов. Разработаны программные продукты для оценки качества реабилитационных мероприятий. При этом пациенты могут с ними ознакомиться и принять участие в обсуждении и корректировке [2].

**Классификации для проведения индивидуальной реабилитационно-абилитационной экспертной оценки.** В международной практике используются следующие классификации для проведения реабилитационно-абилитационной экспертной оценки:

1. Международная классификация нарушений, ограничения жизнедеятельности и социальной недостаточности (МКН) — International Classification of Impairment, Disabilities and Handicaps (ICIDH), разработанная в 1980 г.

2. В 2001 г. МКН дополнена Международной классификацией функционирования, ограничения жизнедеятельности и здоровья (МКФ) — International Classification of Functioning, Disabilities and Health (ICF) [5]. МКФ наиболее применима в оценке эффективности медицинской, профессио-



## Здоровье и общество

нальной и социальной реабилитации инвалидов и качества их жизни в динамике, до и после реабилитационного воздействия [6—8].

В России МСЭ проводится в соответствии с приказом Минтруда России от 17.12.2015 г. № 1024н, в котором утверждены новые классификации и критерии, используемые при осуществлении МСЭ, в том числе количественная система оценки степени выраженности стойких нарушений функций организма человека, обусловленных заболеваниями, последствиями травм или дефектами (в процентах, применительно к клинико-функциональной характеристике стойких нарушений функций организма человека).

В приказе Министерства труда и социальной защиты от 13.06.2017 г. № 486н дополнительно впервые введены данные об основных видах стойких нарушений функций организма человека, т. е. выполнена первая часть перечня МКФ. Вместе с тем МКФ не внедрена в части, касающейся активности инвалида и его участия в общественной жизни. В целях формирования единых подходов к применению классификаций и критериев при осуществлении МСЭ во исполнение приказа Минтруда России от 24.03.2016 г. № 131 главными бюро МСЭ субъектов Российской Федерации проводится ежемесячный мониторинг применения классификаций и критериев в экспертных подразделениях для их совершенствования и устранения дефектов.

Однако до сих пор нет единой информационной системы по обмену данными между указанными организациями. Имеются данные и о серьезных нарушениях при проведении МСЭ специалистами главных бюро МСЭ субъектов Российской Федерации по назначению дополнительных исследований, изменению клинического диагноза, что не входит в функции этих учреждений, отсутствует и лицензия на данный вид деятельности [9].

В связи с этим необходимо более тесное взаимодействие медицинских организаций с главными бюро МСЭ на основе современных информационных технологий, что позволит избежать задержки решений, конфликтов с пациентами и улучшит качество заключений и последующих РМ и АМ. Достижение поставленной цели возможно при решении задачи создания условий для объективизации оценок ограничений жизнедеятельности инвалидов, потребностей инвалидов в различных видах социальной защиты, включая реабилитацию, для чего необходимо разработать новые классификации, используемые при осуществлении МСЭ с учетом МКФ.

**Разработка ИПРА инвалида и оценка ее выполнения.** ИПРА инвалида — это комплекс оптимальных для инвалида РМ и АМ, направленных на восстановление, компенсацию нарушенных функций организма, формирование, восстановление, компенсацию способностей инвалида к выполнению определенных видов деятельности. Разработка ИПРА определяется ст. 11 ФЗ от 24.11.1995 г. № 181: право на получение услуг в области реабилитации/абилитации имеет каждый человек независимо от пола,



Схема следования инвалида за реализацией индивидуальной программы реабилитации/абилитации.

возраста, социально-экономического статуса, диагноза и принадлежности к этнической группе.

Мероприятия, включенные в ИПРА инвалида, проводятся бесплатно, а их перечень утвержден распоряжением Правительства РФ от 30.12.2005 г. № 2347р и включает в себя следующие виды:

- восстановительную терапию (включая лекарственное обеспечение при лечении заболевания, ставшего причиной инвалидности);
- реконструктивную хирургию (включая лекарственное обеспечение при лечении заболевания, ставшего причиной инвалидности);
- санаторно-курортное лечение, предоставляемое при оказании государственной социальной помощи в виде набора социальных услуг;
- протезирование и ортезирование, предоставление слуховых аппаратов;
- обеспечение профессиональной ориентации инвалидов (профессиональное обучение, переобучение, повышение квалификации).

ИПРА является обязательной для исполнения соответствующими органами государственной власти, органами местного самоуправления, а также организациями независимо от организационно-правовых форм и форм собственности и лежит в основе комплексной реабилитации инвалидов, отражает стратегию реабилитации на весь период до следующего освидетельствования.

ИПРА определяет реабилитационный маршрут инвалида, виды, формы и объемы реабилитационных мероприятий, устанавливает сроки проведения, конкретных исполнителей и критерии эффективности. (см. рисунок).

Разработка ИПРА инвалида (ИПРА ребенка-инвалида) осуществляется специалистами бюро МСЭ с учетом рекомендуемых мероприятий по медицинской реабилитации или абилитации, указанных в направлении на МСЭ, выданном организацией, оказывающей медицинскую помощь гражданам. Работники бюро МСЭ могут привлекать к составлению ИПРА других специалистов (врачей, социальных работников, психологов), при этом четких правил не существует.

Приказом Минтруда России от 13.06.2017 г. № 486 н «Об утверждении Порядка разработки и реализации индивидуальной программы реабилитации или абилитации инвалида, индивидуальной программы реабилитации или абилитации ребенка-инвалида, выдаваемых федеральными государственными учреждениями медико-социальной экспертизы, и их форм» утвержден новый порядок разработки и реализации ИПРА инвалидов. В различных диссертационных работах, монографиях, научных статьях рекомендуется применять следующие виды оценки ИПРА: оценивать в баллах параметры ограничений основных категорий жизнедеятельности и основные виды нарушений функций организма до и после проведения реабилитационных мероприятий, проводить анкетирование, оценивать качество реабилитационных услуг, оценивать деятельность учреждений, оказывающие реабилитационные услуги.

Оценка результатов мероприятий ИПРА инвалида по «функциональным классам» представляется наиболее удобной [10].

Функциональный класс (ФК) отражает состояние функции параметра. ФК удобно оценивать по 5-балльной шкале, принятой за 100%. ФК=0 характеризует начальное состояние параметра, ФК=1 — легкое его нарушение (до 25%), ФК=2 — умеренное (от 26 до 50%), ФК=3 — значительное (от 51 до 75%), ФК=4 — резко выраженное или полное нарушение данного параметра (от 76 до 100%).

Преимуществами ФК являются универсальность этого понятия, возможность цифрового выражения и краткость, что более удобно, чем словесное ранжирование степени нарушения: достигнутый уровень реабилитации (оценка ФК передвижения, самообслуживания, ориентации, общения, трудоспособности, нервно-психической напряженности), собственно эффект реабилитации в баллах — разность ФК до и после цикла реабилитации.

### Заключение

В Российской Федерации в связи с ратификацией Конвенции «О правах инвалидов» в целом проведена большая работа по приведению законодательства в соответствие с основными ее положениями, к внедрению этого законодательства в практику. Созданы организационные структуры для решения вопросов инвалидов, кадров, профессиональной переподготовки специалистов, участвующих в реализации мероприятий для инвалидов, в рамках программы решаются вопросы создания доступной среды для инвалидов и т. д. Утверждены основные приказы, разработаны инструкции, реализуется государственная программа «Доступная среда» на 2011—2020 гг.

Вместе с тем нормативно-правовая база по проведению МСЭ требует доработки и уточнения в части объективизации установления признаков инвалидности. Это сказывается на качестве проведения МСЭ, разработки ИПРА инвалидов и последующей оценки проведенных реабилитационных мероприятий. Не в полном объеме внедрена МКФ в части, касающейся активности инвалида и его участия в об-

щественной жизни. Проведена большая работа по межведомственному взаимодействию в части проведения реабилитационных мероприятий, маршрутизации инвалида, что представлено в приказах, концепции, различных инструкциях. Однако не создана единая информационная система индивидуально по каждому инвалиду. Это создает значительные трудности в своевременном проведении РМ и АМ, маршрутизации инвалида. В связи с этим отсутствует целостная система мониторинга за эффективностью выполнения реабилитационных мероприятий.

Таким образом, недостатки в решении проблем МСЭ, комплексной реабилитации инвалидов носят системный характер. Устранение этих проблем возможно только в результате поэтапного совершенствования системы МСЭ и реабилитации инвалидов.

Исследование не имело спонсорской поддержки.  
Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

### ЛИТЕРАТУРА

1. Конвенция о правах инвалидов. ООН, 2006. Режим доступа: [http://www.un.org/ru/documents/decl\\_conv/conventions/disability.shtml](http://www.un.org/ru/documents/decl_conv/conventions/disability.shtml) (дата обращения: 20.10.2018).
2. NHS England. Commissioning guidance for rehabilitations; 2016. Режим доступа: <https://www.england.nhs.uk/publication/commissioning-guidance-for-rehabilitation/> (дата обращения: 29.05.2018).
3. Юнусов Ф. А., Гайгер Г., Микус Э. Организация медико-социальной реабилитации за рубежом. М.: Издательство Общероссийского фонда «Социальное развитие России»; 2004. Режим доступа: <http://www.fontanka.ru/2016/10/06/113/?feed> (дата обращения 18.10.2018).
4. Реабилитация на уровне отдельных сообществ: деятельность ВОЗ. Режим доступа: <http://www.who.int/disabilities/cbr/activities/ru> (дата обращения 20.10.2018).
5. World Health Organization. International Classification of Functioning, Disability and Health: ICF. Geneva: WHO; 2001.
6. Шостка Г. Д., Коробов М. В., Шабров А. В. (ред.). Международная классификация функционирования, ограничений жизнедеятельности и здоровья (краткая версия). СПб.: СПбИУВЭК; 2003.
7. Коробов М. В. Международная классификация функционирования, ограничений жизнедеятельности и здоровья: основные положения: учебно-методическое пособие. СПб.: СПбИУВЭК; 2011.
8. Орлова Г. Г. Роль и значение международной классификации функционирования, ограничений жизнедеятельности и здоровья (МКФ) в организации должной профилактической помощи населению. *Фундаментальные исследования*. 2013;(3):358—61.
9. Пузин С. Н., Меметов С. С., Шургая М. А. Аспекты реабилитации и абилитации инвалидов на современном этапе. *Медико-социальная экспертиза и реабилитация*. 2016;19(1). doi: 10.18821/1560-9537-2016-19-1-4-7
10. Пузин С. Н., Рычкова М. А. (ред.). Медико-социальная деятельность. М.: ГЭОТАР-Медиа; 2017.

Поступила 02.04.2019  
Принята в печать 03.04.2019

### REFERENCE

1. Convention on the Rights of Persons with Disabilities [*Konvencija o pravah invalidov*]. UN; 2006. Available from: [http://www.un.org/ru/documents/decl\\_conv/conventions/disability.shtml](http://www.un.org/ru/documents/decl_conv/conventions/disability.shtml) (appeal date: 10/20/2018).
2. NHS England. Commissioning guidance for rehabilitations; 2016. Available from: <https://www.england.nhs.uk/publication/commissioning-guidance-for-rehabilitation/> (appeal date: 05.29.2018).
3. Yunusov F. A., Geiger G., Mikus E. Organization of Medical and Social Rehabilitation Abroad [*Organizaciya mediko-social'noj reabilitacii za rubezhom*]. Moscow: Izdatel'stvo Obshcherossiyskogo Fonda «Soc. razvitie Rossii»; 2004. Available from: <http://www.fontanka.ru/2016/10/06/113/?feed> (circulation date 10/18/2018) (in Russian).

Здоровье и общество

4. Rehabilitation at the level of individual communities: WHO's activities [Reabilitaciya na urovne otdel'nyh soobshchestv: deyatel'nost' VOZ]. Available from: <http://www.who.int/disabilities/cbr/activities/ru> (appeal date 10/20/2018).
5. World Health Organization. International Classification of Functioning, Disability and Health: ICF. Geneva: WHO; 2001.
6. Shostka G. D., Korobova M. V., Shabrova A. V. (eds). International Classification of Functioning, Disability and Health (short version) [Mezhdunarodnaya klassifikaciya funkcionirovaniya, ogranichenij zhiznedeyatel'nosti i zdorov'ya (kratkaya versiya)] St. Petersburg: SPbIWEC; 2003 (in Russian).
7. Korobov M. V. International Classification of Functioning, Disability and Health: Fundamentals: Teaching Aid [Mezhdunarodnaya klassifikaciya funkcionirovaniya, ogranichenij zhiznedeyatel'nosti i zdorov'ya: osnovnye polozeniya: uchebno-metodicheskoe posobie]. St. Petersburg: SPbIWEC; 2011 (in Russian).
8. Orlova G. G. The role and importance of the international classification of functioning, disability and health (ICF) in the organization of proper preventive care to the population. *Fundamental'nye issledovaniya*. 2013;(3):358—61 (in Russian).
9. Puzin S. N., Memetov S. S., Shurgaya M. A. Aspects of rehabilitation and habilitation of persons with disabilities at the present stage. *Mediko-social'naya ehkspertiza i reabilitaciya*. 2016;19(1). doi: 10.18821/1560-9537-2016-19-1-4-7 (in Russian).
10. Puzin S. N., Rychkova M. A. (eds). Medico-social activities [Mediko-social'naya deyatel'nost']. Moscow: GEOTAR-Media; 2017 (in Russian).

© Коллектив авторов, 2019  
УДК 614.2**Баженова С. А., Данилова Л. Г., Четошникова Л. А.****МАРКЕТИНГ АНТИВОЗРАСТНЫХ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ В ЭСТЕТИЧЕСКОЙ МЕДИЦИНЕ**

Новороссийский филиал ФГОБУ ВО «Финансовый университет при Правительстве Российской Федерации», 353900, г. Новороссийск

*Статья определяет основные тенденции рынка медицинских антивозрастных услуг и перспектив эстетической медицины. Приведены данные исследования по влиянию контекстной рекламы в социальных сетях на принятие решения пациентами среднего и пенсионного возраста о применении антивозрастной косметологии и предоставлении косметических услуг эстетического характера.*

*Проведен анализ основных опций интернет-рекламы медицинского характера по антивозрастной тематике. Описана разработанная для медицинских коммерческих организаций методика анализа антивозрастных медицинских процедур в аспекте эстетической медицины и поиска необходимой информации по антивозрастной медицине в социальных сетях. Сделаны выводы об основных тенденциях и направлениях развития антивозрастной эстетической медицины в мире и в России.*

*В статье сделан вывод о том, что важным фактором, влияющим на медицинский рынок услуг эстетической медицины, является снижение потребительской активности и платежеспособности населения, что требует пересмотра ценовой и ассортиментной политики клиник.*

**К л ю ч е в ы е с л о в а :** эстетическая медицина; платные услуги в медицине; антивозрастная медицина; медицинская реклама в социальных сетях; влияние рекламы на выбор антивозрастной процедуры.

**Для цитирования:** Баженова С. А., Данилова Л. Г., Четошникова Л. А. Маркетинг антивозрастных медицинских услуг в эстетической медицине. Проблемы социальной гигиены здравоохранения и истории медицины. 2019;27(4):424—428. DOI: <http://dx.doi.org/10.32687/0869-866X-2019-27-4-424-428>

**Для корреспонденции:** Баженова Светлана Анатольевна, канд. экон. наук, доцент кафедры «Экономика, финансы и менеджмент», e-mail: serena24@yandex.ru

**Bajenova S. A., Danilova L. G., Chetoshnikova L. A.****THE MARKETING OF ANTI-AGING SERVICES IN AESTHETIC MEDICINE**

The Novorossiysk Branch of The Federal State Educational Budget Institution of Higher Education «The Financial University under the Government of the Russian Federation», 353900, Novorossiysk, Russia

*The article defines the main trends of the market of medical anti-aging services and prospects of aesthetic medicine. The paper presents the data of research on the impact of contextual advertising in social networks on the decision of patients of middle and retirement age on the use of anti-aging cosmetology and treatment for the provision of cosmetic services of an aesthetic nature.*

*The article presents the analysis of the main options of Internet advertising of a medical nature for anti-aging subjects, in addition, describes the methodology that is developed for commercial medical organizations, and analysis of anti-aging medical procedures in the aspect of aesthetic medicine and the search for the necessary information on anti-aging medicine in social networks. The article draws an important conclusion that an important factor affecting the medical market of aesthetic medicine services is the decrease in consumer activity and solvency of the population, which requires a revision of the price and assortment policy of clinics.*

*The article demonstrates the results of obtaining valuable data on popular requests and effective advertising sources, conversion into circulation from different advertising channels and from different devices, the activity of consumers of medical aesthetic services during the week and day. Special attention was paid to the advertising of anti-aging aesthetic medicine in social networks.*

**К e y w o r d s :** aesthetic medicine, paid services in medicine, anti-aging medicine, medical advertising in social networks, the impact of advertising on the choice of anti-aging treatments.

**For citation:** Bajenova S. A., Danilova L. G., Chetoshnikova L. A. The marketing of anti-aging services in aesthetic medicine. *Problemy sotsialnoy gigieny, zdravookhraneniya i istorii meditsiny*. 2019;27(4):424—428 (In Russ.). DOI: <http://dx.doi.org/10.32687/0869-866X-2019-27-4-424-428>

**For correspondence:** Bajenova S. A., candidate of economic sciences, associate professor of the Chair of Economic, Finances and Management of the Novorossiysk Branch of The Federal State Educational Budget Institution of Higher Education «The Financial University under the Government of the Russian Federation». e-mail: serena24@yandex.ru

**Conflict of interests.** The authors declare absence of conflict of interests.

**Acknowledgment.** The study had no sponsor support

Received 11.03.2019  
Accepted 03.04.2019**Введение**

В последние годы косметология перешла из разряда бытовых услуг в разряд медицинской науки. В России введена специальность «врач-косметолог». На первый план выходит доказательная медицина как база для появления и обоснования новых методов коррекции [1—3]. Современный тренд врача-косметолога — уйти от ремесленничества к клиниче-

скому мышлению. Лидирующее положение в методиках занимают принципы регенеративной медицины.

Медицинская помощь по профилю «Косметология» включает комплекс лечебно-диагностических и реабилитационных мероприятий, направленных на сохранение и восстановление структурной целостности и функциональной активности покровных тканей человеческого организма (п. 2 Порядка ока-

## Здоровье и общество

заявления медицинской помощи по профилю «Косметология», утвержденного Приказом Минздравсоцразвития России от 18.04.2012 г. № 381н). Распространенным профилем медицинских услуг, оказываемых в учреждениях косметологии и эстетической медицины, являются услуги по физиотерапии, к которым относится основная часть применяемых на рынке аппаратных методов. Медицинскую косметологию следует отличать от косметических процедур — мероприятий, применяемых с целью личной гигиены и коррекции косметических недостатков средствами декоративной или «уходовой» косметики. Их использование не является лечебным и происходит без нарушения кожного покрова и иных способов вмешательства в организм, что не требует медицинского контроля. Такие услуги могут оказываться учреждениями коммунально-бытового назначения (салонами красоты, парикмахерскими) [4, 5].

### Обзор нормативно-правовых источников

В 2014 г. был нормативно установлен перечень бытовых косметологических услуг. Такие услуги, как массаж, в том числе тайский, ультразвуковая чистка, эпиляция, которые классифицировались Росздравнадзором как медицинские услуги, отнесены ГОСТами к бытовым. Это позволяет различным медицинским учреждениям вести свою деятельность, не отягощая себя бременем оперативной нагрузки, которую подразумевает медицинская лицензия. В 2015 г. была введена новая форма медицинской карты для клиник косметологии — 025у. Ее применение доказало, что карта не соответствует специфике работы по профилю «Косметология». Осенью 2015 г. Минздрав подтвердил целесообразность разработки специализированной карты. В июле 2015 г. вышел приказ Минздрава России № 422ан «Об утверждении критериев оценки качества медицинской помощи», в том числе при оказании услуг эстетической медицины и косметологии. Меньше чем через год вышел приказ Минздрава России № 520, который структурно упорядочил информацию предыдущих документов, а также ввел по некоторым областям не просто общие требования, но расписал протоколы ведения пациентов. Главным критерием доказательства качества услуг стала правильность отражения оказанных услуг в медицинской документации [6, 7]. С 1 января 2016 г. началась аккредитация специалистов по стоматологии и фармации, с 2017 г. — для специалистов в области образования «Здравоохранение и медицинские науки» (уровень специалитета), с 2018 г. аккредитация прошла для среднего медицинского персонала и специалистов уровня ординатуры.

Специальность «Косметология» входит в группу «Здравоохранение и медицинские науки», и для тех, кто уже имеет специальность «Косметология», аккредитация прошла с 1 января 2016 г. Если же специальность «Косметология» получается впервые, то аккредитация специалистов началась в 2018 г., потому что уровень квалификации врача-косметолога сейчас установлен на уровне ординатуры. Важно пони-

мать, что аккредитация проходит в плановом порядке, и если есть действующий сертификат на текущий момент, то до его окончания аккредитацию получать не требуется [8, 9].

### Материалы и методы

В исследовании применена методика, которая разработана для медицинских коммерческих организаций, анализа антивозрастных медицинских процедур в аспекте эстетической медицины и поиска необходимой информации по антивозрастной медицине в социальных сетях. Методы исследования: статистический, аналитико-нормативный, экспертных оценок, контент-анализ. Изучены данные крупных медицинских центров по Москве, проанализированы более 1 млн звонков, 20 млн посещений и десятки тысяч поисковых запросов, по которым пользователи обращаются в клиники [10—12].

Установлено, что одним из важных факторов, влияющих на медицинский рынок услуг эстетической медицины, является снижение потребительской активности и платежеспособности населения. Это привело к резкому снижению спроса на уходовые процедуры и поиску более дешевых услуг в аппаратной и инъекционной косметологии. На рынке инъекционной косметологии неизменными по цене и объему услуг остались только ботулотоксины. Общая тенденция по филлерам и биоревитализантам — поиск недорогих средств. В аппаратной же косметологии основным механизмом является ценовой демпинг. Важным фактором, существенно повлиявшим на рынок, является ужесточение ответственности, вплоть до уголовной, за незаконный оборот изделий медицинского назначения в эстетической медицине. Это резко уменьшило количество незарегистрированных инъекционных препаратов и недорогого оборудования без регистрационного удостоверения (РУ) Минздрава [9, 13, 14].

Снижение курса рубля привело к удорожанию оборудования с РУ, сделав приобретение нового оборудования для клиник практически невозможным. Но даже те клиники, у которых это оборудование есть, испытывают сложности при его эксплуатации: сменные комплектующие отсутствуют у дистрибьюторов, приводя при их замене к простоям до 3 мес.

Общая тенденция последних лет — переориентация рынка от традиционной печатной и наружной рекламы в цифровое пространство — усилилась. Объем глобального рынка антивозрастной (anti-age) медицины в ближайшие 5 лет вырастет на 7,5% и достигнет к 2021 г. 216,52 млрд долларов [3].

Успешное развитие «красивого» медицинского бизнеса невозможно без понимания мировых тенденций в косметологии. Какие процедуры наиболее популярны и востребованы среди клиентов того или иного возраста, пола, достатка? Какие будут популярны в ближайшем будущем? Для планирования деятельности, повышения эффективности рекламных кампаний необходим всесторонний анализ статистических данных.

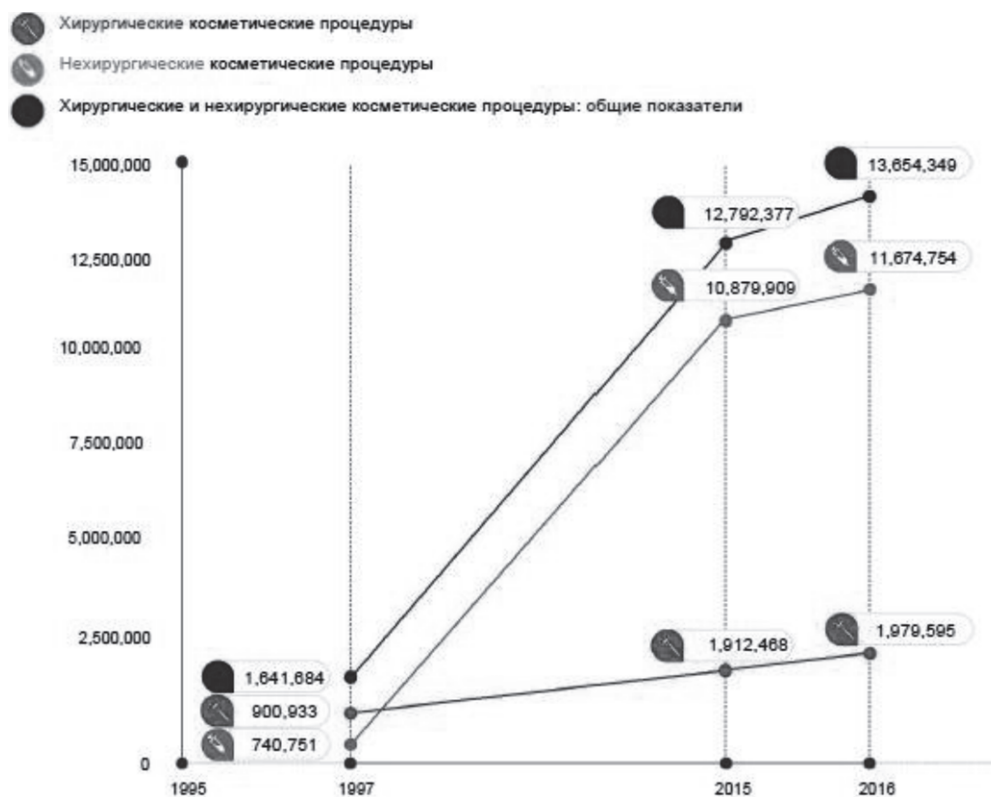


Рис. 1. Основные мировые показатели антивозрастных косметических процедур за период 1995—2016 гг.

Нехирургические косметические процедуры в мире показывают тенденцию ускоренного роста, а рост хирургических процедур постепенно замедляется (рис. 1).

Несомненное превышение количества нехирургических процедур над хирургическими, последние удерживают первенство по сумме затраченных на них средств. Из 15 млрд долларов, которые потратили в мире в 2016 г. на косметические процедуры, 56% расходов приходится на хирургические процедуры, а 44% — на нехирургические. При этом количество хирургических процедур по сравнению с прошлым годом увеличилось на 3,5%, а нехирургических — на 7%.

К сегменту антивозрастных услуг относят косметологические процедуры, направленные на борьбу с морщинами, пигментацией и другими проблемами кожи, а также пластическую хирургию и трихологию, детокс, клеточную и пептидную терапию, диетологию, физиотерапию. Объем этого рынка в 2015 г. оценивался в 140,3 млрд долларов, к 2021 г. он достигнет 216,52 млрд долларов. Ключевыми игроками рынка являются такие производители медицинского оборудования, косметики и косметологических изделий, как Personal Microderm, Alma Lasers, Solta Medical, Allergan, L'Oreal, Merck & Company Inc., Johnson & Johnson и др.

Это направление популярно в Европе и в Азии. Одним из драйверов роста рынка становятся портативные лазерные устройства для домашнего использования. Спрос на средства от морщин наиболее вы-

ражен в азиатских странах. Объем рынка косметологических инъекций в 2016 г. составил 12 млн манипуляций, а совокупные затраты пациентов на «уколы красоты» преодолели отметку в 100 млрд руб. [5].

Среди лидирующих направлений на рынке антивозрастных медицинских эстетических услуг — дерматология, стоматология; гинекология, диагностика заболеваний [3].

Особое внимание следует обратить на рекламу антивозрастной эстетической медицины в социальных сетях. В то время как клиникам довольно сложно собирать аудиторию на своих бизнес-страницах, аккаунты специалистов пользуются большой популярностью. Очень часто общение между врачом-косметологом и пациентом происходит в социальной сети или при помощи мессенджеров. Многие профессиональные сообщества предпочитают социальное пространство профессиональным порталам. В 2018 г. возник феномен Instagram. Это самая быстрорастущая социальная сеть в России, в том числе среди косметологов. Визуальная подача материала завоевала аудиторию потребителей продукции и услуг эстетической медицины. Instagram анонсировал и запустил так называемые бизнес-аккаунты. Это позволило упорядочить личные и профессиональные аккаунты и предоставить медицинскому бизнесу аналитические данные по аккаунту и другие дополнительные возможности [2, 8].

Самыми высококонверсионными источниками звонков оказались реферальные ссылки на сайтах — агрегаторах медицинских услуг, медицинских порта-



## Здоровье и общество

лах, в женских сообществах, в тематических группах социальных сетей.

Это подтверждает тот факт, что потребители медицинских эстетических услуг тщательно изучают информацию о клинике, отзывы людей и мнения незаинтересованных лиц в самых разных источниках. Однако это общий показатель конверсии контекста для отрасли. Если рассматривать медицинские центры отдельно, то значение конверсии в уникально-целевой звонок начинается от 1%, а у некоторых клиник доходит до 6%.

Это говорит о том, что многие сайты медицинских клиник-пользователей и потенциальные потребители медицинских эстетических услуг не используют возможности коллтрекинга и аналитических инструментов, не оптимизируют рекламные кампании исходя из полученных статистических данных [3, 5].

Таким образом, более чем для половины изученных клиник можно повысить эффективность контекстной рекламы антивозрастных медицинских услуг и увеличить количество обращений, поработав с рекламными кампаниями и ключевыми словами, понятными и привлекательными для людей определенного возраста, что, безусловно, включает и такой важный психологический аспект, как желание сохранить здоровье.

### Результаты исследования

Результаты исследования показали, что российский и мировой рынок медицинских антивозрастных услуг считается растущим и достаточно перспективным, так как основными потребителями являются состоятельные слои населения и, в основном, население крупных городов: Москва (3-е место), Санкт-Петербург (4-е место), 1-е и 2-е место занимают Юг России и Сибирь.

Средний возраст российских пациентов эстетических клиник — 25 лет, тогда как жители европейских стран о впервые бращаются к косметологу в 30—35 лет. Пациенты предпочитают раннюю профилактику или малоинвазивные процедуры, позволяющие предупредить и отложить появление возрастных изменений, а также отодвинуть хирургическое вмешательство. В среднем в медицинские компании за предоставлением антивозрастных эстетических медицинских услуг обращаются 2% уникальных посетителей из поисковых систем, однако разброс по отдельным взятым клиникам получился большой: от 1 до 3,5% [5].

### Заключение

В течение последних лет рынок платных медицинских услуг клиник антивозрастной эстетической медицины растет и усложняется новыми процедурами, операциями и нехирургическими манипуляциями. Снижение объема этого рынка произошло в результате финансового кризиса, особенно в России. Это говорит о том, что население воспринимает такие медицинские услуги не как предмет первой необ-

ходимости, а как способ подтверждения достатка и признак роскоши.

Следующий наметившийся вектор в развитии косметологии — это появление современных высокотехнологичных аппаратов, которые позволяют безболезненно решать эстетические проблемы за меньшее количество процедур. Самый важный тренд в современной эстетической медицине — это сочетание методик, когда весь упор делается на подготовку кожи. На первое место выходят регенеративная медицина и реабилитация, восстановление кожи после травматичных процедур с минимальными рисками развития нежелательных явлений.

Сфера медицинских эстетических услуг считается одной из самых перспективных. Всплеск интереса к заботе о здоровье и красоте, к ведению активного и правильного образа жизни особенно заметен среди жителей крупных городов.

Достоинствами частной эстетической антивозрастной медицины являются направления по разработке новых препаратов и оборудования, а также ряда различных программ для ускорения реабилитационного периода возрастных пациентов, их комфорта и удобства, быстрое внедрение новых инновационных технологий.

Исследование не имело спонсорской поддержки.  
Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

### ЛИТЕРАТУРА

1. Adams R. Occupational skin diseases. New York: Grime and Stratton Inc; 1990.
2. Berardesca E., Maibach H. I. Sensitive and ethnic skin. A need for special skin-care agents? *Dermatol. Clin.* 1991;9(1):89—92.
3. Исследование компании Zion Market Research. Доступно по ссылке: <http://planovik.ru/research/2011/09/07/5293.html> и <http://marketing.rbc.ru/research/562949983244728.shtml>
4. Benedetto A. V., Griffin T. D., Benedetto E. A. Dermabrasion: therapy and prophylaxis of the photoaged face II. *J. Am. Acad. Dermatol.* 1992;(27):439—47.
5. Опрос Vademecum. Доступно по ссылке: <http://www.rosmedstrah.ru/articles.php?show=1&id=629&offset=0&theme=26>, [http://www.budgetrf.ru/Publications/Magazines/VestnikSF/2011/VSF\\_NEW201112071104/VSF\\_NEW201112071104\\_p\\_004.htm](http://www.budgetrf.ru/Publications/Magazines/VestnikSF/2011/VSF_NEW201112071104/VSF_NEW201112071104_p_004.htm) и <http://www.guta.ru/press/smi/2125/>
6. Лившиц К. А. Маркетинг в здравоохранении. *Мир медицины.* 2018;(6):14—5.
7. Bodello P. C., Yeglio S., Pippione M. C. Efficacia del sodio cromoglicato in un casodi teleangiectasia macularis cruptiva perstans. *Ital. Dermatol. Evenerol.* 1994;(9):455—8.
8. Ashok B. T. A11R The aging paradox: free radical theory of aging. *Exp Gerontol.* 1999;349(3):293—303.
9. Autier P., Dore J.-F., Luther H. The case for sunscreens revisited. *Arch. Dermatol.* 1998;134:509—10.
10. Галкин Р. А., Двойников С. И., Павлов В. В., Поляков И. В. Маркетинг, лизинг, логистика в здравоохранении. Самара — Санкт-Петербург; 2017.
11. Закирова С. А. Маркетинг в здравоохранении. *Здравоохранение РФ.* 2013;(1):17—22.
12. Игнатенко А. В. Особенности управления развитием сферы услуг здравоохранения в современных условиях хозяйствования. СПб.; 2015.
13. Ренсфелд М. Д. Новейшие научные разработки для эстетической медицины. *Les nouvelles esthétiques.* 2015;(3):50—2.
14. Appa Y. Actinoid therapy: compatible skin care. *Skin Pharmacol. Appl. Skin Physiol.* 1999;12(3):23—6.

## REFERENCE

1. Adams R. Occupational skin diseases. New York: Grime and Stratton Inc.; 1990.
2. Berardesca E., Maibach H. I. Sensitive and ethnic skin. A need for special skin-care agents? *Dermatol. Clin.* 1991;9(1):89—92.
3. Research of company Zion Market Research. Available from: <http://planovik.ru/research/2011/09/07/5293.html> and <http://marketing.rbc.ru/research/562949983244728.shtml>
4. Benedetto A. V., Griffin T. D., Benedetto E. A. Dermabrasion: therapy and prophylaxis of the photoaged face II. *J. Am. Acad. Dermatol.* 1992;(27):439—47.
5. Interrogation Vademecum. Available from: <http://www.rosmedstrah.ru/articles.php?show=1&id=629&offset=0&theme=26>, [http://www.budgetrf.ru/Publications/Magazines/VestnikSF/2011/VSF\\_NEW201112071104/VSF\\_NEW201112071104\\_p\\_004.htm](http://www.budgetrf.ru/Publications/Magazines/VestnikSF/2011/VSF_NEW201112071104/VSF_NEW201112071104_p_004.htm) and <http://www.guta.ru/press/smi/2125/>
6. Livshits K. A. Healthcare Marketing. *Mir meditsiny.* 2018;(6):14—5 (in Russian).
7. Bodello P. C., Yeglio S., Pippione M. C. Efficacia del sodio cromoglicato in un casodi teleangiectasia macularis cruptiva perstans. *Ital. Dermatol. Evenerol.* 1994;(9):455—8.
8. Ashok B. T. A11R The aging paradox: free radical theory of aging. *Exp Gerontol.* 1999;349(3):293—303.
9. Autier P., Dore J.-F., Luther H. The case for sunscreens revisited. *Arch. Dermatol.* 1998;134:509—10.
10. Galkin R. A., Dvoynikov S. I., Pavlov V. V., Polyakov I. V. Healthcare marketing, leasing, logistics [Marketing, lizing, logistika v zdravookhraneni]. Samara — St Petersburg; 2017 (in Russian).
11. Zakirova S. A. Healthcare Marketing. *Zdravookhraneniye RF.* 2013;(1):17—22 (in Russian).
12. Ignatenko A. V. Features of managing the development of healthcare services in modern business conditions [Osobennosti upravleniya razvitiyem sfery uslug zdravookhraneniya v sovremennykh usloviyakh khozyaystvovaniya]. St Petersburg; 2015 (in Russian).
13. Rensfeld M. D. The latest scientific developments for aesthetic medicine. *Les nouvelles esthétiques.* 2015;(3):50—2.
14. Appa Y. Actinoid therapy: compatible skin care. *Skin Pharmacol. Appl. Skin Physiol.* 1999;12(3):23—6.



Лещенко Я. А.<sup>1,2</sup>, Боева А. В.<sup>1,3</sup>

## КАЧЕСТВО ЖИЗНИ И РЕПРОДУКТИВНЫЕ УСТАНОВКИ МОЛОДЫХ СЕМЕЙ В ИРКУТСКОЙ ОБЛАСТИ

<sup>1</sup>ФГБНУ «Восточно-Сибирский институт медико-экологических исследований», 665827, г. Ангарск;

<sup>2</sup>ФГБОУ ВО «Ангарский государственный технический университет», 665835, г. Ангарск;

<sup>3</sup>Иркутская государственная медицинская академия последипломного образования Минздрава России, 664049, г. Иркутск

*Исследование характеристик жизнедеятельности городских и сельских семей проводили в рамках двух концептуальных моделей качества жизни — «объективной» (жилищные условия, уровень доходов) и «субъективной» (уровень психоэмоционального напряжения, оценка удовлетворенности основных жизненных потребностей и общей удовлетворенности жизнью, репродуктивные ориентации).*

*Неудовлетворительные жилищные условия выявлены у 30,7% городских и 15,2% сельских семей. В 25,9% городских и 41,9% сельских семей среднедушевой доход был ниже прожиточного минимума. Психоэмоциональному напряжению (стрессу) высокого уровня подвержены 16,2—22,3% городских и 5,6—7,8% сельских семей.*

*По данным субъективных интегральных оценок (удовлетворенность жизнью в целом), качество жизни большинства молодых семей Иркутской области (в городах — 69,1% мужчин и 64,2% женщин, в селах — 88,9% мужчин и 72% женщин) является низким.*

*Среди помех к рождению второго и третьего ребенка семейные пары наиболее часто называют материальные трудности и неблагоприятные жилищные условия, низкий уровень здоровья и отсутствие хороших взаимоотношений в семье. Наиболее значимым фактором, который может положительно повлиять на реализацию репродуктивных потребностей молодых семей, является отвечающее современным социальным эталонам качество жизни.*

**Ключевые слова:** молодые семьи; качество жизни; психоэмоциональное напряжение; репродуктивные ориентации.

**Для цитирования:** Лещенко Я. А., Боева А. В. Качество жизни и репродуктивные установки молодых семей в Иркутской области. Проблемы социальной гигиены здравоохранения и истории медицины. 2019;27(4):429—433. DOI: <http://dx.doi.org/10.32687/0869-866X-2019-27-4-429-433>

**Для корреспонденции:** Лещенко Ярослав Александрович, д-р мед. наук, профессор, ведущий научный сотрудник лаборатории эколого-гигиенических исследований Восточно-Сибирского института медико-экологических исследований, e-mail: [yaleshenko@gmail.com](mailto:yaleshenko@gmail.com)

Leshenko Ya. A.<sup>1,2</sup>, Boeva A. V.<sup>1,3</sup>

## THE QUALITY OF LIFE AND REPRODUCTIVE ATTITUDES OF YOUNG FAMILIES IN THE IRKUTSK OBLAST

<sup>1</sup>The Federal State Budget Scientific Institution «The East Siberian Institute of Medical Ecological Studies», 665827, Angarsk, Russia;

<sup>2</sup>The Federal State Budget Educational Institution of Higher Education «The Angarsk State Technical University», 665827, Russia;

<sup>3</sup>The Irkutsk State Medical Academy of Post-Graduate Training of Minzdrav of Russia, 664049, Irkutsk, Russia

*Most of the surveyed young families, urban and rural, were generally classified as «nuclear type» families (78.8% and 77.2%, respectively). In general, families have few children: in cities 95.9% (69.1% of interviewed families had one child, 26.8% — had two children); in rural areas — 80.4% (families with one child — 38.2%, with two children — 42.2%).*

*The study of the characteristics of the life of urban and rural families was carried out within the framework of two conceptual models of the quality of life — «objective» (housing conditions, income level) and «subjective» (level of psychoemotional stress, satisfaction of basic life needs and overall satisfaction with life, reproductive orientation).*

*30.7% of the respondents from urban families and 15.2% of respondents from rural families had unsatisfactory housing conditions. In cities, 25.9% of the interviewed families had an average per capita income below the subsistence minimum, 49.5% of the interviewed families had income from 1 to 2 the subsistence minimum. The share of rural families with an average per capita income below the subsistence minimum amounted to 41.9%, with an income of 1 to 2 the subsistence minimum — 37.8%.*

*16.2—22.3% of the interviewed urban families and 5.6—7.8% of the interviewed rural families are subject to psycho-emotional stress of high level. According to subjective integral assessments (satisfaction with life in general), the quality of life of the majority of young families in the Irkutsk region (in cities — 69.1% of the interviewed men and 64.2% of the interviewed women, in villages — 88.9% of the interviewed men and 72.0% of the interviewed women) is low.*

*The material difficulties and unfavorable housing conditions, poor health and lack of good family relationships are most often mentioned by couples among the hindrances to the birth of the second and third child. The quality of life that meets modern social standards is the most significant factor that can positively affect the realization of the reproductive needs of young families.*

**Keywords:** young families, quality of life, psycho emotional stress, reproductive orientation.

**For citation:** Leshenko Ya. A., Boeva A. V. The quality of life and reproductive attitudes of young families in the Irkutsk oblast. *Problemy sotsialnoy gigieny, zdravookhraneniya i istorii meditsiny*. 2019;27(4):429—433 (In Russ.). DOI: <http://dx.doi.org/10.32687/0869-866X-2019-27-4-429-433>

**For correspondence:** Leshenko Ya. A., doctor of medical sciences, professor, the leading researcher of the Laboratory of Ecological Hygienic Studies of the East Siberian Institute of Medical Ecological Studies. e-mail: [yaleshenko@gmail.com](mailto:yaleshenko@gmail.com)

**Conflict of interests.** The authors declare absence of conflict of interests.

**Acknowledgment.** The study had no sponsor support

В процессе социально-экономических преобразований в России в период 1990-х и 2000-х годов произошли неблагоприятные изменения в жизнедеятельности подавляющего большинства семейного населения [1]. Эти изменения привели к ухудшению демографической ситуации (снижение брачности и рождаемости, рост разводимости и смертности, внебрачной рождаемости), растущим региональным диспропорциям в уровне жизни, доступности жилья, качественной медицинской помощи, возможности повышения образовательного статуса в семьях разных социально-демографических типов [2, 3].

В результате снижения уровня жизни значительному числу семей пришлось ограничить себя в удовлетворении практически всех потребностей; многие семьи стали испытывать большие затруднения в выполнении не только неспецифических, но и специфических функций [4].

Большое разнообразие природно-климатических и пространственно-географических факторов в Российской Федерации наряду с недостатками в проведении социально-экономической политики обуславливает значительное неравенство в уровне и качестве жизни населения разных регионов. Все это диктует необходимость исследования региональной специфики условий жизнедеятельности семей [5].

Цель работы — оценить качество жизни и репродуктивные намерения молодых семей Иркутской области.

### Материалы и методы

Для получения информации об условиях жизнедеятельности и процессах, происходящих в современных городских и сельских семьях, проживающих в Иркутской области, проведены комплексные социально-гигиенические и социологические исследования. В контингент городского семейного населения вошли 158 мужчин (средний возраст  $28,8 \pm 3,6$  года) и 292 женщины (средний возраст  $28,7 \pm 2,7$  года), имеющие детей дошкольного возраста и находящиеся в наиболее активном репродуктивном возрасте (18—35 лет). В исследованиях среди сельского населения приняли участие жители сел Раздолье, Одинск, поселка Китой. В контингент сельского семейного населения вошли 22 мужчины (средний возраст  $33,0 \pm 10,0$  года) и 83 женщины (средний возраст  $31,4 \pm 5,1$  года), имеющие детей дошкольного возраста и находящиеся в наиболее активном репродуктивном возрасте (18—35 лет). Объем выборки взят с учетом численности генеральной совокупности данной возрастной группы и в соответствии с рекомендациями для подобного рода исследований [6].

Исследование социально-экономических и семейно-бытовых аспектов жизнедеятельности семей, их репродуктивных намерений, удовлетворенности условиями жизни в регионе осуществляли с помощью специально разработанной анкеты, включающей следующие блоки вопросов: «Жилищные условия и уровень жизни семьи», «Семья», «Работа», «Миграция».

Психодиагностика семейного населения проведена на медицинском психологом канд. биол. наук М. В. Кулешовой с использованием опросника «Роль ожидания и притязания в браке» (РОП) и опросника «Анализ семейной тревоги» [7].

Уровни психосоциального стресса, удовлетворенности жизнью в целом, удовлетворенности условиями жизни, удовлетворенности основных жизненных потребностей оценивали по методике О. С. Копиной и соавт. [8].

### Результаты исследования

*Оценка качества жизни семей на основе объективной модели (семейно-бытовые и социально-экономические факторы).* Жилищные условия у  $69,3 \pm 2,2\%$  городских семей были удовлетворительными: они проживали в собственном доме или в отдельной квартире. В квартире на несколько семей проживали  $8 \pm 1,3\%$  опрошенных, в общежитии —  $7 \pm 1,2\%$ , не имели собственного жилья и снимали жилплощадь  $15,7 \pm 1,7\%$  респондентов. Жилищная площадь размером менее федерального стандарта социальной нормы жилья ( $18 \text{ м}^2$  на одного члена семьи) была у  $68,3 \pm 2,2\%$  семей из трех и более человек. В однокомнатной квартире проживали  $26,9 \pm 2,1\%$ , в двухкомнатной —  $39,3 \pm 2,3\%$ , в трехкомнатной —  $28,9 \pm 2,2\%$  опрошенных, менее  $5 \pm 1\%$  проживали в четырехкомнатной квартире. Большинство ( $78,8 \pm 2\%$ ) семей были нуклеарными (семейная пара с детьми), проживали самостоятельно и отдельно от других родственников.

В основном семьи были малодетными:  $69,1 \pm 2,2\%$  имели одного ребенка,  $26,8 \pm 2,1\%$  — двух детей; среднететных (три-четыре ребенка) было  $2,9 \pm 0,8\%$ , многодетных (пять и более детей) —  $1,1 \pm 0,5\%$ .

Городских семей, имеющих доход на одного человека ниже прожиточного минимума (ПМ), было  $25,9 \pm 2,2\%$ , имеющих среднедушевой доход в размере 1—2 ПМ —  $49,5 \pm 2,5\%$ , с доходом 2—3 ПМ в месяц на одного человека —  $13,5 \pm 1,7\%$ ; с доходом более 3 ПМ в месяц на одного человека —  $11,1 \pm 1,6\%$ .

Жилищные условия  $84,8 \pm 3,6\%$  сельских семей можно назвать удовлетворительными: они проживали в собственном доме или в отдельной квартире. Проживали в квартире на несколько семей  $4 \pm 2\%$  опрошенных, в общежитии —  $1 \pm 1\%$ , не имели собственного жилья и снимали жилплощадь —  $10,1 \pm 3\%$  семей. Жилая площадь меньше федерального стандарта социальной нормы жилья ( $18 \text{ м}^2$ ), была у  $71,6 \pm 4,1\%$  семей из трех и более человек. В двухкомнатной квартире проживали  $29,3 \pm 4,6\%$  опрошенных, в трехкомнатной —  $36,4 \pm 4,8\%$ , в однокомнатной —  $17,2 \pm 3,8\%$ , в четырехкомнатной —  $17,2 \pm 3,8\%$ . Большинство ( $77,2 \pm 4,2\%$ ) сельских семей относились к семьям нуклеарного типа, проживали самостоятельно, отдельно от других родственников.

Сельские семьи в основном были малодетными:  $38,2 \pm 4,8\%$  имели одного ребенка,  $42,2 \pm 4,9\%$  — двух детей, трех-четыре детей имели  $17,6 \pm 3,8\%$ , пять и более —  $1 \pm 1\%$ . На момент обследования фактическое среднее число детей в семье составляло два ребенка.

## Здоровье и общество

Сельских семей, имеющих доход на одного человека ниже прожиточного минимума, было 41,9±5,7%. Доля семей со среднедушевым доходом в размере 1—2 ПМ составила 37,8±5,6%, с доходом 2—3 ПМ — 13,5±4%, с доходом более 3 ПМ — 6,8±2,9%.

Городские семьи чаще не имели отдельного жилья, а проживали в квартире на несколько семей (в 2 раза чаще сельских), снимали жилплощадь (чаще в 1,6 раза) и жили в общежитии (чаще в 7 раз) ( $\chi^2=11,1$ ;  $df=3$ ;  $p=0,014$ ). Квартиры у городских семей в основном были одно- или двухкомнатные, у сельских — трех- и четырехкомнатные ( $\chi^2=22,4$ ;  $df=3$ ;  $p<0,001$ ). Доля сельских семей с уровнем среднедушевого дохода менее ПМ была в 1,6 раза больше, чем в городах ( $\chi^2=6,5$ ;  $df=3$ ;  $p=0,04$ ).

При анализе причин, по которым женщина вынуждена работать, установлено, что 46,9±3% городских и 52,5±6,4% сельских женщин работают из-за материальных соображений, 24,7±2,6 и 21,3±5,2% считают, что современная женщина должна работать наравне с мужчиной, 19,9±2,4 и 26,2±5,6% могут оставить работу, если этого потребуют интересы семьи, 8,8±1,7% городских женщин выбрали иной ответ.

*Оценка качества жизни семей на основе субъективной модели.* На момент опроса условия жизни в Иркутской области устраивали или отчасти устраивали 81,1±3,2% городских и 16,7±8,8% сельских мужчин, не устраивали 19,7±3,3% городских и 83,3±8,8% сельских мужчин (различия статистически значимы при  $\chi^2=10,4$ ;  $df=1$ ;  $p=0,001$ ). Среди лиц женского пола условия жизни устраивали 72,1±2,7% городских и 31±5,6% сельских женщин, не устраивали 26,1±2,6 и 64,8±5,8% соответственно (различия статистически значимы при  $\chi^2=10,8$ ;  $df=1$ ;  $p=0,001$ ).

Большинство опрошенных городских мужчин были недовольны высокой стоимостью жизни и неблагоприятным климатом (44,1±4,6 и 22,8±3,9% соответственно), большинство сельских мужчин — высокой стоимостью жизни и географической отдаленностью от центральных регионов РФ (33,3±10,3% в обоих случаях). Все перечисленные факторы в совокупности не устраивали 21,9±3,8% городских и 19,0±8,6% сельских мужчин. Среди городских мужчин отдаленность от центральных регионов не устраивала только 6,8±2,3% опрошенных (различия между оценками городских и сельских мужчин статистически значимы:  $\chi^2=13,7$ ;  $df=4$ ;  $p=0,008$ ).

Большинство опрошенных женщин не устраивала высокая стоимость жизни (34,2±3% городских и 36,8±5,8% сельских), неблагоприятный климат (21,9±2,6 и 26,5±5,4%), все факторы вместе (28,7±2,9 и 27,9±5,4% соответственно).

Не планируют уезжать из Иркутской области 74,8±3,6% городских и 88,2±7,8% сельских мужчин, 77,2±2,5% городских и 79,6±4,7% сельских женщин. Остальные респонденты планируют переехать в другой регион РФ, в другой населенный пункт Иркутской области или в другое государство.

Самооценка материального статуса семьи у сельских мужчин ниже, чем у городских. Вынуждены за-

нимать деньги 36,8±11,15% сельских мужчин и только 5,2±1,8% городских (различия статистически значимы:  $\chi^2=24,6$ ;  $df=3$ ;  $p<0,001$ ). Городские мужчины чаще указывали, что в основном денег хватает, но не для покупки товаров длительного пользования (41,9±4%), на основные расходы денег также хватает, но сделать сбережения не удается (40±3,9%).

Среди городских и сельских женщин различий в самооценке материального статуса не выявлено. В основном женщины (39,6±2,9% городских и 41±5,6% сельских) указывали, что денег хватает, но не для покупки товаров длительного пользования. На основные расходы денег хватает, но сделать сбережения не удается 37,2±2,9% городских и 32,1±5,3% сельских женщин. Отмечали, что часто приходится брать деньги в долг, 13,3±2% городских и 19,2±4,5% сельских женщин.

Среди однопородных городских семей 72,4±2,5% хотели бы иметь второго ребенка; не хотели бы 9,4±1,6%, затруднились ответить 18,2±2,2%. Среди однопородных сельских семей 75,0±5,9% хотели бы иметь второго ребенка, не хотели бы 7,1±3,5%, затруднились ответить 17,9±5,2%.

Из городских семей с двумя детьми о желании иметь третьего ребенка заявили 38,6±2,3%, об отсутствии такого желания — 34,5±2,4%, затруднились с ответом 26,7±2,1%. Среди сельских семей хотят иметь третьего ребенка 25±5,9%, не хотят 46,4±6,8%, затруднились ответить 25±5,9%. Различий в репродуктивных ориентациях между городскими и сельскими семьями не выявлено.

Наиболее значимыми факторами, которые могут повлиять на реализацию репродуктивных потребностей среди городских семейных респондентов, являются возможность зарабатывать столько, сколько необходимо для обеспечения достойного уровня жизни семьи, улучшение жилищных условий и уверенность в завтрашнем дне; среди сельских семейных респондентов — уверенность в завтрашнем дне, возможность зарабатывать столько, сколько необходимо для обеспечения достойного уровня жизни семьи, получение семейного (материнского) капитала (см. таблицу).

В брачно-семейных установках мужчин, проживающих в городах, первое ранговое место занимает установка на выполнение родительских обязанностей, второе место — взаимная моральная и эмоциональная поддержка в семье, третье — на профессиональную, общественную, деловую активность. У мужчин, проживающих в сельской местности, на первом ранговом месте находится установка на личностную идентификацию с супругой (ожидание общности интересов, потребностей, ценностных ориентаций, способов времяпрепровождения), на втором — на выполнение родительских обязанностей, на третьем — взаимная моральная и эмоциональная поддержка в семье.

В брачно-семейных установках женщин, проживающих в городе, первое место занимает установка на эмоционально-«терапевтическую» функцию брака (семья рассматривается как сфера эмоциональной

Ответы на вопрос «Что прежде всего могло бы повлиять на ваше решение родить еще одного ребенка в ближайшие два—три года?» (на 100 опрошенных)

Вариант ответа	Городское население		$\chi^2$	Сельское население		$\chi^2$
	мужчины	женщины		мужчины	женщины	
Возможность зарабатывать столько, сколько необходимо для содержания семьи	58,2±3,9	41,0±2,9	$\chi^2=23,7$ $df=8$ $p<0,001$	27,6±8,3	27,8±5	$\chi^2=13,1$ $df=8$ $p=0,01$
Уверенность в завтрашнем дне	32,9±3,7	26,6±2,6		31,0±8,6	13,9±3,9	
Улучшение экономической обстановки в стране	11,4±2,5	7,2±1,5		13,8±6,4	3,8±2,2	
Существенное улучшение жилищных условий	36,7±3,8	27,3±2,6		3,4±3,4	10,1±3,4	
Хорошие отношения между супругами	11,4±2,5	14,7±2,1		3,4±3,4	10,1±3,4	
Увеличение ежемесячных пособий на детей	5,1±1,7	9,2±1,7		0±0	5,1±2,5	
Увеличение налоговых льгот на детей	4,4±1,6	8,9±1,7		3,4±3,4	1,3±1,3	
Увеличение послеродового оплачиваемого отпуска	6,3±1,9	9,9±1,7		3,4±3,4	1,3±1,5	
Семейный капитал	6,3±1,9	13,3±2		13,8±6,4	26,6±5	

разрядки и релаксации), второе — на профессиональную, общественную, деловую активность, третье — на то, что основные функции по воспитанию и уходу за детьми возьмет на себя партнер. У женщин, проживающих в сельской местности, на первом месте находится установка на моральную и эмоциональную поддержку в семье, на втором — на выполнение родительских обязанностей, на третьем — на личностную взаимоидентификацию с супругом. Все респонденты независимо от места проживания недооценивают значение сексуальных отношений в браке, в то время как интимно-сексуальная сфера может существенно влиять на удовлетворенность браком (7-е место).

Соответствие ролевых ожиданий мужчин, проживающих в городе, ролевым притязаниям женщин отмечается в хозяйственно-бытовой, эмоционально-терапевтической сферах, наименьшая согласованность ожиданий — в сфере социальной активности, родительско-воспитательной, внешней привлекательности. У мужчин, проживающих в сельской местности, наибольшее соответствие их ролевых ожиданий ролевым притязаниям женщин отмечается в хозяйственно-бытовой сфере, сфере социальной активности, наименьшее — в родительско-воспитательной, эмоционально-терапевтической сферах, внешней привлекательности.

Показатели ролевой адекватности городских и сельских женщин демонстрируют соответствие их ожиданиям и притязаниям мужчин в сфере быта, ведения домашнего хозяйства, выполнения родительских обязанностей.

Общий уровень семейной тревожности у опрошенных женщин, проживающих в городе и сельской местности, выше, чем у мужчин, в основном за счет показателей субшкал — тревожности и напряженности.

Таким образом, с точки зрения содержания социальных ценностей отмечается их сходство как у семейных пар, проживающих в городе, так и у пар, проживающих в сельской местности. Однако при совпадении ценностных ориентаций выявлена рассогласованность в ролевых ожиданиях, а также рассогласование ролевых ожиданий от супруга и ролевых притязаний (собственной готовности к выполнению семейных функций), что может явиться одной из причин супружеских конфликтов.

Уровень психоэмоционального стресса в городских семьях у 16,2±3% мужчин и 22,3±2,5% женщин был высоким, у 44,8±4% мужчин и 46,6±3% женщин — средним, у 39,0±3,9 и 31,1±2,8% — низким.

Уровень психоэмоционального стресса в сельских семьях был высоким только у 5,6±5,4% мужчин и 7,8±3,1% опрошенных женщин. У 16,7±8,8% мужчин и 32,5±5,3% женщин он был средним, а в большинстве случаев (у 77,8±9,8% мужчин и 59,7±5,6% женщин) — низким. При сравнительном анализе показателей психоэмоционального напряжения выявлены статистически значимые различия в уровне стресса, испытываемого городскими и сельскими респондентами (у городских семейных мужчин и женщин уровень психоэмоционального стресса выше).

В городских семьях высокий уровень удовлетворенности жизнью в целом отмечали 2,0±1,1% мужчин и 6,7±1,5% женщин, низкий (69,1±3,8% мужчин и 64,2±2,8% женщин). Низкий уровень удовлетворенности основных жизненных потребностей (60,9±4% мужчин и 58,8% женщин) отмечен среди большинства опрошенных, причем значения этих оценок достаточно близки.

В оценках сельскими жителями общей удовлетворенности качеством жизни выявлены существенные отличия от городских семей. Так, при указанном подавляющим большинством сельских жителей низком уровне удовлетворенности жизнью в целом (88,9±7,4% мужчин и 72,0±5,2% женщин) отметили низкую удовлетворенность основных жизненных потребностей только 23,5±10,3% мужчин и 19,0±4,4% женщин. Большинство же указало на средний уровень удовлетворенности основных жизненных потребностей (76,5±10,3% мужчин и 69,6±5,2% женщин), т. е. в сельских семьях при более мягкой оценке удовлетворенности отдельных основных жизненных потребностей уровень удовлетворенности качеством жизни в целом оказался гораздо более низким. Здесь, по-видимому, проявился синергический эффект при интегральной оценке всех неблагоприятных условий жизнедеятельности.

### Обсуждение

Обследованные молодые семьи, городские и сельские, относились в основном к семьям нуклеарного типа (78,8 и 77,2% соответственно). В городах таких было 95,9%, в сельской местности — 80,4%. Не-

## Здоровье и общество

удовлетворительные жилищные условия выявлены у 30,7% городских и 15,2% сельских семей. Среди помех к рождению второго и третьего ребенка семейные пары наиболее часто называют материальные трудности и неблагоприятные жилищные условия, низкий уровень здоровья и отсутствие хороших взаимоотношений в семье.

Согласно современным критериям уровня жизни [9], подавляющее большинство молодых семей были бедными и малообеспеченными: в городах 25,9% семей имели среднедушевой доход ниже ПМ, 49,5% семей имели доход от 1 до 2 ПМ; доля сельских семей со среднедушевым доходом ниже ПМ составляла 41,9%, с доходом от 1 до 2 ПМ — 37,8%.

Накопленный к настоящему времени опыт эмпирических наблюдений показывает, что методически корректные исследования на основе субъективной модели дают более точную оценку качества жизни [10]. По данным субъективных интегральных оценок (удовлетворенность жизнью в целом), качество жизни большинства молодых семей (в городах — 69,1% мужчин и 64,2% женщин, в селах — 88,9% мужчин и 72% женщин) является низким.

Семейное население часто испытывает психоэмоциональное напряжение высокой интенсивности: психоэмоциональному стрессу высокого уровня подвержены 16,2—22,3% городских семей и 5,6—7,8% сельских. Вероятно, в значительной степени это обстоятельство обусловлено низкими показателями удовлетворенности качеством жизни. Среди помех к рождению второго и третьего ребенка семейные пары наиболее часто называют материальные трудности и неблагоприятные жилищные условия, низкий уровень здоровья и отсутствие хороших взаимоотношений в семье.

### Заключение

Наиболее значимыми факторами, которые могут положительно повлиять на реализацию репродуктивных потребностей молодых семей, являются отвечающее современным социальным эталонам качество жизни: уровень благосостояния, жилищные условия, поддержка государства. Их следует рассматривать как основную детерминанту семейного благополучия и уверенности в завтрашнем дне.

Изучение региональных особенностей качества жизни семей, их репродуктивных ориентаций является необходимым условием прогнозирования тенденций формирования брачности и рождаемости. Подобные исследования должны лежать в основе решения проблем малодетности и повышения воспроиз-

водства населения, учитываться при разработке концепции государственной демографической и семейной политики.

Исследование не имело спонсорской поддержки. Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

### ЛИТЕРАТУРА

1. Мустаева Ф. А. Семья в условиях финансово-экономического кризиса. *Социологические исследования*. 2010;(7):66—8.
2. Римашевская Н. М. Детство как потенциал социально-демографического развития России. *Народонаселение*. 2011;(2):4—11.
3. Римашевская Н. М. Роль семьи в демографических процессах. *Народонаселение*. 2008;(4):9—19.
4. Карцева Л. В. Модель семьи в условиях трансформации российского общества. *Социологические исследования*. 2003;(7):92—9.
5. Плавунов И. Н. Особенности формирования и использования человеческих ресурсов. *Народонаселение*. 2010;(3):113—7.
6. Ядов В. А. Социологическое исследование: методология, программа, методы. Самара: Самарский университет; 1995.
7. Олифирова Н. И., Зинкевич-Куземкин Т. А., Велента Т. Ф. Психология семейных кризисов. СПб.: Речь; 2007.
8. Копина О. С., Сулова Е. А., Заикин Е. В. Экспресс-диагностика уровня психоэмоционального напряжения и его источников. *Вопросы психологии*. 1995;(3):119—32.
9. Бобков В. Н. Взаимное влияние сферы образования, особенностей экономического цикла и уровня жизни домохозяйств в России. *Уровень жизни населения регионов России*. 2010;(9):3—10.
10. Индекс качества жизни регионов России: методология и методика оценки. М.: МГУ им. М. В. Ломоносова, Институт региональной информации; 2010.

Поступила 15.10.2018  
Принята в печать 30.01.2019.

### REFERENCES

1. Mustaeva F. A. Family during economic crisis. *Sotsiologicheskie issledovaniya*. 2010;(7):66—8 (in Russian).
2. Rimashevskaya N. M. Childhood as potential for socio-demographic development of Russia. *Narodonaselenie*. 2011;(2):4—11 (in Russian).
3. Rimashevskaya N. M. Family in demographic processes. *Narodonaselenie*. 2008;(4):9—19 (in Russian).
4. Kartseva L. V. Family patterns under current Russian societal transformation. *Sotsiologicheskie issledovaniya*. 2003;(7):92 (in Russian).
5. Plavunov I. N. Specific character of the formation and use of human resources. *Narodonaselenie*. 2010;(3):113—17 (in Russian).
6. Yadov V. A. Sociological research: methodology, program, methods [*Sotsiologicheskie issledovaniye: metodoogiya, programma, metody*]. Samara: Samara University; 1995 (in Russian).
7. Olifirovich N. I., Zinkevich-Kuzemkin T. A., Velenta T. F. Psychology of family crises [*Psihologija semejnnykh krizisov*]. St Petersburg: Rech'; 2007 (in Russian).
8. Kopina O. S., Suslova E. A., Zaikin E. V. Express diagnostics of the level of psychoemotional tension and its sources. *Voprosy psikhologii*. 1995;(3):119—32 (in Russian).
9. Bobkov V. N. Mutual influence of the sphere of education, features of the economic cycle and the standard of living of households in Russia. *Uroven' zhizni naselenija regionov Rossii*. 2010;(9):3—10 (in Russian).
10. Quality of life index of Russian regions: methodology and methodology of evaluation. [*Index kachestva zhizni regionov Rossii: metodologiya i metodika ocenri*]. Moscow: MGU im. M. V. Lomonosova; Institut regional'noy informatsii; 2010 (in Russian).

© Коллектив авторов, 2019  
УДК 614.2Иванова М. А.<sup>1,3</sup>, Одинец А. В.<sup>2</sup>**ОБЩАЯ И ВПЕРВЫЕ ВЫЯВЛЕННАЯ ЗАБОЛЕВАЕМОСТЬ БОЛЕЗНЯМИ КОЖИ И ПОДКОЖНОЙ КЛЕТЧАТКИ В СТАВРОПОЛЬСКОМ КРАЕ**<sup>1</sup>ФГБУ «Центральный научно-исследовательский институт организации и информатизации здравоохранения» Минздрава России, 127254, г. Москва;<sup>2</sup>ФГБОУ ВО «Ставропольский государственный медицинский университет» Минздрава России, 355017, г. Ставрополь;<sup>3</sup>Московский научно-практический центр дерматовенерологии и косметологии Департамента здравоохранения города Москвы, 117053, г. Москва

*Изучены данные официальной статистики по общей и первичной заболеваемости болезнями кожи и подкожной клетчатки в Ставропольском крае за 2010—2017 гг. Анализ заболеваемости болезнями кожи и подкожной клетчатки, учитываемыми в официальной статистике, показал рост общей заболеваемости на 21,5%, в том числе контактными дерматитом, другими дерматитами, псориазом и псориатическим артритом. Общая заболеваемость красной волчанкой и локализованной склеродермией уменьшилась. Отмечены наиболее высокие показатели по впервые выявленной заболеваемости контактными и атопическими дерматитами. В структуре общей и впервые выявленной заболеваемости болезнями кожи и подкожной клетчатки преобладали контактный и атопический дерматиты. Несмотря на снижение впервые выявленной заболеваемости, за анализируемый период произошел рост общей заболеваемости болезнями кожи и подкожной клетчатки.*

*К л ю ч е в ы е с л о в а :* болезни кожи и подкожной клетчатки; заболеваемость; структура; дерматиты.

*Для цитирования:* Иванова М. А., Одинец А. В. Общая и впервые выявленная заболеваемость болезнями кожи и подкожной клетчатки в Ставропольском крае. Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. 2019;27(4):434—437. DOI: <http://dx.doi.org/10.32687/0869-866X-2019-27-4-434-437>

*Для корреспонденции:* Одинец Алексей Васильевич (Odinets A. V.), канд. мед. наук, доцент ФГБОУ ВО «Ставропольский государственный медицинский университет», e-mail: [odinets1@yandex.ru](mailto:odinets1@yandex.ru).

Ivanova M. A.<sup>1,3</sup>, Odinets A. V.<sup>2</sup>**THE GENERAL AND PRIMARILY DIAGNOSED MORBIDITY OF DISEASES OF SKIN AND SUBCUTANEOUS CELLULAR TISSUE IN THE STAVROPOL KRAI**<sup>1</sup>The Federal State Budget Institution «The Central Research Institute for Health Organization and Informatics» of Minzdrav of Russia, 127254, Moscow, Russia;<sup>2</sup>The Federal State Budget Educational Institution of Higher Education «The Stavropol State Medical University» of Minzdrav of Russia, 355017, Stavropol, Russia;<sup>3</sup>The Moscow Theoretical and Practical Center of Dermatovenereology and Cosmetology of the Moscow Health Care Department, 117053, Moscow, Russia

*Atopic dermatitis and contact dermatitis are most common in all age groups of the population. In this regard, the study of the epidemiological situation of these nosological forms is highly relevant. The aim of the study was to study the indicators of general and primary morbidity in diseases of the skin and subcutaneous tissue and their structure. Material and methods. The data of official statistics on the general and primary incidence of diseases of the skin and subcutaneous tissue in the Stavropol Territory for the period from 2010 to 2017 have been studied. Results. Analysis of the incidence of diseases of the skin and subcutaneous tissue taken into account in official statistics showed an increase in the overall incidence of diseases of the skin and subcutaneous tissue by 21.5%, including contact dermatitis, other dermatitis, psoriasis and psoriatic arthritis. The overall incidence of lupus erythematosus and localized scleroderma has decreased. The highest rates of newly detected incidence of contact and atopic dermatitis were noted. Contact and atopic dermatitis prevailed in the structure of both the general and newly diagnosed diseases of the skin and subcutaneous tissue. Conclusion Despite the decrease in newly detected incidence, during the analyzed period there was an increase in the overall incidence of diseases of the skin and subcutaneous tissue. In the structure of both the general and newly detected incidence of diseases of the skin and subcutaneous tissue, the main part is occupied by contact and atopic dermatitis.*

*К е у о р д с :* diseases of the skin and subcutaneous tissue; morbidity; structure; dermatitis.

*For citation:* Ivanova M. A., Odinets A. V. The general and primarily diagnosed morbidity of diseases of skin and subcutaneous cellular tissue in the Stavropol krai. *Problemy sotsialnoy gigieny, zdravookhraneniya i istorii meditsiny*. 2019;27(4):434—437 (In Russ.). DOI: <http://dx.doi.org/10.32687/0869-866X-2019-27-4-434-437>

*For correspondence:* Odinets A. V., candidate of medical sciences, associate professor of the Stavropol State Medical University. e-mail: [odinets1@yandex.ru](mailto:odinets1@yandex.ru)

*Conflict of interests.* The authors declare absence of conflict of interests.

*Acknowledgment.* The study had no sponsor support

Received 17.01.2019

Accepted 30.01.2019

Здоровье населения представляет главное богатство общества и результат социально-экономического развития страны [1]. Одной из групп болезней, отражающих состояние внутренних органов и систем организма, являются болезни кожи, из них высокую актуальность представляет псориаз, которым страдает от 0,5—4,6 до 3—7% населения земного шара [2], атопический и контактные дерматиты. На раз-

витие болезней кожи и подкожной клетчатки влияют различные факторы [3—6]. Для оказания качественной медицинской помощи необходимо установление причины заболевания, своевременная консультация специалистов различных профилей. Кадровой проблеме и другим ресурсам практического здравоохранения, а также качеству оказания медицинской помощи посвящено много исследований

## Здоровье и общество

[7—10]. Для определения необходимого числа кадровых и материально-технических ресурсов здравоохранения необходим периодический анализ эпидемиологической ситуации по различным классам болезней. Вышесказанное свидетельствует об актуальности изучения ситуации по общей и первичной заболеваемости болезням кожи и подкожной клетчатки.

Цель исследования — изучение показателей общей и первичной заболеваемости болезни кожи и подкожной клетчатки и их структуры.

### Материалы и методы

В работе использованы данные формы № 12 федерального статистического наблюдения «Сведения о числе заболеваний, зарегистрированных у пациентов, проживающих в районе обслуживания медицинской организации» по Ставропольскому краю за 2010—2017 гг. Используются аналитический, описательный методы статистики и расчет экстенсивных и интенсивных показателей. В работе использована классификация классов болезней в соответствии с Международной классификацией болезней 10-го пересмотра (МКБ-10).

### Результаты исследования

Показатели заболеваемости болезнями кожи и подкожной клетчатки всего среди населения Ставропольского края за последние 8 лет были нестабильными. Первый максимальный уровень заболеваемости среди всего населения края отмечен в 2012 г., далее произошло его снижение от максимального значения в 2012 г. до 2014 г. на 3,3%. После небольшого (на 1,5%) подъема в 2015 г. показатель вновь уменьшился на 11,1%, но к 2017 г. снова вырос на 20,5%. В целом за анализируемый период общая заболеваемость болезнями кожи и подкожной клетчатки выросла на 21,5%.

Анализ заболеваемости болезнями кожи и подкожной клетчатки, учитываемыми в официальной статистике, среди населения Ставропольского края на протяжении всего анализируемого периода показал наиболее высокие значения по контактному дерматиту (L23—L25): с 915,5 в 2010 г. до 1562,7 в 2015 г. и 1527,5 в 2017 г. на 100 тыс. соответствующего населения. В целом за этот период заболеваемость контактными дерматитами выросла на 66,9%. На втором месте по значимости показателей — атопический дерматит (L20): с 334,8 в 2010 г. до 332,9 в 2017 г. Другие дерматиты занимали третье место по уровню показателей (L30.9): от 133,5 в 2010 г. до 323,9 в 2017 г. Наиболее высокими показателями заболеваемости были в 2017 г., за анализируемый период распространенность данной нозологической формы выросла на 146,2%.

До 2013 г. показатели заболеваемости псориазом ежегодно нарастали, к 2014 г. уменьшились на 4,9% относительно предыдущего года, далее вновь наблюдался ежегодный рост показателя. Относительно 2014 г. к 2017 г. рост составил 12,6%. За весь анализи-

руемый период заболеваемость псориазом в Ставропольском крае выросла на 43%.

Показатели заболеваемости артропатическим псориазом также были нестабильными. За первые 3 года анализируемого периода произошел рост на 11,5%. В последующие 2 года показатели стабилизировались на уровне 20% на 100 тыс. населения, а к 2015 г. уменьшились на 23,5%. За последние 3 года вновь произошел рост на 24,8%. В целом за исследуемый период показатель не изменился, вернувшись к уровню заболеваемости 2010 г., хотя в 2017 г. относительно предыдущего года рост составил 5,5%.

Дискоидная красная волчанка в 2016 г. регистрировалась в интервале от 3,1 в 2016 г. до 4,4 в 2011 г., в 2017 г. показатель составил 3,4 (на 100 тыс. населения). В целом показатели заболеваемости были нестабильными: ежегодно происходило чередование роста и снижения.

За период 2012—2015 гг. относительно стабильными были показатели заболеваемости локализованной склеродермией. Максимальный уровень заболеваемости по данной нозологической форме был зарегистрирован в начале анализируемого периода (14 на 100 тыс. населения). К 2011 г. показатель снизился на 57,1%, после чего к 2017 г. вырос до 8,4 на 100 тыс. населения. За анализируемый период показатель уменьшился на 40%, в 2017 г. относительно предыдущего года вырос на 5%.

Анализ структуры заболеваемости болезнями кожи и подкожной клетчатки в целом по Ставропольскому краю показал превалирование контактного дерматита. За анализируемый период его доля выросла с 59 до 63,5%, выросла доля и других дерматитов в 1,6 раза (с 8,6 до 13,5%).

На этом фоне уменьшилась доля атопического дерматита в 1,6 раза (с 21,6 до 13,8%), дискоидной красной волчанки — в 2 раза (с 0,2 до 0,1%), локализованной склеродермии — в 2,3 раза (с 0,9 до 0,4%), заболеваемости псориазом — в 1,1 раза (с 8,5 до 7,9%) и псориазом артропатическим в 1,5 раза (с 1,2 до 0,8%).

Впервые выявленная заболеваемость по классу болезней кожи и подкожной клетчатки среди всего населения Ставропольского края за период с 2010 по 2017 г. уменьшилась на 3,6%.

Из болезней кожи и подкожной клетчатки, зарегистрированных впервые, наиболее высокие показатели заболеваемости прослеживались по контактному дерматиту (от 811,9 в 2010 г. до 1221,7 в 2012 г.). За первые 3 года анализируемого периода показатель вырос на 50,5%, при этом возрастал ежегодно. Далее в динамике прослеживалось его снижение до 2015 г. на 9,9%, к 2017 г. относительно предыдущего года он вновь вырос на 13,4%.

В целом за анализируемый период заболеваемость контактными дерматитами в крае выросла на 49,8%.

Атопический дерматит по уровню показателей занимал второе место (от 94 в 2016 г. до 199,5 в 2010 г., в 2017 г. он составил 151,3 на 100 тыс. население).

ния). При этом показатели заболеваемости были нестабильными, ежегодно за снижением следовал рост, хотя в целом за анализируемый период заболеваемость снизилась на 24,2%.

Показатели заболеваемости другими дерматитами за первые 4 года были нестабильными, с 2014 г. наблюдался ежегодный рост. Максимальное значения показателя отмечено в 2017 г. В целом за анализируемый период заболеваемость другими дерматозами выросла на 146,4%, относительно предыдущего года — на 10,3%.

Показатели заболеваемости псориазом за первые 3 года анализируемого периода ежегодно нарастали до 5,1%, к 2013 г. относительно предыдущего года произошло снижение на 30,4%. Далее ежегодно происходил рост, к 2017 г. от минимального значения (в 2013 г.) показатель вырос на 24,8%. При этом за последние 2 года показатели оставались практически на одном уровне. В целом за анализируемый период произошло снижение на 8,6%.

Из нозологических форм снижения показателей произошло по большинству заболеваний, в том числе атопическому дерматиту на 24,2% (с 199,5 до 151,3 на 100 тыс. населения), псориазу — на 8,6% (с 42,9 до 39,2 на 100 тыс. населения), псориазу артропатическому — на 31,8% (с 4,4 до 3 на 100 тыс. населения), локализованной склеродермии — на 41,5% (с 4,1 до 2,4 на 100 тыс. населения). При этом выросли показатели заболеваемости контактным дерматитом на 49,8% (с 811,9 до 1216,2 на 100 тыс. населения), другими дерматозами на 146,4% (с 77,1 до 190 на 100 тыс. населения).

В структуре учитываемых болезней кожи и подкожной клетчатки, зарегистрированных впервые, максимальную часть занимали контактные дерматиты. Их доля за анализируемый период выросла с 71,1 до 75,9%. Далее следовал атопический дерматит, доля которого в структуре учитываемых болезней уменьшилась в 1,9 раза. При этом выросла доля других дерматозов (куда входит и экзема) в 1,7 раза.

### Заключение

Результаты исследования показали, что за период 2010—2017 гг. общая заболеваемость болезнями кожи и подкожной клетчатки среди всего населения Ставропольского края выросла на 20,5%, несмотря на снижение впервые выявленной заболеваемости на 4,6%.

Из болезней кожи и подкожной клетчатки, зарегистрированных впервые и в целом, наиболее высокими были показатели заболеваемости по контактному дерматиту.

Сравнительный анализ структуры общей заболеваемости болезнями кожи, зарегистрированными всего и впервые, выявленной в Ставропольском крае, показал превалирование контактного дерматита, далее по мере убывания следуют атопический дерматит и другие дерматиты.

Показатели заболеваемости по большинству учитываемых болезней кожи и подкожной клетчатки имеют тенденцию к снижению.

Исследование не имело спонсорской поддержки. Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

### ЛИТЕРАТУРА

1. Римащевская Н. М., Русанова Н. Е. Здоровье россиян и приоритеты общественного здоровья. О приоритетных направлениях развития здравоохранения Российской Федерации (к «правительственному часу» 403-го заседания Совета Федерации Федерального Собрания Российской Федерации. 23 декабря 2016). *Аналитический вестник*. 2016;54(653).
2. Силина Л. В., Харахордина Ю. Е., Ушаков Н. А., Карпова А. В., Ноздрин В. И. Изучение кожных проявлений и психосоматического статуса у больных псориазом при включении в комплексную терапию препаратов Уродерм и Нафтадерм. *Вестник последилового медицинского образования*. 2016;(3):15—24.
3. Кубанова А. А., Кубанов А. А., Николас Д. Ф. Иммунологические механизмы псориаза: новые стратегии биологической терапии. *Клиническая дерматология и венерология*. 2010;(1):3—47.
4. Потекаев Н. Н., Корсунская И. М., Гусева С. Д. Роль иммунных факторов в развитии склеродермии. *Клиническая дерматология и венерология*. 2014;12(3):4—10.
5. Потекаев Н. Н., Хамаганова И. В., Новосельцев М. В. Диссеминированная красная волчанка в пожилом возрасте. *Клиническая дерматология и венерология*. 2016;15(5):21—4.
6. Хамаганова И. В., Маляренко Е. Н., Васильева А. Ю. Очаговая склеродермия, развивавшаяся вследствие флебосклерозирования: описание клинического наблюдения. *Клиническая дерматология и венерология*. 2016;15(4):16—8.
7. Щепин В. О. Обеспеченность населения Российской Федерации основным кадровым ресурсом государственной системы здравоохранения. *Проблемы социальной гигиены и история медицины*. 2013;(6):24—8.
8. Щепин В. О. Структурно-функциональный анализ коечного фонда лечебно-профилактических организаций государственной системы здравоохранения Российской Федерации. *Проблемы социальной гигиены и история медицины*. 2014;(1):15—8.
9. Щепин В. О., Коротких О. В. Перспективы развития здравоохранения Российской Федерации. *Проблемы социальной гигиены и история медицины*. 2015;(6):3—5.
10. Линденбратен А. Л. Один из подходов к статистической оценке качества медицинской помощи. *Управление качеством медицинской помощи*. 2014;(3):35.

Поступила 17.01.2019  
Принята в печать 30.01.2019

### REFERENCES

1. Rimashevskaya N. M., Rimashevskaya N. M., Rusanova N. E. Russian health and public health priorities. On the priority directions of the development of health care in the Russian Federation (to the "governmental hour" of the 403rd meeting of the Council of Federation of the Federal Assembly of the Russian Federation. December 23, 2016). *Analyticheskij vestnik*. 2016;54(653) (in Russian).
2. Silina L. V., Harahordina Yu. E., Ushakov N. A., Karpova A. V., Nozdrin V. I. Study of skin manifestations and psychosomatic status in patients with psoriasis with the inclusion of Uroderm and Naftaderm in the complex therapy. *Vestnik poslediplomnogo medicinskogo obrazovaniya*. 2016;(3):15—24 (in Russian).
3. Kubanova A. A., Kubanov A. A., Nikolas D. F. Immune mechanisms of psoriasis: new strategies for biological therapy. *Klinicheskaya dermatologiya i venerologiya*. 2010;(1):3—47 (in Russian).
4. Potekaev N. N., Korsunskaya I. M., Guseva S. D. The role of immune factors in the development of scleroderma. *Klinicheskaya dermatologiya i venerologiya*. 2014;12(3):4—10 (in Russian).
5. Potekaev N. N., Hamaganova I. V., Novosel'cev M. V. Disseminated lupus erythematosus in old age. *Klinicheskaya dermatologiya i venerologiya*. 2016;15(5):21—4 (in Russian).
6. Hamaganova I. V., Malyarenko E. N., Vasil'eva A. Yu. Focal scleroderma that developed as a result of phlebosclerosis: a description of clinical observation. *Klinicheskaya dermatologiya i venerologiya*. 2016;15(4):16—8 (in Russian).
7. Shchepin V. O. Provision of the population of the Russian Federation with the main personnel resource of the public health system. *Problems of social hygiene and history of medicine*. 2013;(6):24—8.



Здоровье и общество

- lemy social'noj gigieny i istoriya mediciny*. 2013;(6):24—8 (in Russian).
8. Shchepin V. O. Structural and functional analysis of bed capacity of treatment-and-prophylactic organizations of the state health care system of the Russian Federation. *Problemy social'noj gigieny i istoriya mediciny*. 2014;(1):15—8 (in Russian).
  9. Shchepin O. P., Korotkih O. V. Prospects for the development of health care in the Russian Federation. *Problemy social'noj gigieny i istoriya mediciny*. 2015;(6):3—5 (in Russian).
  10. Lindenbraten A. L. One of the approaches to the statistical assessment of the quality of care. *Upravlenie kachestvom medicinskoj pomoshchi*. 2014;(3):35 (in Russian).

© Коллектив авторов, 2019  
УДК 614.2

Полунина В. В.<sup>1</sup>, Мустафина Г. Т.<sup>2</sup>, Шарафутдинова Н. Х.<sup>2</sup>, Латыпов А. Б.<sup>2</sup>, Шарафутдинов М. А.<sup>2</sup>

### ФАКТОРЫ РИСКА ФОРМИРОВАНИЯ ЗДОРОВЬЯ ГОРОДСКИХ И СЕЛЬСКИХ ЖЕНЩИН

<sup>1</sup>ФГБОУ ВО «Российский национальный исследовательский медицинский университет им. Н. И. Пирогова» Минздрава России, 117997, г. Москва;  
<sup>2</sup>ФГБОУ ВО «Башкирский государственный медицинский университет» Минздрава России, 450008, г. Уфа

*Целью исследования является социально-гигиеническая характеристика образа и условий жизни городских и сельских женщин и оценка их значения в формировании здоровья. Материалами исследования были число впервые зарегистрированных хронических заболеваний в течение 5 лет, среднее число обращений по поводу заболеваний в течение года, результаты анкетирования. Социально-гигиеническое исследование показало, что среди городских женщин больше разведенных и меньше вдовых, чем среди сельских. Городские женщины характеризуются более высоким уровнем образования, большее число из них имеют постоянную работу, их физическая активность ниже, чем у сельских. Сельских женщин от городских отличали более низкий уровень образования, низкая медицинская активность, частое потребление алкоголя, более низкий доход. Среди сельских женщин 36% вошли в третью оценочную группу здоровья. Установлено, что наибольшее влияние на состояние здоровья городских женщин оказывают нерациональное питание, низкая физическая активность, низкая медицинская активность, вредные производственные факторы, частые стрессы на работе и в быту, на здоровье сельских женщин — низкий доход, низкая медицинская активность, преимущественно физический труд, нерациональное питание, частое потребление алкоголя.*

*К л ю ч е в ы е с л о в а :* женщины; город; село; образ жизни; медицинская активность; здоровье; факторы риска.

**Для цитирования:** Полунина В. В., Мустафина Г. Т., Шарафутдинова Н. Х., Латыпов А. Б., Шарафутдинов М. А. Факторы риска формирования здоровья городских и сельских женщин. Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. 2019;27(4):438—442. DOI: <http://dx.doi.org/10.32687/0869-866X-2019-27-4-438-442>

**Для корреспонденции:** Шарафутдинова Назира Хамзиновна, д-р мед. наук, профессор, зав. кафедрой общественного здоровья и организации здравоохранения с курсом института дополнительного профессионального образования ФГБОУ ВО «Башкирский государственный медицинский университет» Минздрава России, e-mail: nazira-h@rambler.ru

Polunina V. V.<sup>1</sup>, Mustafina G. T.<sup>2</sup>, Sharafutdinova N. Kh.<sup>2</sup>, Latypov A. B.<sup>2</sup>, Sharafutdinov M. A.<sup>2</sup>

### THE RISK FACTORS OF HEALTH FORMATION IN URBAN AND RURAL WOMEN

<sup>1</sup>The Federal State Budget Educational Institution of Higher Education «N. I. Pirogov Russian National Research Medical University» Minzdrav of Russia, 117997, Moscow, Russia;

<sup>2</sup>The Federal State Budget Educational Institution of Higher Education «The Bashkir State Medical University» of Minzdrav of Russia, 450008, Ufa, Russia

*The purpose of the study is the socio-hygienic characteristics of the lifestyle and living conditions of urban and rural women and the assessment of their importance in the formation of health. The materials of the study were: the number of newly registered chronic diseases for 5 years, the average number of complaints about diseases during the year, the results of the survey. A socio-hygienic study shows that among urban women there are more divorced women than among rural women, fewer widows, urban women have higher levels of education, more permanent jobs, low physical activity, etc. Rural women were distinguished from urban women by lower level of education, low medical activity, frequent alcohol consumption, lower income, etc. Among urban women, more than in the first health assessment group (18.4% of women), among rural women 14.6% and less than in the third health assessment group (30.2%). Among rural women, 36.0% were in the third health assessment group. It was found that the greatest impact on the health of urban women have irrational nutrition, low physical activity, low medical activity, harmful production factors, frequent stress at work and at home, on the health of rural women: low income, low medical activity, mainly physical labor, irrational nutrition, frequent alcohol consumption.*

*К е y o r d s :* women; city; countryside; lifestyle; medical activity; health; risk factors.

**For citation:** Polunina V. V., Mustafina G. T., Sharafutdinova N. Kh., Latypov A. B., Sharafutdinov M. A. The risk factors of health formation in urban and rural women. *Problemy sotsialnoy gigieny, zdravookhraneniya i istorii meditsiny*. 2019;27(4):438—442 (In Russ.). DOI: <http://dx.doi.org/10.32687/0869-866X-2019-27-4-438-442>

**For correspondence:** Sharafutdinova N. Kh., doctor of medical sciences, professor, the Head of the Chair of Public Health and Health Care Organization of Bashkir State Medical University. e-mail: nazira-h@rambler.ru

**Conflict of interests.** The authors declare absence of conflict of interests.

**Acknowledgment.** The study had no sponsor support

Received 27.03.2019  
Accepted 03.04.2019

### Введение

Состояние здоровья женщин формируется под воздействием множества факторов. В городских условиях факторами, оказывающими позитивное влияние на состояние здоровья населения, можно назвать наличие централизованного водоснабжения и канализации, централизованного отопления, более высокий уровень образования, культуры и социаль-

ного статуса населения. Однако в условиях города население больше подвергается стрессам, воздействию загрязнения окружающей среды, чему способствует и большая плотность населения. В сельской местности положительными факторами можно назвать благополучие окружающей среды в плане загрязнения ее выбросами производств и автотранспорта. Однако для сельской местности характерны недостаточная доступность медицинской помощи,

Здоровье и общество

низкая медицинская активность населения, низкая информированность о факторах риска для здоровья. Все это может отразиться на заболеваемости населения, последствием которой является высокая смертность и инвалидность людей [1—3].

Артериальная гипертензия (АГ), ожирение, дислипидемия, курение, стресс, низкая физическая активность выступают основными факторами риска хронических заболеваний и являются общими для мужчин и женщин [4—9].

По данным Е. А. Николаюк, существуют некоторые сходства и различия самосохранительного поведения и отношения сельских и приезжих городских жителей к своему здоровью [10]. По мнению исследователя, сходства выражаются в поведении во время болезни, самолечении, а различия проявляются в несбалансированном питании, связанном с сезонными особенностями трудовой деятельности сельских жителей, в мотивах злоупотребления алкоголем и табакокурения. Помимо влияния на общее состояние здоровья женщин, авторы приводят данные о факторах риска, приводящих к развитию отдельных гинекологических заболеваний [11].

Целью исследования явилась социально-гигиеническая характеристика образа и условий жизни городских и сельских женщин и оценка их значения в формировании здоровья.

**Материалы и методы**

Материалами изучения состояния здоровья женщин послужили данные выкопировки первично за-

регистрированных заболеваний из медицинской карты пациента, получающего медицинскую помощь в амбулаторных условиях в течение 5 лет, среднее число обращений по поводу заболевания в медицинские организации и результаты самооценки здоровья женщинами. Составление социально-гигиенического портрета и оценка медицинской активности городских и сельских женщин провели на основе опроса 3800 женщин в возрасте 20—55 лет. Городские женщины прошли анкетирование на базе городской клинической больницы № 21 Уфы, сельские женщины — на базе поликлиники ЦРБ, участковых больниц, амбулаторий и фельдшерско-акушерских пунктов (ФАП) Чекмагушевского района Республики Башкортостан. Вопросы анкеты состояли из нескольких блоков (табл. 1).

Респонденты были сопоставимы по возрасту: средний возраст городских женщин составил  $42,5 \pm 1,5$  года, сельских —  $43,9 \pm 1,7$  года ( $p > 0,05$ ). Анкетирование проводилось раздаточным методом. Анкета включала вопросы закрытого и открытого типов и состояла из 76 вопросов. Были рассчитаны относительные и средние величины, оценка достоверности различий между показателями. Для выявления доли влияния факторов риска на формирование хронической патологии проведен однофакторный анализ.

С учетом наличия хронического заболевания, кратности обращений женщин в течение года в медицинскую организацию и самооценки состояния

Таблица 1

Основные блоки вопросов исследования

Блок 1	Блок 2	Блок 3	Блок 4
изучение социально-гигиенической характеристики женщин (возраст, семейное положение, образование, занятость)	второй блок – на характеристику условий труда и быта (занятость физическим трудом, воздействие факторов производства)	изучение медицинской активности (своевременное обращение при возникновении жалоб в медицинскую организацию, соблюдение режима лечения, рекомендаций врача, прохождение медицинских осмотров, контроль за артериальным давлением, соблюдение сроков диспансерного наблюдения, соблюдение режима и рациональности питания, курение, частое употребление алкоголя – 3 и более раз в неделю, физическая активность, режим сна и отдыха и другие)	удовлетворенность организацией первичной медико-санитарной помощи

Таблица 2

## Оценочные группы по основным показателям исследования

Оценочная группа 1	Оценочная группа 2	Оценочная группа 3
Женщины, не имеющие хронических заболеваний, обращающиеся к врачу в течение года не более 2-х раз и оценившие свое здоровье как хорошее	Прочие	Женщины, имеющие 3 и более хронических заболеваний, с кратностью обращения в течение года 7,8 раза и оценившие свое здоровье как плохое

Таблица 3

## Распределение городских и сельских женщин на оценочные группы здоровья

Показатели	Оценочные группы здоровья		
	первая	вторая	третья
Городские женщины			
Всего	18,4	51,4	30,2
- до 40 лет	27,8	46,8	25,4
- старше 40 лет	12,2	53,6	34,2
Сельские женщины			
Всего	14,6	49,4	36,0
- до 40 лет	20,9	49,6	29,5
- старше 40 лет	8,4	49,0	42,6

здоровья женщин распределили на три оценочные группы (табл. 2).

## Результаты исследования

Сравнительная социально-гигиеническая характеристика городских и сельских женщин показала, что 66,1% женщин состоят в юридически оформленном браке (среди сельских женщин их чуть больше). Среди городских женщин 9,6% разведенных и значительно меньше вдовых (3,1 и 11,3% соответственно;  $p < 0,05$ ). Однако среди городских женщин достоверно больше, чем среди сельских, одиноких (11,3 и 4,4% соответственно). По образовательному уровню городские и сельские женщины также имели различия. Городские женщины отличались более высоким уровнем образования, среди них 45,9% были с высшим образованием, а среди сельских женщин тако-

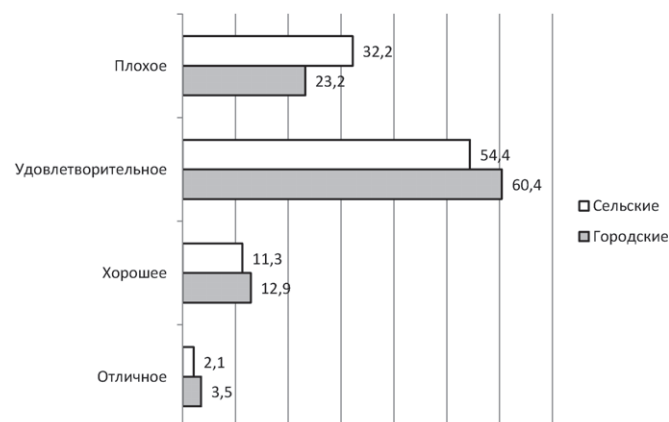


Рис. 1. Распределение ответов на вопрос «Как бы Вы оценили состояние своего здоровья?» (в %).

Таблица 4

## Социально-гигиеническая характеристика городских и сельских женщин с первой и третьей оценочной группой здоровья (в %)

Характеристики	Первая оценочная группа		Третья оценочная группа	
	городские женщины	сельские женщины	городские женщины	сельские женщины
Имеет постоянную работу	88,3	43,0	62,5	49,4
Подвергается воздействию факторов производственной среды	13,3	19,2	58,1	38,7
Занята преимущественно физическим трудом	32,6	49,7	58,1	71,4
Испытывает частые стрессы на работе и дома	26,2	60,4	66,9	63,2
Часто потребляет алкоголь	34,6	45,2	57,9	70,6
Курит	29,2	15,2	35,5	18,4
Имеет низкую медицинскую активность	12,7	51,8	69,9	71,8
Не соблюдает режим питания	50,4	53,8	68,2	72,4
Питается не рационально	30,8	55,8	73,6	70,8
Имеет низкий доход	19,4	67,2	32,6	73,1
Жилищные условия плохие	48,3	68,4	52,4	60,6
Имеет низкую физическую активность	21,2	22,5	71,6	25,0
Имеет недостаточную продолжительность сна	29,2	57,5	38,4	53,1

вых было 13,4% ( $p < 0,05$ ). Среди сельских женщин имели среднее общее образование 34,6%, среди городских — 51,9% ( $p < 0,05$ ).

Постоянную работу имеют в большей степени женщины, проживающие в городе (80,2%) по сравнению с сельскими (46,2%); 35,6% из них подвергаются воздействию вредных производственных факторов.

Также среди городских женщин в 1,5 раза меньше занятых преимущественно физическим трудом, в 1,4 раза меньше часто потребляющих алкоголь, в 1,8 раза — лиц с низкой медицинской активностью. Большая часть сельских женщин по сравнению с городскими имела низкий доход (71,3 и 25,8% соответственно), проживали в плохих жилищных условиях (65,4 и 50,1% соответственно).

На рис. 1 представлена оценка состояния здоровья респонденток из числа городских и сельских женщин.

Анализ распределения женщин на оценочные группы здоровья показал, что среди городских преобладают лица с первой оценочной группой здоровья (18,4% в городе и 14,6% в селе), а среди сельских женщин — с третьей оценочной группой здоровья (30,2% в городе и 36% в селе). Женщин с первой оценочной группой здоровья достоверно больше в возрасте до 40 лет и проживающих в городской местности (27,8% в городе и 20,9% в селе;  $p < 0,05$ ), а с третьей оценочной группой здоровья достоверно больше среди женщин после 40 лет и проживающих в сельской местности (34,2% в городе и 42,6% в селе,  $p < 0,05$ ) (табл. 3).

Здоровье и общество

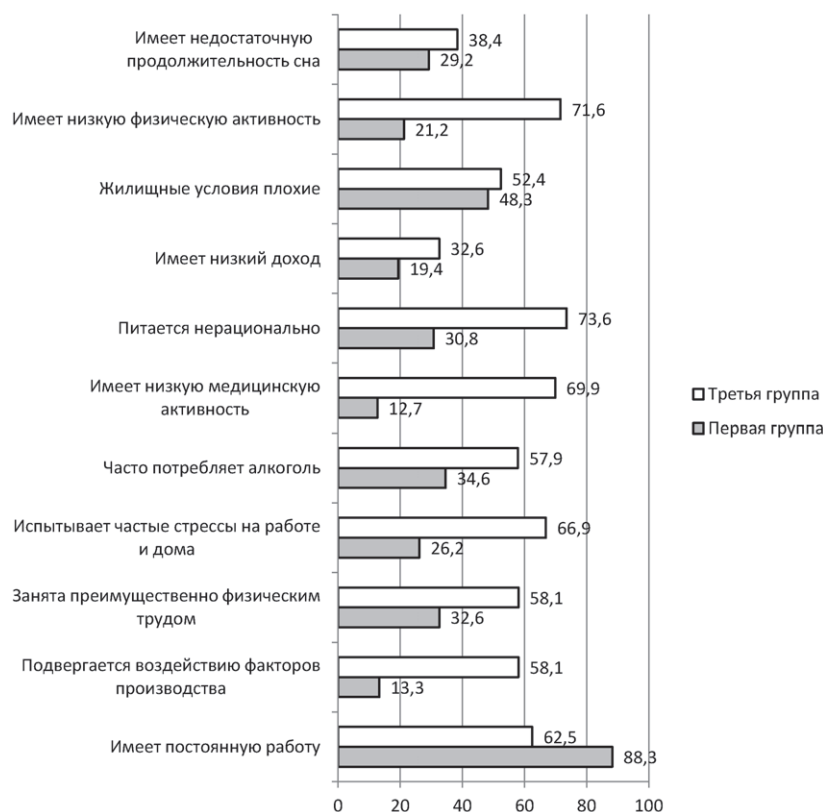


Рис. 2. Социально-гигиеническая характеристика городских женщин первой и третьей оценочных групп здоровья (в %).

Социально-гигиеническая характеристика городских женщин, отнесенных в первую и третью оценочные группы здоровья, показала, что достоверные различия выявлены по наличию постоянной работы, занятости физическим трудом, подверженности воздействию факторов производства, подверженности частым стрессам (рис. 2).

Среди сельских женщин, отнесенных в третью оценочную группу здоровья, достоверно выше, чем среди отнесенных в первую оценочную группу, доля питающихся нерационально, с низкой физической активностью (рис. 3). Среди сельских женщин, отнесенных в третью оценочную группу здоровья, по степени влияния первые пять мест заняли: низкий доход, низкая медицинская активность, преимущественно физический труд, нерациональное питание, частое потребление алкоголя.

В первой оценочной группе городские женщины отличались от сельских тем, что среди них в 2 раза больше имеющих постоянную работу и 2 раза больше курящих (табл. 4). Среди сельских женщин первой оценочной группы значи-

тельно больше занятых преимущественно физическим трудом, с низкой медицинской активностью, питающихся нерационально.

Отнесенные в третью оценочную группу городских женщины отличались от сельских наличием постоянной работы, воздействием производственных факторов, курением.

Среди сельских женщин третьей оценочной группы по сравнению с городскими больше занятых физическим трудом, имеющих низкий доход, часто потребляющих алкоголь (см. табл. 4).

**Выводы**

1. Сравнительная социально-гигиеническая характеристика городских и сельских женщин показала, что среди городских несколько больше разведенных и значительно меньше вдовых. Высшее образование имели 45,9% городских и 13,4% сельских женщин. Третья часть сельских женщин имели среднее общее образование, среди городских женщин таких меньше в 2 раза. Среди городских женщин 80,2%, а среди сельских женщин 46,2% имели постоянную работу; 71,3 и 25,8% соответственно имели низкий доход. Проживали в плохих жилищных условиях 65,4 и 50,1% соответственно.

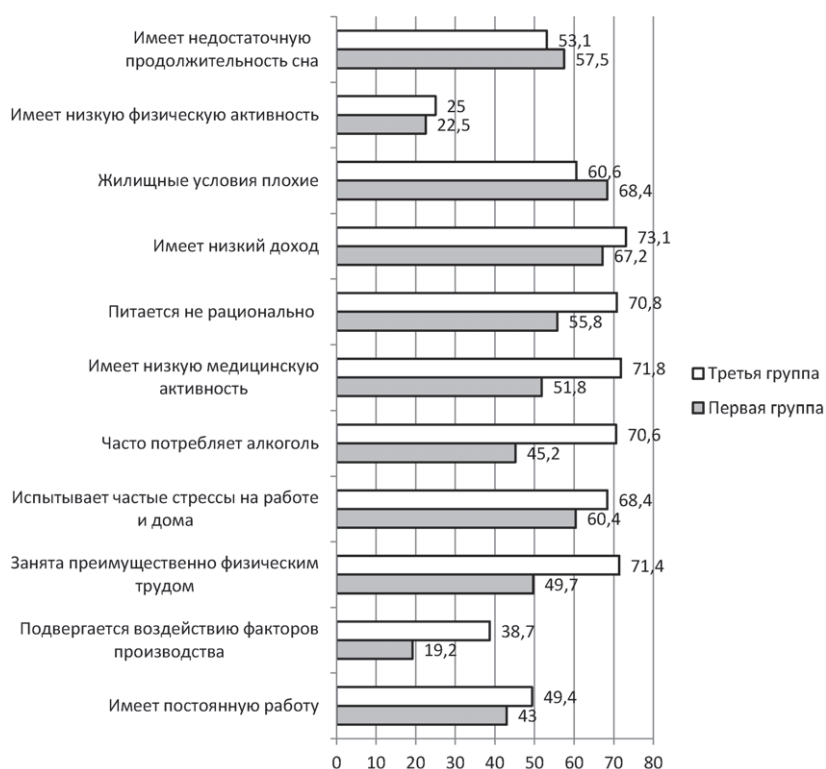


Рис. 3. Социально-гигиеническая характеристика сельских женщин первой и третьей оценочных групп здоровья (в %).

2. По распространенности среди женщин хронических заболеваний, частоте обращаемости в течение года за медицинской помощью по поводу заболевания и результатам самооценки здоровья среди городских женщин в первую оценочную группу вошли 18,4%, среди сельских — 14,6%; во вторую оценочную группу — 53,6 и 49,9% соответственно, в третью оценочную группу — 30,2 и 36% соответственно.

3. Были ранжированы факторы риска влияния на состоянии здоровья женщин, отнесенных в третью оценочную группу здоровья. Среди городских женщин по степени влияния на здоровье первые пять мест заняли нерациональное питание, низкая физическая активность, низкая медицинская активность, вредные производственные факторы, частые стрессы на работе и в быту, среди сельских женщин — низкий доход, низкая медицинская активность, преимущественно физический труд, нерациональное питание, частое потребление алкоголя.

Исследование не имело спонсорской поддержки.  
Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

#### ЛИТЕРАТУРА

- Айдинов Г. Т., Марченко Б. И., Синельникова Ю. А. Многомерный анализ структуры долевого вклада потенциальных факторов риска при злокачественных новообразованиях трахеи, бронхов, легкого. *Анализ риска здоровью*. 2017;(1):47—55.
- Иванова А. Е., Михайлов А. Ю. Оценка демографической политики по снижению смертности на региональном уровне. *Социальные аспекты здоровья населения*. 2017;57(5). Доступно по ссылке: <http://vestnik.mednet.ru/content/view/914/30/> (дата обращения 05.03.2019). doi: 10.21045/2071-5021-2017-57-5-1
- Полунин В. С., Полунина Н. В., Буслева Г. Н., Турбина Ю. О. Социально-гигиенические аспекты профилактики абортов. *Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины*. 2018;26(3):148—50. doi: 10.18821/0869-866X-2018-26-3-148-150
- Шишкова В. Н., Ременник А. Ю. Нарушения в системе гемостаза у пациенток с метаболическим синдромом. *Проблемы женского здоровья*. 2012;7(2):17—22.
- Перова Е. Ю., Гуменюк Е. Г. Снижение ранних репродуктивных потерь как резерв улучшения демографической ситуации Кольского заполярья (на примере г. Мончегорска). *Вестник Российского университета дружбы народов. Серия Медицина*. 2010;(4):401—5.
- Цыганкова О. В., Платонов Д. Ю., Николаев К. Ю., Бондарева З. Г., Рагино Ю. И., Латынцева Л. Д. Распространенность субдепрессии у пациентов с хронической ишемической болезнью сердца и ее связь с демографическими и социально-экономическими факторами. *Проблемы женского здоровья*. 2014;9(2):18—26.
- Толпыгина С. Н., Марцевич С. Ю. Ацетилсалициловая кислота в профилактике сердечно-сосудистых осложнений у женщин. *Проблемы женского здоровья*. 2012;7(1):65—73.
- Калмыкова М. А., Эльгаров А. А., Апшева Е. А., Эльгаров М. А. Распространенность ишемической болезни сердца и факторов риска развития атеросклероза среди женщин различных профессиональных групп. *Проблемы женского здоровья*. 2015;10(4):16—22.
- Шельгин К. В. Алкогольная и неалкогольная составляющие смертности в России, 1980—2015 гг. *Социальные аспекты здоровья населения*. 2017;55(3). Доступно по ссылке: <http://vestnik.mednet.ru/content/view/839/30/> (дата обращения 05.03.2019). doi: 10.21045/2071-5021-2017-55-3-9
- Николаюк Е. А. Самооценка здоровья и самосохранительное поведение сельских жителей и дачников Костромской области. *Социальные аспекты здоровья населения*. 2015;43(3): 18—22. Доступно по ссылке: <http://vestnik.mednet.ru/content/view/681/30/lang.ru> (дата обращения 05.03.2019).
- Зиганшин А. М., Кулавский В. А., Ящук А. Г., Масленников А. В., Кулавский Е. В. Характеристика факторов риска и клинических проявлений пролапса гениталий у нерожавших женщин. *Акушерство и гинекология: новости, мнения, обучение*. 2018;(2):58—63.

Поступила 27.03.2019  
Принята в печать 03.04.2019.

#### REFERENCE

- Aydinov G. T., Marchenko B. I., Sinelnikova Yu. A. Multivariate analysis of structure and contribution per shares made by potential risk factors at malignant neoplasms in trachea, bronchial tubes and lung. *Analiz riska zdorov'yu*. 2017;(1):47—55 (in Russian).
- Ivanova A. E., Mikhailov A. Yu. Assessment of population policy aimed at reducing mortality at the regional level in Russia. *Social'nye aspekty zdorov'ya naseleniya*. 2017;57(5). Available from: <http://vestnik.mednet.ru/content/view/914/30/> (accessed 5 March 2019) (in Russian). doi: 10.21045/2071-5021-2017-57-5-1
- Polunin V. S., Polunina N. V., Buslaeva G. N., Turbina Yu. O. The social hygienic aspects of prevention of abortions. *Problemy sotsialnoi gigieny, zdavoookhraneniya i istorii meditsiny*. 2018;26(3):148—50 (in Russian). doi: 10.18821/0869-866X-2018-26-3-148-150
- Shishkova V. N., Remennik A. Yu. Disorders of hemostasis system in patients with metabolic syndrome. *Problemy zhenskogo zdorov'ya*. 2012;7(2):17—22 (in Russian).
- Perova E. Y., Gumenjuk E. G. Reducing of early reproductive losses as a reserve of improvement of demographic situation in Cola Polar region (on Monchegorsk for example). *Vestnik Rossiiskogo universiteta druzhby narodov. Seriya: meditsina*. 2010;(4):401—5 (in Russian).
- Tsygankova O. V., Platonov D. Y., Nikolaev K. Yu., Bondareva Z. G., Ragino Yu. I., Lатынцева Л. D. Prevalence of subdepression in patients with chronic coronary heart disease and its association with demographic and socio-economic factors. *Problemy zhenskogo zdorov'ya*. 2014;9(2):18—26 (in Russian).
- Tolpegina S. N., Martsevich S. Yu. Acetylsalicylic acid in the prevention of cardiovascular complications in women. *Problemy zhenskogo zdorov'ya*. 2012;7(1):65—73 (in Russian).
- Kalmykova M. A., Elgarov A. A., Apsheva E. A., Elgarov M. A. Ischemic heart disease and atherosclerosis risk factors in women of different professions. *Problemy zhenskogo zdorov'ya*. 2015;10(4):16—22 (in Russian).
- Shelygin K. V. Alcohol and non-alcohol components of mortality in Russia, 1980—2015. *Social'nye aspekty zdorov'ya naseleniya*. 2017;55(3). Available from: <http://vestnik.mednet.ru/content/view/839/30/> (accessed 5 March 2019) (in Russian). doi: 10.21045/2071-5021-2017-55-3-9
- Nikolayuk E. A. Self-assessment of health and self-protective behavior of rural dwellers and summer residents in Kostroma region. *Social'nye aspekty zdorov'ya naseleniya*. 2015;43(3). Available from: <http://vestnik.mednet.ru/content/view/681/30/lang.ru> (accessed 5 March 2019) (in Russian).
- Ziganshin A. M., Kulavsky V. A., Yashchuk A. G., Maslennikov A. V., Kulavsky E. V. Characteristics of risk factors and clinical manifestations of the genital prolapse in nulliparous women. *Akusherstvo i ginekologiya: novosti, mneniya, obuchenie*. 2018;(2):58—63 (in Russian).



# Реформы здравоохранения

© Коллектив авторов, 2019  
УДК 614.2

**Нечаев В. С.<sup>1</sup>, Саурина О. С.<sup>2</sup>, Натаров А. А.<sup>2</sup>, Летникова Л. И.<sup>2</sup>, Будневский А. В.<sup>2</sup>, Токмачев Р. Е.<sup>2</sup>**

## ОСОБЕННОСТИ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ КОМПЬЮТЕРНОГО РЕГИСТРА В ОРГАНИЗАЦИИ АМБУЛАТОРНО-ПОЛИКЛИНИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ БОЛЬНЫМ ЖЕЛЕЗОДЕФИЦИТНОЙ АНЕМИЕЙ

<sup>1</sup>ФГБНУ «Национальный научно-исследовательский институт общественного здоровья им. Н. А. Семашко» Минобрнауки России, 105064, Москва;  
<sup>2</sup>ФГБОУ ВО «Воронежский государственный медицинский университет им. Н. Н. Бурденко» Минздрава России, 394036, Воронеж

*Железодефицитная анемия — клинико-гематологический синдром, который является фактором риска неблагоприятного исхода многих хронических соматических заболеваний. Для оценки эффективности амбулаторно-поликлинической помощи больным с анемией использована компьютерная программа «Система мониторинга пациентов с анемическим синдромом». Исследование включало 1498 пациентов (491 мужчину, 1007 женщин) в возрасте 18—80 лет, находившихся на диспансерном наблюдении у врачей общей практики. Распространенность анемического синдрома в различных возрастно-половых группах варьировала от 11 до 58%. Статистически значимые различия между подгруппами мужчин и женщин выявлены в категориях 18—30, 31—40 и 41—50 лет. У взрослых пациентов трудоспособного возраста анемический синдром выявлялся в 37% случаев обращения за амбулаторной медицинской помощью. У пациентов старше трудоспособного возраста распространенность анемического синдрома была ниже и составила 25,7%. В структуре анемий 48,4% составляли гипохромные, 5,4% — гиперхромные, 46,2% — нормохромные. Исследование на сывороточное железо было назначено в 33,9% случаев гипохромной анемии, в 22,5% случаев нормохромной анемии и в 11,1% случаев гиперхромной анемии. Сывороточное железо определялось у каждого второго пациента с болезнями мочеполовой системы и у каждого третьего с новообразованиями. По остальным нозологиям этот показатель не достигал 2%. Терапия препаратами железа была назначена в 30,6%, введение витамина В<sub>12</sub> — в 1,4% случаев.*

*К л ю ч е в ы е с л о в а:* анемия; дефицит железа; компьютерный регистр.

*Для цитирования:* Неchaев В. С., Саурина О. С., Натаров А. А., Летникова Л. И., Будневский А. В., Токмачев Р. Е. Особенности использования компьютерного регистра в организации амбулаторно-поликлинической помощи больным железодефицитной анемией. Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. 2019;27(4):443—448. DOI: <http://dx.doi.org/10.32687/0869-866X-2019-27-4-443-448>

*Для корреспонденции:* Токмачев Роман Евгеньевич, канд. мед. наук, ассистент кафедры факультетской терапии ФГБОУ ВО «Воронежский государственный медицинский университет им. Н. Н. Бурденко», e-mail: [r-tokmachev@mail.ru](mailto:r-tokmachev@mail.ru)

**Nechaev V. S.<sup>1</sup>, Saurina O. S.<sup>2</sup>, Natarov A. A.<sup>2</sup>, Letnikova L. I.<sup>2</sup>, Budnevsky A. V.<sup>2</sup>, Tokmachev R. E.<sup>2</sup>**

## THE CHARACTERISTICS OF APPLICATION OF COMPUTER REGISTRY IN ORGANIZATION OF AMBULATORY POLYCLINIC CARE OF PATIENTS WITH IRON-DEFICIENCY ANEMIA

<sup>1</sup>The Federal State Budget Scientific Institution «The N. A. Semashko National Research Institute of Public Health», 105064, Moscow, Russia

<sup>2</sup>The Federal State Budget Institution of Higher Education «The N. N. Burdenko Voronezh State Medical University» of Minzdrav of Russia, 394036, Voronezh, Russia

*Anemia is a clinical hematological syndrome and also a risk factor for the adverse outcome of many chronic somatic diseases. To assess effectiveness of out-patient polyclinic care for patients with anemia, the computer program “Patient Monitoring System with Anemic Syndrome” was used. The study included 1498 patients (males — 491; females — 1007) aged from 18 to 80 years old, who were under medical observation by general practitioners. The prevalence of anemic syndrome in different age and gender groups varied from 11 to 58%. Statistically significant differences between subgroups of men and women were found in the categories 18—30 years, 31—40 years and 41—50 years. In adult patients of working age, anemic syndrome during routine examination was detected in 37% of cases of seeking outpatient medical care (anemic syndrome in women was three times more common than in men). In patients older than working age, the prevalence of anemic syndrome was lower and averaged 25.7%.*

*In the structure of anemia, 48.4% are hypochromic, 5.4% are hyperchromic, 46.2% are normochromic. The study for serum iron was prescribed in 33.9% of cases of hypochromic anemia, in 22.5% of cases of normochromic anemia and in 11.1% of cases of hyperchromic anemia. Serum iron was detected in every second patient with diseases of the urogenital system, every third patient with neoplasm. Therapy with iron preparations was prescribed in 30.6%, and the administration of vitamin B<sub>12</sub> — in 1.4% of cases.*

*Key words:* anemia; iron deficiency; computer register.

*For citation:* Nechaev V. S., Saurina O. S., Natarov A. A., Letnikova L. I., Budnevsky A. V., Tokmachev R. E. The characteristics of application of computer registry in organization of ambulatory polyclinic care of patients with iron-deficiency anemia. *Problemy sotsialnoy gigieny, zdравookhraneniya i istorii meditsiny*. 2019;27(4):443—448 (In Russ.). DOI: <http://dx.doi.org/10.32687/0869-866X-2019-27-4-443-448>

*For correspondence:* Tokmachev R. E., candidate of medical sciences, assistant of the Chair of Faculty Therapy of the N. N. Burdenko Voronezh State Medical University. e-mail: [r-tokmachev@mail.ru](mailto:r-tokmachev@mail.ru)

*Conflict of interests.* The authors declare absence of conflict of interests.

*Acknowledgment.* The study had no sponsor support

## Введение

Анемия в амбулаторно-поликлинической практике — это не просто клинико-гематологический синдром, характеризующийся снижением концентрации гемоглобина и эритроцитов в единице объема крови, но и фактор риска неблагоприятного исхода у больных с хроническими соматическими заболеваниями, в первую очередь при сердечно-сосудистой и онкологической патологии. Согласно критериям Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ), анемия регистрируется при снижении концентрации гемоглобина <120 г/л у женщин и <130 г/л у мужчин [1, 2]. На данный момент у каждого пятого пациента может быть диагностирована анемия. Однако судить о частоте встречаемости анемии в реальной практике невозможно: статистический учет ведется по основному заболеванию, анемия же практически всегда вторична и выпадает из поля зрения врачей первичного звена здравоохранения и узких специалистов [3, 4].

Современная тенденция в организации оказания медицинской помощи характеризуется сокращением коечного фонда в стационарах. Это придает ключевое значение амбулаторному звену, в том числе в активном выявлении анемического синдрома и поиске причины, приведшей к его возникновению.

Чтобы понять истинную распространенность анемии на амбулаторно-поликлиническом этапе, необходимо внедрять реестры пациентов, поскольку, с одной стороны, диспансерный учет и регистрация больных с анемией не ведется, с другой — во многих амбулаторных картах, несмотря на наличие низких значений гемоглобина, анемия не вынесена в диагноз [5].

По данным ВОЗ, в 1993—2005 гг. анемии были подвержены 1,62 млрд человек, что составляло 24,8% населения Земли. Аналогичный анализ в 2010 г. показал 1,9 млрд человек, страдающих анемиями, что составляет 27,9%. Ежегодный темп прироста анемий составляет 6,6% [6]. По официальной статистике, в России регистрируется около 1360 тыс. случаев анемии в год.

Необходимо рассматривать не только анемию с точки зрения самостоятельного заболевания, но и ее появление в виде синдрома при различных нозологиях других органов и систем. Часть из них поддается диагностическому поиску, коррекции, лечению, но некоторые формы требуют более тщательной проработки и применения высоких медицинских технологий. По данным ряда исследований, может идти речь о скрытой эпидемии анемии, ее недооценка может иметь серьезные медико-социальные последствия [7, 8]. Существенные различия в числе выявленных больных разного возраста с анемией на уровне медицинской организации в разные годы привлекли внимание к вопросу, насколько часто имеющийся анемический синдром выносится в заключительный диагноз и соответственно учитывается в структуре заболеваемости.

## Материалы и методы

В исследование были включены 1498 пациентов (491 мужчина, 1007 женщин) в возрасте 18—80 лет, находившихся на диспансерном наблюдении у врачей общей практики (семейных врачей) бюджетного учреждения здравоохранения Воронежской области «Воронежская городская клиническая поликлиника № 7» с 1 января по 31 декабря 2017 г. В регистр компьютерной программы были внесены данные 83 мужчин и 417 женщин с анемией (в соответствии с критериями ВОЗ, уровень Hb <130 у мужчин и <120 г/л у женщин) и 408 мужчин и 590 женщин без анемического синдрома. Медианный возраст пациентов исследуемой выборки составил 46 лет (нижний квартиль — 32, верхний квартиль — 60). Подгруппы мужчин и женщин по возрасту статистически значимо не различались. Критериями невключения пациентов в исследование служили возраст пациентов моложе 18 и старше 80 лет, а также беременность или лактация.

Для систематизации и анализа данных была разработана компьютерная программа «Система мониторинга пациентов с анемическим синдромом» с использованием среды программирования Code Gear Delphi. База данных построена на основе СУБД MSAccess, доступ к данным из приложения реализован на базе технологии Active XData Objects (ADO/dbGo). Благодаря этим техническим решениям «Система мониторинга пациентов с анемическим синдромом» может работать на компьютерах с операционной системой семейства Windows, начиная с Windows XP, в которые интегрированы все необходимые инструменты, для запуска указанного программного продукта. База данных состоит из двух частей: «паспортной части» и «данных обследования».

С учетом того, что в РФ отсутствуют специальные опросники для оценки КЖ у больных с анемическим синдромом, в исследовании использована шкала «Анемия», входящая в стандартный опросник FACT-An (Functional Assessment of Cancer Therapy-Anemia scale — шкала функциональной оценки терапии рака у больных с анемией, 4-я версия). Больным предлагалось оценить свое состояние по 5-балльной системе, ответив на список из 20 утверждений, которые, по их мнению, являются существенными и отражают их ситуацию в течение последних 1—3 дней. Понятию полного несогласия с данным утверждением («совсем нет») соответствовал 0 баллов, а полному согласию («очень сильно») — 4 балла. Больные самостоятельно выбирали утверждения, соответствующие их состоянию. Расчеты и оценка полученных результатов выполнены на IBM-совместимом компьютере с операционной системой Windows XP с использованием пакета программ Microsoft Excel 2007, пакета статистической обработки данных Statgraphics Plus 5.1. Обработка материалов исследования проводилась с учетом методов вариационной статистики. Проверка на нормальность количественных признаков проведена методом номограмм.



Реформы здравоохранения

Таблица 1

**Заблеваемость анемией среди взрослых трудоспособного возраста (18 лет и старше) на двух выбранных участках БУЗ ВО «ВГКП № 7» в 2017 г.**

Анемический синдром	Пол				Всего	
	мужчины (n=366)		женщины (n=653)			
	абс.	%	абс.	%	абс.	%
С анемией	60	16,39	317	48,55	377	37,0
Без анемии	306	83,61	366	51,45	672	63,0

Категориальные переменные сравнивали с помощью критерия  $\chi^2$  или точного критерия Фишера. Сравнение количественных показателей осуществлялось с помощью *t*-критерия Стьюдента или рангового метода Вилкоксона (для зависимых групп) и *U*-теста Манна—Уитни (для независимых групп).

**Результаты исследования**

Распространенность анемического синдрома в различных возрастно-половых группах варьировала от 11 до 58% (табл. 1). Статистически значимые различия ( $p < 0,001$ ) между подгруппами мужчин и женщин были обнаружены в категориях 18—30 лет, 31—40 лет и 41—50 лет (табл. 2). После 50 лет различия в частоте анемического синдрома между мужчинами и женщинами становятся статистически незначимы ( $p > 0,05$ ).

При анализе частоты встречаемости анемического синдрома по данным амбулаторных карт у взрослых пациентов трудоспособного возраста оказалось, что в среднем анемический синдром выявлялся при рутинном обследовании 37% пациентов, обратившихся за амбулаторной медицинской помощью по любой причине. При этом анемический синдром у женщин встречался в 3 раза чаще, чем у мужчин (различия статистически значимы,  $\chi^2 = 135,15$  на высоком уровне статистической значимости  $p < 0,001$ ).

У взрослых пациентов старше трудоспособного возраста (с 55 лет у женщин и с 60 лет у мужчин) распространенность анемического синдрома была ниже, чем у взрослых трудоспособного возраста, и составила в среднем 25,7%.

Доля пациентов с анемическим синдромом среди женщин по-прежнему была выше, чем среди мужчин, различия достигали 10%. По распространенности анемического синдрома между мужчинами и женщинами различия среди взрослых старше трудоспособного возраста (с 55 лет у женщин и с 60 лет у

Таблица 2

**Заблеваемость анемией среди взрослых старше трудоспособного возраста (с 55 лет у женщин и с 60 лет у мужчин) на двух выбранных участках БУЗ ВО «ВГКП № 7» в 2017 г.**

Анемический синдром	Пол				Всего	
	мужчины (n=125)		женщины (n=354)			
	абс.	%	абс.	%	абс.	%
С анемией	23	18,4	100	28,25	123	25,7
Без анемии	102	81,6	254	71,75	356	74,3

Таблица 3

**Структура заболеваемости пациентов на двух выбранных участках БУЗ ВО «ВГКП № 7»**

Класс заболеваний	Число наблюдений
I Некоторые инфекционные и паразитарные болезни	11
II Новообразования	127
III Болезни крови, кроветворных органов и отдельные нарушения, вовлекающие иммунный механизм	9
IV Болезни эндокринной системы, расстройства питания и нарушения обмена веществ	65
V Психические расстройства и расстройства поведения	0
VI Болезни нервной системы	28
VII Болезни глаза и его придаточного аппарата	9
VIII Болезни уха и сосцевидного отростка	0
IX Болезни системы кровообращения	303
X Болезни органов дыхания	155
XI Болезни органов пищеварения	109
XII Болезни кожи и подкожной клетчатки	10
XIII Болезни костно-мышечной системы и соединительной ткани	138
XIV Болезни мочеполовой системы	176
XVI Отдельные состояния, возникающие в перинатальном периоде	0
XVII Врожденные аномалии [пороки развития], деформации и хромосомные нарушения	3
XVIII Симптомы, признаки и отклонения от нормы, выявленные при клинических и лабораторных исследованиях, не классифицированные в других рубриках	3
XIX Травмы, отравления и некоторые другие последствия воздействия внешних причин	5
XX Внешние причины заболеваемости и смертности	1
XXI Факторы, влияющие на состояние здоровья населения и обращения в учреждения здравоохранения	345

мужчин) были статистически значимы ( $\chi^2 = 4,7$ ;  $p < 0,05$ )

Была проанализирована структура заболеваемости на двух выбранных участках БУЗ ВО «ВГКП № 7» в разрезе основных классов заболеваний Международной классификации болезней 10-го пересмотра (МКБ-10; табл. 3). По некоторым группам заболеваний (классы: V — психические расстройства и расстройства поведения, VIII — болезни уха и сосцевидного отростка, XVI — отдельные состояния, возникающие в перинатальном периоде, XXII — коды для особых целей) за исследуемый период обращений за медицинской помощью не было предоставлено. Все случаи таких обобщений были исключены из дальнейшего анализа.

По ряду других классов заболеваний число обращений за медицинской помощью было небольшим, что исключает проведение по ним статистического анализа и содержательную интерпретацию обнаруживаемых закономерностей. Это классы: I — некоторые инфекционные и паразитарные болезни; III — болезни крови, кроветворных органов и отдельные нарушения, вовлекающие иммунный механизм, VII — болезни глаза и его придаточного аппарата, XII — болезни кожи и подкожной клетчатки, XVII — врожденные аномалии (пороки развития), деформации и хромосомные нарушения, XVIII — симптомы, признаки и отклонения от нормы, выявленные при клинических и лабораторных исследованиях, не классифицированные в других рубриках, XIX — травмы, отравления и некоторые другие последствия воздействия внешних причин; XX — внешние причины заболеваемости и смертности.

По оставшимся 9 классам заболеваний проведен подробный анализ частоты встречаемости анемического синдрома.

Среди пациентов, отнесенных к классу II — новообразования, доля анемического синдрома достигала 57,48%, что оказалось статистически значимо выше, чем в среднем по выборке с двух участков ( $\chi^2=29,79$ ;  $p<0,001$ ). Соотношение мужчин 31,5% и женщин 68,5% было таким же, как и в целом по выборке ( $\chi^2=0,09$ ;  $p>0,05$ ). Также доля пациентов трудоспособного возраста 73,23% статистически значимо не отличалась от средневыворочного значения 68,02% ( $\chi^2=1,47$ ;  $p>0,05$ ).

Пациентов с болезнями эндокринной системы, расстройствами питания и нарушениями обмена веществ (IV класс МКБ-10) в выборке с двух участков было 65. Женщин было 46, что составило 70,77%, различия со средневыворочными значениями статистически не значимы ( $\chi^2=0,36$ ;  $p>0,05$ ). Доля пациентов с анемическим синдромом составила 26,15%, что не отличалось статистически значимо от среднего (33,38%) значения по выборке ( $\chi^2=1,47$ ;  $p>0,05$ ). В данной группе преобладали (64,62%) пациенты старше трудоспособного возраста, тогда как в целом в рассматриваемой выборке с двух участков доля пациентов старше трудоспособного возраста составила 31,98%. Различия статистически значимы на высоком уровне статистической значимости ( $\chi^2=29,87$ ;  $p<0,001$ ).

Среди пациентов с болезнями нервной системы (VI класс по МКБ-10) преобладали лица трудоспособного возраста (75%), значимых различий с общей выборкой не было выявлено ( $\chi^2=0,62$ ;  $p>0,05$ ). Соотношение мужчин и женщин (39,29 и 60,71% соответственно) также статистически значимо не различалось на двух участках БУЗ ВО «ВГКП № 7» ( $\chi^2=0,53$ ;  $p>0,05$ ). Доля пациентов с анемическим синдромом составила 42,86%, что статистически значимо не отличалось от средневыворочного значения 33,38% ( $\chi^2=1,11$ ;  $p>0,05$ ).

Одной из самых многочисленных групп ( $n=303$ ) в настоящем исследовании оказалась группа больных, относящихся по МКБ-10 к IX классу (болезни системы кровообращения). Доля женщин в этой группе (67,66%) соответствовала доле женщин во всей исследуемой выборке (67,22%). Встречаемость анемического синдрома составила 26,07%, что меньше аналогичного показателя по всей выборке — 33,38% ( $\chi^2=6,77$ ; различия статистически значимы,  $p<0,05$ ). Большинство пациентов с болезнями системы кровообращения (70,63%) были старше трудоспособного возраста, в то время как в целом по выборке наблюдалась обратная картина ( $\chi^2=159,04$ ; различия статистически высоко значимы  $p<0,001$ ).

Доля пациентов с болезнями органов дыхания трудоспособного возраста достигала 75,48%, что статистически значимо не отличалось от всей выборки в целом — 68,02% ( $\chi^2=3,64$ ;  $p>0,05$ ). Доля мужчин (44,52%) в подгруппе болезней органов дыхания также была статистически значимо выше, чем в целом в выборке ( $\chi^2=8,64$ ;  $p<0,01$ ). Частота встречаемости

анемического синдрома на уровне 21,94% была статистически значимо меньше аналогичного показателя по всей выборке (33,38%;  $\chi^2=8,41$ ;  $p<0,01$ ).

В группе пациентов с болезнями органов пищеварения (класс XI) в целом наблюдалась тенденция, как и в группе с болезнями органов дыхания. Доля пациентов с болезнями органов пищеварения трудоспособного возраста достигала 66,06% и статистически значимо не отличалась от выборки в целом (68,02%;  $\chi^2=0,18$ ;  $p>0,05$ ). Доля мужчин (44,92%) в подгруппе болезней органов пищеварения также была существенно выше, чем в целом в выборке ( $\chi^2=6,75$ ;  $p<0,01$ ). Встречаемость анемического синдрома на уровне 21,1% была статистически значимо меньше аналогичного показателя по всей выборке (33,38%;  $\chi^2=6,98$ ;  $p<0,01$ ).

Группа пациентов с болезнями костно-мышечной системы и соединительной ткани состояла из 138 человек (класс XIII по МКБ-10). Доля женщин в этой группе (61,59%) статистически значимо не отличалась от доли женщин во всей исследуемой выборке ( $\chi^2=1,8$ ;  $p>0,05$ ). Частота встречаемости анемического синдрома на уровне 15,22%, была вдвое меньше распространенности анемического синдрома по всей выборке (33,38%;  $\chi^2=19,2$ ;  $p<0,001$ ). Соотношение больных трудоспособного (68,84%) и старше трудоспособного (31,16%) возраста в подгруппе болезней костно-мышечной системы и соединительной ткани в целом повторяло аналогичные в рассматриваемой выборке целиком (68,02 и 31,98% соответственно; статистически значимых различий нет;  $\chi^2=0,04$ ;  $p>0,05$ ).

Многочисленная группа пациентов XIV класса по МКБ-10 — болезни мочеполовой системы — почти полностью была представлена пациентами женского пола (95,45%), что статистически значимо отличалось от рассматриваемой выборки по двум участкам БУЗ ВО ВГКП № 7 в целом ( $\chi^2=59,99$ ;  $p<0,001$ ). Доля пациентов с анемией в этой группе также была максимальной по сравнению с остальными подгруппами и достигала 88,07%. Различия по сравнению с выборкой по двум участкам целиком статистически высоко значимы ( $\chi^2=197,78$ ;  $p<0,001$ ). Также доля пациентов трудоспособного возраста в подгруппе болезней мочеполовой системы была максимальной (92,05%), что оказалось статистически значимо выше, чем в целом по выборке по двум участкам ( $\chi^2=43,74$ ;  $p<0,001$ ).

Самая многочисленная группа в настоящем анализе принадлежит к классу XXI по МКБ-10 — факторы, влияющие на состояние здоровья населения и обращения в учреждения здравоохранения — имела в своем составе 345 человек. К этой категории относятся обращения в лечебно-профилактические учреждения не в связи с имеющимся заболеванием, а по другим причинам, связанным со здоровьем (например, вакцинация, патронаж новорожденных, выдача повторного рецепта, обращение для медицинского осмотра и обследования, в том числе по вопросам репродуктивного здоровья).

## Реформы здравоохранения

Гендерная структура в данной подгруппе близка к структуре рассматриваемой выборки в целом: доля женщин — 63,48%, мужчин — 36,52% (всего — 67,22% женщин и 32,78% мужчин; различия статистически не значимы —  $\chi^2=1,77$ ;  $p>0,05$ ). Доля лиц трудоспособного возраста, обратившихся в поликлинику, из подгруппы «факторы, влияющие на состояние здоровья населения и обращения в учреждения здравоохранения», была также статистически значимо выше, чем в целом по исследуемой выборке ( $\chi^2=61,05$ ;  $p<0,001$ ). При этом у 63 (18,26%) человек при обследовании был выявлен анемический синдром. Хотя этот показатель статистически значимо ниже, чем распространенность анемического синдрома в целом по двум рассматриваемым участкам БУЗ ВО ВГКП № 7 ( $\chi^2=30,2$ ;  $p<0,001$ ), следует учитывать, что обращения не были связаны с каким-либо острым заболеванием или обострением хронического заболевания.

Из 500 пациентов с анемическим синдромом гипохромия эритроцитов (ЦП <0,85) была выявлена в 242 случаях (48,4%), гиперхромия (ЦП >1,05) — в 27 случаях (5,4%), в остальных 231 случае (46,2%) анемия носила характер нормохромной.

Исследование на сывороточное железо было назначено в 82 случаях гипохромной анемии (59,85% от всех исследований на сывороточное железо), 52 случаях нормохромной анемии (37,96% от всех исследований на сывороточное железо) и в трех случаях (2,19% от всех исследований на сывороточное железо) гиперхромной анемии.

Анализ частоты назначения исследования на сывороточное железо по основным классам МКБ-10 показал, что преобладают XIV класс — болезни мочеполовой системы, где сывороточное железо определялось у каждого второго пациента; и II класс — новообразования. Этим пациентам анализ на сывороточное железо делался в 27,56% случаев. Пациентам III класса — болезни крови, кроветворных органов и отдельные нарушения, вовлекающие иммунный механизм, — сывороточное железо определяли только в одном случае из 9, что составило 11,11%. Доля пациентов других классов МКБ-10, которым был выполнен анализ на сывороточное железо, не достигала 2%. Терапия препаратами железа была назначена в 153 случаях (30,6%), введение витамина B<sub>12</sub> проводилось 7 пациентам.

## Обсуждение

По данным анализа медицинских карт, осуществленного с использованием разработанной программы, анемия была зафиксирована у 208 (13,89%) пациентов, в то время как при анализе с помощью регистра, согласно критериям ВОЗ, анемический синдром имели 500 (33,38%) человек, что говорит о гиподиагностике этого патологического состояния и необходимости направления усилий организаторов здравоохранения на раннее выявление пациентов с анемией, их стратификацию по группам риска, поиск хронической патологии, являющейся причиной анемического синдрома.

Несмотря на высокую частоту анемического синдрома (33,38%) и преобладающий характер гипохромной анемии (59,85% от всех больных с анемическим синдромом), врачами общей практики (семейными врачами) в большинстве случаев не назначается исследование сывороточного железа и отсутствует терапия пероральными препаратами железа. В данной ситуации центральным звеном с точки зрения принятия медико-организационных решений является амбулаторный этап оказания медицинской помощи, поскольку выявление, лечение и профилактика анемии — длительный процесс, нуждающийся в мониторинге с использованием компьютерных регистров пациентов [9, 10].

## Выводы

1. Анализ амбулаторных карт на двух случайным образом отобранных участках БУЗ ВО ВГКП № 7 выявил, что у каждого третьего пациента, обратившегося за амбулаторной помощью, имеется анемический синдром разной степени тяжести.

2. На основании анализа данных регистра больных компьютерной программы «Система мониторинга пациентов с анемическим синдромом» выявлены категории пациентов (по классам МКБ-10) с преобладанием анемического синдрома: II — новообразования (C00-D48), VI — болезни нервной системы (G00-G99), XIV — болезни мочеполовой системы (N00—N99).

3. Анемический синдром был вынесен в качестве основного диагноза в 74 (14,8%) случаях, сопутствующего — в 30 (6%), фонового — в 104 (20,8%). При этом не диагностированными врачами первичного звена здравоохранения были 292 случая анемического синдрома (58,4%).

4. Пациентам с гипохромной анемией исследование сывороточного железа было назначено только в 82 случаях (59,85%), при этом минимальная частота назначений установлена при болезнях органов пищеварения (XI класс) и болезнях эндокринной системы (IV класс), максимальная — при новообразованиях (II класс) и болезнях мочеполовой системы (XIV класс).

5. Терапия препаратами железа больным была назначена в 153 случаях (30,6%), что свидетельствует о низкой информированности врачей общей практики о современных подходах к коррекции железодефицитной анемии у больных с хронической соматической патологией.

Исследование не имело спонсорской поддержки.  
Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

## ЛИТЕРАТУРА

1. WHO. Haemoglobin concentrations for the diagnosis of anaemia and assessment of severity. Vitamin and Mineral Nutrition Information System. Geneva: World Health Organization; 2011 (WHO/NMH/NHD/MNM/11.1).
2. WHO. Iron deficiency anemia: assessment, prevention and control. A guide for programme managers. Geneva; 2001 (WHO/NHD/01.3).
3. Kip M. M., Schop A., Stouten K. Assessing the cost-effectiveness of a routine versus an extensive laboratory work-up in the diagnosis of

- anaemia in Dutch general practice. *Ann. Clin. Biochem.* 2018;55(6):630—8.
4. Schop A., Kip M. M., Stouten K. The effectiveness of a routine versus an extensive laboratory analysis in the diagnosis of anemia in general practice. *Ann. Clin. Biochem.* 2018;55(5):535—42.
  5. Brooke E. M. The current and future use of registers in health information systems. Geneva: World Health Organization; 1974; Publication N 8.
  6. De Benoist B., McLean E., Egli I., Cogswell M. Worldwide prevalence of anaemia 1993—2005: WHO global database of anaemia. 2008.
  7. Чернов В. М. (ред.). Анемия: скрытая эпидемия. М.: МераПро; 2004.
  8. Pasricha S. R., Drakesmith H., Black J. Control of iron deficiency anemia in low- and middle-income countries. *Blood.* 2013;121(14):2607—17.
  9. Вёрткин А. Л., Ховасова Н. О., Ларюшкина Е. Д., Шамаева К. И. Анемия: Руководство для практических врачей. М.: Эксмо; 2017.
  10. Вёрткин А. Л., Ховасова Н. О., Ларюшкина Е. Д., Шамаева К. И. Анемия у амбулаторного больного. *Эффективная фармакотерапия.* 2014;(8):6—9.
- Поступила 21.05.2019  
Принята в печать 04.06.2019.
- REFERENCES
1. WHO. Haemoglobin concentrations for the diagnosis of anaemia and assessment of severity. Vitamin and Mineral Nutrition Information System. Geneva: World Health Organization; 2011 (WHO/NMH/NHD/MNMI/11.1).
  2. WHO. Iron deficiency anaemia: assessment, prevention and control. A guide for programme managers. Geneva; 2001 (WHO/NHD/01.3).
  3. Kip M. M., Schop A., Stouten K. Assessing the cost-effectiveness of a routine versus an extensive laboratory work-up in the diagnosis of anaemia in Dutch general practice. *Ann. Clin. Biochem.* 2018;55(6):630—8.
  4. Schop A., Kip M. M., Stouten K. The effectiveness of a routine versus an extensive laboratory analysis in the diagnosis of anemia in general practice. *Ann. Clin. Biochem.* 2018;55(5):535—42.
  5. Brooke E. M. The current and future use of registers in health information systems. Geneva: World Health Organization; 1974. Publication No. 8.
  6. De Benoist B., McLean E., Egli I., Cogswell M. Worldwide prevalence of anaemia 1993—2005: WHO global database of anaemia. 2008.
  7. Chernova V. M. (ed.). Anemia Hidden Epidemic [*Anemiia: skrytaia epidemiia*]. Moscow: MegaPro; 2004 (in Russian).
  8. Pasricha S. R., Drakesmith H., Black J. Control of iron deficiency anemia in low- and middle-income countries. *Blood.* 2013;121(14):2607—17.
  9. Vertkin A. L., Hovasova N. O., Laryushkina E. D., Shamaeva K. I. Anemia: A Guide for Practitioner [*Anemiia: Rukovodstvo dlia prakticheskikh vrachei*]. Moscow: Eksmo; 2017 (in Russian).
  10. Vertkin A. L., Hovasova N. O., Laryushkina E. D., Shamaeva K. I. Anemia in out-patient. *Effektivnaia farmakoterapiia.* 2014;(8):6—9 (in Russian).

Шипова В. М.<sup>1</sup>, Берсенева Е. А.<sup>1</sup>, Михайлов Д. Ю.<sup>2</sup>

## НОРМЫ ТРУДА ВРАЧА ОСТЕОПАТА С УЧЕТОМ КОДИРОВАНИЯ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ

<sup>1</sup>ФГБНУ «Национальный научно-исследовательский институт общественного здоровья им. Н. А. Семашко» Минобрнауки России, 105064, г. Москва;  
<sup>2</sup>Клинический госпиталь ФКУЗ «МСЧ МВД России по г. Москве», 127299, г. Москва

*В публикации рассмотрены основные планово-нормативные документы по остеопатии, даны рекомендации по совершенствованию планирования численности должностей врачей-osteопатов на основе имеющихся в статистике сведений по заболеваемости с учетом имеющихся системных дефектов кодирования по Международной классификации болезней 10-го пересмотра.*

**Ключевые слова:** врач-osteопат; нормы труда; МКБ-10; кодирование по МКБ; планово-нормативные документы; планирование численности должностей.

**Для цитирования:** Шипова В. М., Берсенева Е. А., Михайлов Д. Ю. Нормы труда врача-osteопата с учетом кодирования заболеваемости. Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. 2019;27(4):449—451. DOI: <http://dx.doi.org/10.32687/0869-866X-2019-27-4-449-451>

**Для корреспонденции:** Берсенева Евгения Александровна, д-р мед. наук, руководитель Центра высшего и дополнительного профессионального образования ФГБНУ «Национальный научно-исследовательский институт общественного здоровья им. Н. А. Семашко», e-mail: eaberseneva@gmail.com

Shipova V. M.<sup>1</sup>, Berseneva E. A.<sup>1</sup>, Mikhailov D. Yu.<sup>2</sup>

## THE LABOR STANDARDS OF OSTEOPATH WITH REGARD TO MORBIDITY CODING

<sup>1</sup>The Federal State Budget Scientific Institution «The N. A. Semashko National Research Institute of Public Health», 105064, Moscow, Russia;

<sup>2</sup>The Clinical Hospital The Federal State Official Institution Health Care «The Medical Sanitary Unit of the Ministry of Interior Affairs of Russia for Moscow», 127299, Moscow, Russia

*In the article the main planned normative documents on an osteopathy are considered, recommendations about commission of scheduling of number of positions of osteopathic doctors on the basis of the data which are available in statistics on incidence taking into account the available systemic defects of coding on ICD-10 are made.*

**Key words:** osteopathic physician, norms of work, ICD, coding, planned normative documents, scheduling of number of positions.

**For citation:** Shipova V. M., Berseneva E. A., Mikhailov D. Yu. The labor standards of osteopath with regard to morbidity coding. *Problemy sotsialnoy gigieny, zdravoookhraneniya i istorii meditsiny*. 2019;27(4):449—451 (In Russ.). DOI: <http://dx.doi.org/10.32687/0869-866X-2019-27-4-449-451>

**For correspondence:** Berseneva E. A., doctor of medical sciences, the Head of the Center of Higher and Complementary Education of the N. A. Semashko National Research Institute of Public Health. e-mail: eaberseneva@gmail.com

**Conflict of interests.** The authors declare absence of conflict of interests.

**Acknowledgment.** The study had no sponsor support

Received 28.09.2018  
Accepted 29.11.2018

Должность врача-osteопата впервые была включена в номенклатуру должностей медицинских и фармацевтических работников в конце 2012 г.<sup>1</sup>, а в номенклатуру специальностей специалистов, имеющих высшее медицинское и фармацевтическое образование<sup>2</sup>, и в Квалификационные требования к медицинским и фармацевтическим работникам с высшим образованием по направлению подготовки «Здравоохранение и медицинские науки» — в 2015 г.<sup>3</sup>

В соответствии с последним из указанных документов по специальности «Остеопатия» уровень профессионального образования должен состоять

из высшего образования — специалитета одной из специальностей: «Лечебное дело», «Педиатрия» и подготовке в ординатуре по специальности «Остеопатия». В разделе дополнительного профессионального образования указана необходимость профессиональной переподготовки по специальности «Остеопатия» при наличии подготовки в интернатуре/ординатуре по одной из 46 специальностей. Однако, по мнению разработчиков документов, этого оказалось недостаточно, и в перечень внесены дополнения. В соответствующем документе указано следующее: «В позиции, касающейся специальности «Остеопатия», в разделе «Уровень профессионального образования» после слова «Педиатрия» дополнить словом «Стоматология»<sup>4</sup>.

<sup>1</sup>Приказ Минздрава России от 20.12.2012 г. № 1183н «Об утверждении Номенклатуры должностей медицинских работников и фармацевтических работников».

<sup>2</sup>Приказ Минздрава России от 07.10.2015 г. № 700н «О номенклатуре специальностей специалистов, имеющих высшее медицинское и фармацевтическое образование».

<sup>3</sup>Приказ Минздрава России от 08.10.2015 г. № 707н «Об утверждении Квалификационных требований к медицинским и фармацевтическим работникам с высшим образованием по направлению подготовки «Здравоохранение и медицинские науки»».

<sup>4</sup>Приказ Минздрава России от 15.06.2017 г. №328н «О внесении изменений в квалификационные требования к медицинским и фармацевтическим работникам с высшим образованием по направлению подготовки «Здравоохранение и медицинские науки», утвержденные приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 8 октября №707н».

Динамика заболеваемости населения (на 100 тыс. населения)

Наименование показателя	2010 г.	2015 г.	2016 г.	Отноше- ние дан- ных 2016 г. к 2010 г., %
Зарегистрировано заболева- ний:				
все болезни	158 320,2	160 056,1	161 628,4	102,1
в том числе класс XIII «Бо- лезни костно-мышечной системы и соединитель- ной ткани»	12 815,0	13 270,7	13 107,9	102,3
Зарегистрировано заболева- ний с диагнозом, установ- ленным впервые в жизни:				
все болезни	78 003,6	77 815,7	78 532,6	100,7
в том числе класс XIII «Бо- лезни костно-мышечной системы и соединитель- ной ткани»	3352,4	3012,0	2953,2	88,1

Выход в свет приказа Минздрава России от 19.01.2018 г. № 21н «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи населению по профилю «Остеопатия»» ставит массу вопросов при его использовании в практике здравоохранения. Приказ «устанавливает правила организации оказания медицинской помощи населению по профилю «Остеопатия» при соматических дисфункциях (обратимых структурно-функциональных нарушениях соединительной ткани), которые могут выступать как в виде самостоятельной нозологической формы, так и сопровождаться острыми и хроническими заболеваниями терапевтического, неврологического, педиатрического, стоматологического профиля (за исключением острой хирургической патологии), а также травматических повреждениях»<sup>5</sup>. В документе определяются виды медицинской помощи, оказываемой врачами-остеопатами:

- первичная специализированная медико-санитарная помощь;
- специализированная, за исключением высокотехнологичной, медицинская помощь;
- медицинская помощь при санаторно-курортном лечении.

При этом нормы труда по медицинской помощи при санаторно-курортном лечении приказом не установлены.

Изучение динамики общей заболеваемости населения и заболеваемости по классам и группам заболеваний, при которых целесообразно лечение у врача-остеопата, проведено по данным статистики здравоохранения [1]. Разумеется, в статистике имеются системные проблемы, связанные с неверным кодированием заболеваемости и смертности [2], однако без решения указываемой проблемы приходится оперировать единственной имеющейся у нас статистикой.

Характерной особенностью динамики заболеваемости населения по всем болезням является увели-

чение числа зарегистрированных заболеваний у пациентов, такая же тенденция наблюдается и по классу XIII «Болезни костно-мышечной системы и соединительной ткани», т. е. при заболеваниях, являющихся одними из ведущих у пациентов врачей-остеопатов (см. таблицу).

При анализе динамики зарегистрированной заболеваемости с диагнозом, установленным впервые, обнаружена несколько иная тенденция: уменьшение этих данных по болезням костно-мышечной системы и соединительной ткани на фоне стабилизации этих показателей по всем заболеваниям.

Приказ Минздрава России от 19.01.2018 г. № 21н «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи населению по профилю «Остеопатия»» составлен подобно всем приказам о порядках и содержании, к сожалению, все недостатки таких документов. В частности, в нормативной записи приказа игнорируется расчетный способ формирования и применения норм труда, указывается отсутствующий в номенклатуре медицинских организаций тип учреждения, например многопрофильный стационар.

Кроме указанных недостатков, характерных для всех приказов о порядках, в документе обнаруживаются и специфические ошибочные положения приказа № 21н, состоящие в следующем:

1. Нарушен порядок разработки и утверждения норм труда. Первоначальным этапом определения норм труда является установление норм времени на единицу работы, т. е. на посещение врача-остеопата. В соответствии с методикой нормирования труда численность должностей рассчитывается на основании плановой функции врачебной должности, которая определяется с учетом норм времени на посещение и годового бюджета рабочего времени должности, а также объема работы, т. е. числа посещений в течение года. Отсутствие данных по нормам времени на посещение не позволяет рассчитать необходимую численность врачей-остеопатов для выполнения того или иного объема работы.

2. В тексте приказа указано, что «медицинская помощь при санаторно-курортном лечении оказываются в санаторно-курортных организациях врачами-остеопатами...». В то же время норматив должности врача-остеопата устанавливается на следующие показатели:

- численность прикрепленного взрослого населения;
- численность прикрепленного детского населения;
- родильный дом мощностью свыше 100 коек;
- перинатальный центр;
- число коек неврологического профиля;
- число коек педиатрического профиля;
- многопрофильный стационар.

Как видим, нормативный показатель должности врача-остеопата на число коек в санаторно-курортной организации отсутствует.

<sup>5</sup> Приказ Минздрава России от 19.01.2018 г. N 21н «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи населению по профилю «Остеопатия»».

## Реформы здравоохранения

В целях совершенствования планирования численности врачей-osteопатов необходимо проведение следующих мероприятий:

1. Определение численности пациентов, нуждающихся в медицинской помощи по остеопатии. При этом целесообразно на репрезентативном числе больных с тем или иным заболеванием, прежде всего по классу XIII «Болезни костно-мышечной системы и соединительной ткани», провести экспертную оценку необходимости медицинской помощи врача-osteопата при оказании пациентам медицинской помощи в амбулаторных условиях, в больничных условиях, в условиях дневного стационара, при лечении в санаторно-курортных организациях. Необходимо уточнить число пациентов, нуждающихся в лечении врачами-osteопатами, среди получающих лечение в стационаре в отделениях не только неврологического и педиатрического профиля, указанных в приказе № 21н, но и других профилей, в частности в ортопедическом отделении, отделении медицинской реабилитации и др.

2. Установление среднего числа посещений врача-osteопата при проведении соответствующего лечения. Такие данные целесообразно дифференцировать по заболеваниям и по возрастному составу пациентов.

3. Определение затрат времени на одно посещение врача-osteопата. Решение этой задачи возможно на основе проведения фотохронометражных наблюдений за деятельностью врача-osteопата. При этом необходим тщательный отбор специалистов, за которыми будет проведено наблюдение. Это должны

быть врачи с достаточным опытом работы, хорошо знающие и соблюдающие технологию лечебно-диагностического процесса.

4. Только после решения всех указанных задач возможна разработка нормативов численности врачей-osteопатов в соответствии с методикой нормирования труда в здравоохранении, подготовка соответствующего нормативно-правового документа, его апробация в медицинских организациях и определение условий его внедрения в практику здравоохранения.

Исследование не имело спонсорской поддержки.  
Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

## ЛИТЕРАТУРА

1. Здравоохранение в России. 2017: Стат. сб. М.: Росстат; 2017.
2. Берсенева Е. А., Седов А. А., Черкасов С. Н., Мешков Д. О. К вопросу об актуальности создания автоматизированной информационной системы поддержки кодирования по МКБ-10. В кн.: Перспективы развития современной медицины. Вып. IV. Сборник научных трудов по итогам международной научно-практической конференции (11 декабря 2017 г.). Воронеж; 2017. С. 5—6.

Поступила 28.09.2018  
Принята в печать 29.11.2018

## REFERENCES

1. Healthcare in Russia. 2017 [Zdravooohranenie v Rossii. 2017]. Article of the collection. Moscow: Rosstat; 2017 (in Russian).
2. Berseneva E. A., Sedov A. A., Cherkasov S. N., Meshkov D. O. On the issue of the urgency of creating an automated information system for coding support for the ICD-10 [K voprosu ob aktual'nosti sozdaniya avtomatizirovannoj informacionnoj sistemy podderzhki kodirovaniya po MKB-10]. Prospects for the development of modern medicine. Issue IV: Collection of scientific papers on the results of the international scientific-practical conference (December 11, 2017). Voronezh; 2017. P. 25—6 (in Russian).

Долженкова Ю. В.<sup>1</sup>, Полевая М. В.<sup>1</sup>, Руденко Г. Г.<sup>2</sup>**НОВАЯ СИСТЕМА ОПЛАТЫ ТРУДА В БЮДЖЕТНОМ ЗДРАВООХРАНЕНИИ: АНАЛИЗ ПРАКТИКИ И ПРОБЛЕМЫ  
ВНЕДРЕНИЯ**<sup>1</sup>ФГОБУ «Финансовый университет при Правительстве Российской Федерации», 125993, г. Москва;<sup>2</sup>ФГБОУ ВО «Российский экономический университет им. Г. В. Плеханова», 117997, г. Москва

В здравоохранении, как и в остальных отраслях бюджетной сферы, внедрена новая система оплаты труда. Проведенный авторами анализ практики показал, что последствия ее внедрения неоднозначны. Несмотря на рост средней заработной платы всех категорий медицинского персонала, ее размер в большинстве регионов Российской Федерации не соответствует запланированным показателям. Наличие в бюджетном здравоохранении организаций различных организационно-правовых форм поставило учреждения в неравные условия формирования и распределения средств фонда оплаты труда. В результате медицинский персонал в одном регионе получает разную заработную плату за один и тот же объем выполняемых функций. Указанные тенденции приводят к оттоку кадров из бюджетных учреждений здравоохранения в другие отрасли и сферы деятельности на фоне усилившейся интенсификации труда работников, увеличению числа выполняемых функций, значительной бюрократизации их деятельности. Таким образом, одна из важнейших целей новой системы оплаты труда по привлечению и закреплению специалистов в бюджетном здравоохранении не была достигнута. Имеются серьезные недостатки при построении базовых должностных окладов на основе профессионально-квалификационных групп. Одним из центральных элементов новой системы оплаты труда является эффективный контракт, внедрение которого привело к тому, что доля переменной части заработной платы в бюджетном здравоохранении необоснованно завышена. Следует отметить, что в медицинских учреждениях бюджетной сферы нередко отсутствуют показатели, позволяющие оценить качество и результаты труда работников и организации в целом, что приводит к проблемам определения критериев эффективности труда персонала. Таким образом, в целях совершенствования новой системы оплаты труда необходимо устранить указанные недостатки, разработать методологические подходы к формированию должностных окладов с учетом требований трудового законодательства, все решения в области оплаты труда должны иметь финансовую основу.

**Ключевые слова:** бюджетное здравоохранение; содержание и условия труда; новая система оплаты труда; эффективный контракт; компенсационные и стимулирующие выплаты.

**Для цитирования:** Долженкова Ю. В., Полевая М. В., Руденко Г. Г. Новая система оплаты труда в бюджетном здравоохранении: анализ практики и проблемы внедрения. Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. 2019;27(4):452—458. DOI: <http://dx.doi.org/10.32687/0869-866X-2019-27-4-452-458>

**Для корреспонденции:** Долженкова Юлия Вениаминовна, д-р экон. наук, профессор кафедры управления персоналом и психологии ФГОБУ «Финансовый университет при Правительстве Российской Федерации», e-mail: [djlv@yandex.ru](mailto:djlv@yandex.ru)

Doljenkova Yu. V.<sup>1</sup>, Polevaya M. V.<sup>1</sup>, Rudenko G. G.<sup>2</sup>**THE NEW SYSTEM OF REMUNERATION OF LABOR IN BUDGET HEALTH CARE: ANALYSIS OF  
PRACTICE AND PROBLEMS OF IMPLEMENTATION**<sup>1</sup>The Federal State Educational Budget Institution «The Financial University under the Government of the Russian Federation», 125993, Moscow, Russia;<sup>2</sup>The Federal State Budget Educational Institution of Higher Education of Higher Education «The G. V. Plekhanov Russian Economic University, 117997, Moscow, Russia

In health care, as in other sectors of the public sector, introduced a new system of remuneration (NSOT). However, as the analysis of practice shows, the consequences of its implementation are ambiguous. Despite the growth of the average salary of all categories of medical personnel, its size does not correspond to the planned indicators in most regions of the Russian Federation. The presence in public health organizations of various organizational and legal forms has put institutions in unequal conditions of formation and distribution of funds of the wage Fund. As a result, medical personnel in one region receive different salaries for the same functions. These trends lead to the outflow of personnel from public health institutions in other industries and activities against the backdrop of increased intensification of labor of workers, an increase in the number of functions performed, a significant bureaucratization of their activities. Thus, one of the most important goals of the NSOT to attract and retain specialists in public health has not been achieved. There are serious shortcomings in the construction of basic salaries on the basis of professional qualification groups, due to which the size of the permanent part of the earnings of low-skilled workers in public health may be lower than the minimum wage in the region. One of the most important elements of the new wage system is an effective contract, the introduction of which has led to the fact that the share of variable wages in public health care is unreasonably overstated. It should be noted that in the medical institutions of the public sector there are often no indicators to assess the quality and results of work of employees and the organization as a whole, which leads to problems in determining the criteria for the effectiveness of personnel. Thus, in order to improve the new system of remuneration, it is necessary to eliminate these shortcomings, to develop methodological approaches to the formation of official salaries taking into account the requirements of labor legislation, all decisions in the field of remuneration should have a financial basis.

**Keywords:** public health, content and working conditions, new wage system, effective contract, compensatory and incentive payments.

**For citation:** Doljenkova Yu. V., Polevaya M. V., Rudenko G. G. The new system of remuneration of labor in budget health care: analysis of practice and problems of implementation. *Problemy sotsialnoy gigieny, zdravookhraneniya i istorii meditsiny*. 2019;27(4):452—458 (In Russ.). DOI: <http://dx.doi.org/10.32687/0869-866X-2019-27-4-452-458>

**For correspondence:** Doljenkova Yu. V., doctor of economic sciences, professor of the Chair of Personnel Management and Psychology of the Financial University under the Government of the Russian Federation. e-mail: [djlv@yandex.ru](mailto:djlv@yandex.ru)



**Conflict of interests.** The authors declare absence of conflict of interests.

**Acknowledgment.** The study had no sponsor support

Received 21.05.2019

Accepted 04.06.2019

В настоящее время в нашей стране активно происходит переход от предоставления медицинской помощи к медицинской услуге, внедряется страховая медицина, когда деятельность врача регламентируется страховым полисом пациента. При этом успешно внедряются и используются высокотехнологичные методы лечения. Происходит цифровизация трудовой деятельности медицинских работников. Все указанные тенденции приводят к трансформации содержания и характера труда в этой сфере. Поэтому функционирование бюджетного здравоохранения в российской рыночной экономике потребовало перестройки системы оплаты труда. В медицинских организациях, как и во всей бюджетной сфере, с 2008 г. началось внедрение новой системы оплаты труда (НСОТ). Теперь заработок работников медицинских учреждений складывается из трех составляющих: должностного оклада, компенсационных и стимулирующих выплат. Несмотря на то что внедрение НСОТ уже завершено, до сих пор отсутствует анализ практики ее применения в здравоохранении, не выявляются проблемные точки и пути их преодоления.

### Материалы и методы

Исследование базируется на использовании диалектического метода, совокупности методов сравнения и синтеза, экономико-статистических методов и экспертных оценок.

### Результаты исследования

Внедрение и функционирование новой системы оплаты труда базируется на основных принципах, сформулированных в Постановлении Правительства Российской Федерации от 05.08.2008 г. № 583 «О введении новых систем оплаты труда». Среди них: взаимосвязь заработной платы с качеством и производительностью труда, увеличение доли стимулирующих выплат в оплате труда, участие профсоюзных органов в распределении стимулирующей

части фонда оплаты труда (ФОТ). Однако, как показывают анализ статистических данных и материалы исследований российских специалистов, последствия внедрения новой системы оплаты труда в бюджетной сфере, в том числе в здравоохранении, весьма неоднозначны [1–3]. С одной стороны, в России наблюдается рост средней заработной платы (СЗП) всех категорий медицинского персонала (рис. 1, 2), который происходит крайне неравномерно. Наи-



Рис. 1. Динамика СЗП медицинского персонала в РФ за 2013—2017 гг. (в %).

Здесь и на рис. 2, 3 по оси абсцисс — годы.



Рис. 2. Изменение размера СЗП по сравнению с предыдущим годом (в %).

большее увеличение СНП приходится на 2017 г., наименьшее — на 2014 г., что связано с экономическим кризисом.

Рост заработной платы сотрудников бюджетного здравоохранения происходил одновременно с введением строгого административного контроля за реализацией «майских указов» и выделением дополнительного финансирования из консолидированного бюджета Российской Федерации. В 2017 г. для указанных категорий самые высокие значения отмечены в Москве (врачи — 175,7% от общероссийского показателя, средний медицинский персонал — свыше 200% от аналогичного показателя по России, младший медицинский персонал — 191,4%), а наиболее низкие значения — в ряде республик Северо-Кавказского федерального округа (Республика Северная Осетия — Алания, Республика Ингушетия, Карачаево-Черкесская Республика) [3, с. 116]. Такая ситуация будет приводить к оттоку медицинских кадров в регионы с более высоким уровнем оплаты труда.

### Обсуждение

Значительная дифференциация в оплате труда в бюджетном здравоохранении, по мнению ряда исследователей [1], связана с тем, что для этого сектора характерны проблемы региональных различий в оплате труда в экономике в целом, обусловленные низкой мобильностью рабочей силы из-за неразвитости рынков жилья, высоких издержек на переезд. Также в указанном исследовании совершенно справедливо указано, что в России в течение последнего времени, несмотря на усилия правительства и соответствующие указы президента, отмечается достаточно ощутимый и постоянный во времени отрицательный межсекторный разрыв. А «...относительная недоплата работникам бюджетного сектора по отношению к сопоставимым (с аналогичными наблюдаемыми характеристиками) работникам небюджетного сектора составляла в среднем около 30%» [1, с. 110]. Заработная плата медицинских работников различается также в зависимости от того, из какого

бюджета осуществляется финансирование деятельности учреждения. В большинстве регионов наименьшим уровень оплаты труда был в муниципальных лечебных и поликлинических учреждениях. Нельзя не согласиться с точкой зрения ряда исследователей [1], которые указывают: «Институты формирования заработной платы в России устроены так, что организации бюджетного сектора устанавливают уровни вознаграждения своим сотрудникам в зависимости от бюджетных ограничений и имеющейся численности, но без привязки к ставкам оплаты на внешнем рынке труда. Это позволяет поддерживать численность занятых, но за счет более низкой оплаты труда» [1, с. 109]. При этом значительная часть бюджета на здравоохранение используется неэффективно. Например, закупается оборудование, а сотрудники для работы на нем не подготовлены. Расходы на бюджетную медицину значительно ниже средних показателей развитых капиталистических государств, что не может не сказываться на обеспечении отрасли требуемыми кадрами. В то же время, как видно из официальных данных (рис. 3), изменение численности врачей и среднего медицинского персонала происходило крайне неравномерно, как и обеспеченность медицинским персоналом на 1 тыс. населения. При этом на протяжении последних 10 лет наблюдался рост численности выпускников медицинских вузов. Потребность во врачах и среднем медицинском персонале остается высокой. Это в полной мере относится и к младшему медицинскому персоналу (младшим медицинским сестрам и санитарам). В целом же с 2010 г. прослеживается тенденция сокращения численности врачей.

В 2016 г. их численность достигла лишь уровня 2000 г. Следовательно, можно говорить о том, что одна из целей внедрения НСОТ в здравоохранении — привлечение и закрепление кадров в отрасли — не достигнута в полной мере. При этом не наблюдается значительного оттока медицинских работников в частное здравоохранение, так как медицинский персонал бюджетных учреждений предпочитает работать в частных учреждениях здравоохранения преи-



Рис. 3. Динамика численности врачей и среднего медицинского персонала за 2000—2017 гг. [4, с. 205—207].

## Реформы здравоохранения

мущественно на условиях вторичной занятости. Это обусловлено рядом причин: социальной защищенностью, возможностью профессионального развития за счет организации и др. При этом до сих пор существует практика «неформальных платежей», состоящих вместе с официальной заработной платой заработка, размер которого конкурентоспособен и обеспечивает удовлетворение материальных потребностей медицинских работников.

В последние несколько лет общий дефицит врачей в бюджетных учреждениях здравоохранения России ориентировочно составляет около 20%, т. е. в государственной медицине недостает примерно четверти врачей [5]. Это позволяет согласиться с выводами представителей профсоюзных организаций медицинских работников о том, что негативным результатом выполнения «дорожных карт» при отсутствии необходимых средств на оплату труда младшего медицинского персонала стал массовый перевод этой категории работников в уборщицы. Их функции оказания необходимой помощи по уходу за больными автоматически были «переданы» среднему медицинскому персоналу. В результате возросла нагрузка на средний медицинский персонал, а отрасль потеряла значительное число младших медицинских работников, осуществлявших уход за больными. В связи с этим совершенно справедливо отметил первый заместитель ЦК профсоюза работников здравоохранения РФ Геннадий Щербаков, что «...профсоюз продолжает настаивать на утверждении государственной системы гарантий в уровнях оплаты труда работников с учетом их подготовки, квалификации, сложностей, специфики и условий профессиональной деятельности. И в частности на придании МРОТ правового статуса минимального размера оклада без включения в него выплат компенсационного и стимулирующего характера с закреплением этого как законодательной нормы в Трудовом кодексе. Без решения этого вопроса нам практически невозможно будет дифференцировать труд высококвалифицированного медицинского работника от неквалифицированного труда» [5]. Здесь следует отметить, что Конституционный суд 7 декабря 2017 г. уже принял решение, касающееся минимального размера оплаты труда, в котором четко указано не включать в состав минимального размера оплаты труда (минимальной заработной платы в субъекте Российской Федерации) районных коэффициентов (коэффициентов) и процентных надбавок, начисляемых в связи с работой в местностях с особыми климатическими условиями, в том числе в районах Крайнего Севера и приравненных к ним местностях. В то же время нельзя не сказать о том, что проводимая в нашей стране реформа здравоохранения была направлена на оптимизацию численности, которая предполагала и сокращение определенной части персонала, и его переобучение, и использование по востребованным медицинским специальностям. Но в результате сложилась ситуация, когда «...41% персонала работает более 60 ч в неделю, почти 70% врачей отмечают увеличение на-

грузки, а 50% жалуются на рост объема работы, не связанной с лечением» [6]. При этом организация труда врачей и среднего медицинского персонала вызывает много нареканий. Так, например, не было проведено в необходимом объеме нормирование труда медицинских работников. В результате число больных, которые «приходятся» на одну медицинскую сестру, достаточно велико и может составлять до 25—30 человек. А если это отделения, где находятся тяжелые больные после операции, то средний медицинский персонал физически не в состоянии оказывать требуемую помощь в нужном объеме. Так, «...в российских больницах в отделениях реанимации одна сестра обслуживает трех тяжелых больных, когда каждый требует напряженного внимания, т. е. она работает в условиях постоянного стресса. Следовательно, возрастает вероятность ошибки, вероятность микротравм, также для них характерен и синдром «выгорания» персонала» [7]. Возросла нагрузка на врачей и средний медицинский персонал в приемных отделениях больниц. При этом в функционале врачей все большую часть начинает занимать деятельность, связанная с оформлением документов для страховых организаций по обязательному медицинскому страхованию, фиксации данных для различных форм отчетности. В результате сокращается время на осмотр больного, на общение с ним, осмысление диагноза и лечения. Использование необоснованных норм времени на одного пациента приводит в итоге к ухудшению качества диагностики и лечения.

Еще одна проблема, возникшая в ходе внедрения НСОТ в бюджетной сфере, состоит в том, что увеличение заработной платы бюджетников до среднего регионального уровня повышает и сам этот уровень. Региональные власти могут проводить и собственную политику в области оплаты труда в бюджетной сфере. Так, в Москве Приказом Департамента здравоохранения Москвы от 26.12.2016 г. № 1033 «О внесении изменений в приказ департамента здравоохранения города Москвы от 09.06.2012 № 531» увеличены минимальные оклады медицинских работников. У врачей минимальный размер оклада в 2017 г. вырос с 18 600 до 30 000 руб., у медсестер — с 10 500 до 20 000 руб., у младшего медицинского персонала — с 8500 до 17 600 руб., у руководителей структурных подразделений он вырос с 22 100 до 40 000 руб. В результате заработная плата в московских медицинских учреждениях регионального и муниципального подчинения стала значительно выше, чем в организациях федерального подчинения. Следовательно, подчиненность лечебных учреждений и различное их финансирование, вне зависимости от результатов деятельности, оказывают влияние на размер заработной платы, что, на наш взгляд, негативно влияет на эффективность труда работников. Возникает значительная дифференциация в оплате труда работников бюджетного здравоохранения в одном регионе, городе, районе, т. е. нарушается один из основополагающих принципов рыночной экономики — равная оплата за равный труд. Определенные противоречия

в определении должностных (базовых) окладов заложены в основных подходах к внедрению НСОТ. Так, базовые оклады (базовые должностные оклады) не должны быть ниже установленных Правительством Российской Федерации базовых окладов (базовых должностных окладов, базовых ставок заработной платы соответствующих профессионально-квалификационных групп. При этом базовые должностные оклады должны обеспечиваться за счет соответствующего бюджета, т. е. заранее закладывается возможность невыполнения требований трудового законодательства в случае нехватки бюджетных средств. В то же время отдельные регионы имеют возможность повышать базовые оклады медицинским работникам. Ограничение средств на оплату труда медицинского персонала связано и с организационно-правовой формой бюджетного учреждения, что не было учтено при разработке и внедрении новой системы оплаты труда. Так, казенные учреждения не имеют возможности оказывать платные услуги и зарабатывать дополнительные средства за счет предоставления платных услуг, следовательно, имеют ограниченные средства, направляемые на материальное стимулирование своих работников. Несовершенство нормативно-законодательной базы привело еще к одному парадоксу: должностные оклады руководителей научных подразделений в медицинских учреждениях после внедрения НСОТ стали ниже, чем у их подчиненных. В результате из штатного расписания стали исчезать указанные должности, а вместо них появляется, например, «ведущий научный сотрудник», которому добавлены в должностную инструкцию обязанности по осуществлению руководства по определенному направлению. Эта ситуация характерна для большинства научных учреждений бюджетной сферы. Недостатки в оплате труда медицинских работников бюджетной сферы отмечались и на конгрессе Национальной медицинской палаты «Российское здравоохранение сегодня: проблемы и пути решения», проходившем в ноябре 2018 г. Его участники отметили, что необходимо введение единых минимальных базовых окладов медицинских работников.

### Заключение

Модернизация здравоохранения и внедрение НСОТ предполагают ориентацию организаций на предоставление платных услуг населению и расширение их перечня в каждом учреждении, которые должны служить дополнительным источником финансирования оплаты труда работников. В результате такого подхода врачи материально заинтересованы в том, чтобы вместо положенных по полису обязательного медицинского страхования обследований ориентировать пациентов на дорогие платные услуги. Например, большинство ведущих научно-медицинских центров совершенно справедливо требуют «свежие» анализы и результаты обследований для госпитализации, но получить их на основе полисов обязательного медицинского страхования больные могут только по месту регистрации. Большин-

ство прибывших — это сложные случаи, когда люди приезжают из всех регионов страны. Они приезжают с результатами анализов по месту жительства, но их или не признают, или срок действия их истекает по мере дообследования. Пациентам приходится заново получать указанные медицинские услуги на платной основе.

Сократились компенсационные выплаты за вредные и опасные условия труда. Это связано, по нашему мнению, с принятием Федерального закона «О специальной оценке условий труда» в 2013 г. Поскольку в соответствии с указанным законом специальную оценку условий труда на рабочем месте осуществляет работодатель совместно с приглашенными экспертами, ряд категорий медицинских сотрудников их лишились, у других возросли предельно допустимые нормы влияния вредных условий на работников. Медицинский персонал стал не только меньше получать в денежном выражении компенсации за работу во вредных условиях — стала возрастать интенсификация трудовой деятельности этих категорий персонала, что в результате повышает утомляемость.

Существуют определенные проблемы и при формировании должностных окладов и показателей эффективности медицинских работников. Во многих случаях после внедрения НСОТ у младшего и среднего медицинского персонала оклад может быть ниже регионального размера минимальной оплаты труда (при отсутствии по каким-то причинам стимулирующих выплат), что приводит к нарушению трудового законодательства в сфере государственных гарантий по оплате труда. Использование вместо тарифных разрядов профессионально-квалификационных групп (ПКГ) также вызывает много вопросов, так как в здравоохранении работников с определенными тарифными разрядами формально распределили по ПКГ, что не могло не сказаться на качестве применяемой НСОТ. При этом в структуре заработной платы доля ее постоянной части не должна быть меньше 65—70% всего заработка и важно ее дифференцировать по категориям персонала в зависимости от степени влияния каждой из них на результаты деятельности организации [8, с. 183].

Центральным элементом НСОТ является эффективный контракт, который обеспечивает связь результатов труда каждого сотрудника с деятельностью организации в целом. Как и другим работникам бюджетной сферы, выплаты стимулирующего характера медицинским сотрудникам устанавливаются коллективным договором, соглашениями, локальными нормативными актами в целях заинтересованности в повышении эффективности работы, качества оказываемых услуг, инициативы при выполнении поставленных задач. Кроме того, выплаты стимулирующего характера работникам здравоохранения могут осуществляться в целях реализации Указа Президента Российской Федерации от 07.05.2012 г. № 597 «О мероприятиях по реализации государственной социальной политики» при поступлении дополнительных бюджетных ассигнований на фи-

## Реформы здравоохранения

нансовое обеспечение повышения заработной платы. Эффективный контракт играет важную роль в реализации стимулирующей функции заработной платы через премирование персонала, ключевым элементом которого являются оценочные показатели. Однако, как отмечают специалисты, доля переменной части заработной платы в здравоохранении необоснованно завышена, что снижает воспроизводственную функцию тарифной части и не дает возможности использовать стимулирующие надбавки. Повышение интенсивности труда работников бюджетной сферы нередко приводит к снижению качества оказываемых услуг. Другой проблемой является сложность формирования системы показателей и критериев эффективного контракта. Следует учитывать особенности трудовой деятельности медицинских работников, результаты которой не всегда поддаются количественному измерению. Как уже указывалось ранее, недостаток финансирования не позволяет обеспечивать осуществление именно стимулирующих выплат, так как компенсационные носят обязательный характер. Не во всех экономических службах учреждений здравоохранения имеются сотрудники, которые владеют компетенциями, необходимыми для разработки системы показателей эффективного контракта. Проблемы определения критериев эффективности труда персонала нередко связаны с отсутствием показателей, позволяющих оценить качество и результаты труда работников и организации в целом. Формулировки целей зачастую бывают абстрактными, что делает их достижение весьма проблематичным. Бюрократизация деятельности всех категорий медицинских работников, ориентированная на цели бюджетной оптимизации по финансовым показателям деятельности медицинского учреждения, противопоставляет их задачам оказания медицинской помощи. Но самым, на наш взгляд, вопиющим недостатком внедрения эффективного контракта является практически единоличное решение руководителей о размере стимулирующих выплат сотрудникам, хотя предполагалось, что это должно быть коллегиальным решением. Это нередко приводит к нарушению принципа справедливости, одного из основополагающих при построении системы оплаты труда.

Таким образом, как показал анализ существующей практики применения НСОТ, указанные недостатки снижают эффективность ее функционирования в здравоохранении, что ведет к демотивации работников и ухудшению качества предоставляемых услуг. Следовательно, сейчас остро стоит проблема их преодоления и разработки мероприятий по совершенствованию НСОТ. Существуют серьезные проблемы методологического характера, которые нуждаются в коррекции. Во-первых, необходимо увязать базовые оклады младшего медицинского персонала с минимальным размером заработной платы в регионе, чтобы при отсутствии компенсационных и стимулирующих выплат обеспечивались государственные гарантии по оплате труда. Во-вторых, как справедливо отмечают представители профсою-

зов, необходимо разработать отраслевые рекомендации по построению профессионально-квалификационных групп, которые бы позволили иметь методике отнесения медицинских работников к определенной ПКГ на основании уровня профессиональной подготовки, квалификации, значимости данной должности для эффективного функционирования медицинского учреждения. В-третьих, требуется пересмотр норм и нормативов труда в здравоохранении, поскольку некоторые из них были разработаны еще в советское время. В-четвертых, все решения, связанные с совершенствованием НСОТ должны быть обеспечены финансовыми ресурсами.

Исследование не имело спонсорской поддержки.  
Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

## ЛИТЕРАТУРА

1. Гимпельсон В., Капелюшников Р., Рощин С. (ред.). Российский рынок труда: тенденции, институты, структурные изменения. Доклад Центра трудовых исследований ЦетИ и лабораторий исследований рынка труда (ЛиРТ НИУ ВШЭ). М.: НИУ ВШЭ; 2017. Режим доступа: <https://www.hse.ru/org/hse/clms/news/204207392.html> (дата обращения 25.01.2019).
2. Управление персоналом: новые функции и новое в функциях. Конгресс Национальной медицинской палаты «Российское здравоохранение сегодня: проблемы и пути решения» 01.11.2018. Режим доступа: <http://www.nacmedpalata.ru/?action=show&id=24776> (дата обращения 25.01.2019).
3. Итоги федерального статистического наблюдения в сфере оплаты труда отдельных категорий работников социальной сферы и науки за 2017 год. Режим доступа: [www.gks.ru/free\\_doc/new\\_site/population/trud/itog\\_monitor/itog](http://www.gks.ru/free_doc/new_site/population/trud/itog_monitor/itog) (дата обращения 25.01.2019).
4. Российский статистический ежегодник. 2018: Стат.сб. Росстат. М.; 2018. С. 205—7. Режим доступа: [http://www.gks.ru/free\\_doc/doc\\_2018/year/year18.pdf](http://www.gks.ru/free_doc/doc_2018/year/year18.pdf) (дата обращения 07.02.2019).
5. Бескаравайная Т., Коберник О., Коголовский В. Итоги 2018 года в здравоохранении: пациент скорее жив. Режим доступа: <https://medvestnik.ru/content/articles/Itoги-2018-goda-v-zdravoohranenii-pacient-skoree-jiv.html> (дата обращения 25.01.2019).
6. Чернова Н. Враг народа. Новая газета. 2018. № 115. Режим доступа: <https://www.novayagazeta.ru/articles/2018/10/16/78209-unizhenie-nevynosimее-nischet5> (дата обращения 25.01.2019).
7. Коренков Г. П. О некоторых актуальных проблемах обеспечения безопасности медицинских работников в процессе их трудовой деятельности. Режим доступа: [http://upravleniye-zdravookhraneniem-if/publ/okhrana\\_truda/o\\_nekotorykh\\_aktualnykh\\_problemax\\_obespechenija\\_bezopasnosti\\_meditsinskikh\\_rabotnikov\\_v\\_processe\\_ikh\\_trudovoj\\_deyatelnosti/9-1-0-660](http://upravleniye-zdravookhraneniem-if/publ/okhrana_truda/o_nekotorykh_aktualnykh_problemax_obespechenija_bezopasnosti_meditsinskikh_rabotnikov_v_processe_ikh_trudovoj_deyatelnosti/9-1-0-660) (дата обращения 02.02.2019).
8. Жуков А. Л. Регулирование заработной платы: современные тенденции и пути реформирования: монография. М.: ИД «АТИ-СО»; 2014.

Поступила 21.05.2019  
Принята в печать 04.06.2019

## REFERENCES

1. Gimpelson V., Kapelyushnikov R., Roshchin S. (eds). The Russian Labor Market: Trends, Institutions, Structural Changes [*Rossiiskii ry-nok truda: tendencii, instituty, strukturnye izmeneniya*]. Report of the Center for Labor Research at TsETI and Labor Market Research Laboratories (LIRT at HSE). Moscow: HSE; 2017 (in Russian).
2. Human resource management: new features and new features. Congress of the National Medical Chamber «Russian Healthcare Today: Problems and Solutions» [*Upravlenie personalom: novye funktsii i novoe v funktsiyah. Congress of the National Medical Chamber «Russian Healthcare Today: Problems and Solutions»*] 01.11.2018. Available from: <http://www.nacmedpalata.ru/?action=show&id=24776> (accessed 25.01.2019) (in Russian).
3. The results of the federal statistical observation in the field of remuneration of certain categories of workers in the social sphere and sci-

- ence for 2017 year [*Itogi federalnogo statisticheskogo nablyudeniya v sfere oplaty truda otdelnykh kategorii rabotnikov*] Available from: [www.gks.ru/free\\_doc/new\\_site/population/trud/itog\\_monitor/itog](http://www.gks.ru/free_doc/new_site/population/trud/itog_monitor/itog) (accessed 25.01.2019) (in Russian).
4. Russian statistical yearbook. 2018 [*Rossiiskii statisticheskii ejegodnik 2018*] Stat. sb. Rosstat. Available from: [www.gks.ru/free\\_doc/new\\_site/population/trud/itog\\_monitor/itog](http://www.gks.ru/free_doc/new_site/population/trud/itog_monitor/itog) (accessed 07.02.2019) (in Russian).
  5. Beskaravaynaya T., Kobernik O., Kogalovsky V. The results of 2018 in healthcare: the patient is more likely alive [https \[Itogi 2018 goda v zdravookhraneniipatsient.skoreezhiv\]](https://itogi.2018.goda.v.zdravookhraneniipatsient.skoreezhiv). Available from: <https://medvestnik.ru/content/articles/Itogi-2018-goda-v-zdravookhraneniipatsient-skoreezhiv.html> (accessed 25.01.2019) (in Russian).
  6. Chernova N. The Enemy of the People. *Novaya Gazeta*. 2018;115. Available from: <https://www.novayagazeta.ru/articles/2018/10/16/78209-unizhenie-nevynosimee-nischet> 5 (accessed 25.01.2019) (in Russian).
  7. Korenkov G. P. On some actual problems of ensuring the safety of medical workers in the course of their work Available from: [http://upravleniye-dravookhraneniye-if/publ/okhrana\\_truda/o\\_nekotorykh\\_aktualnykh\\_problemax\\_obespechenija\\_bezopasnosti\\_meditsinskikh\\_rabotnikov\\_v\\_processe\\_ikh\\_trudovoj\\_deyatelnosti/9-1-0-660](http://upravleniye-dravookhraneniye-if/publ/okhrana_truda/o_nekotorykh_aktualnykh_problemax_obespechenija_bezopasnosti_meditsinskikh_rabotnikov_v_processe_ikh_trudovoj_deyatelnosti/9-1-0-660) (accessed 02.02.2019) (in Russian).
  8. Zhukov A. L. Wage regulation: current trends and ways of reforming: monograph [*Regulirovanie zarfbotnoi platy: monografiya*]. Moscow: ID «ATiSO»; 2014 (in Russian).

**Бударин С. С.<sup>1</sup>, Мелик-Гусейнов Д. В.<sup>1</sup>, Бойченко Ю. Я.<sup>2</sup>, Никонов Е. Л.<sup>2</sup>**

## МЕТОДИЧЕСКИЕ ПОДХОДЫ К ФОРМИРОВАНИЮ РЕЙТИНГОВОЙ ОЦЕНКИ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ МЕДИЦИНСКИХ ОРГАНИЗАЦИЙ И СИСТЕМ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ В РОССИИ И ЗА РУБЕЖОМ

<sup>1</sup>ГБУ «Научно-исследовательский институт организации здравоохранения и медицинского менеджмента Департамента здравоохранения города Москвы», 115184, г. Москва;

<sup>2</sup>Департамент здравоохранения города Москвы, 127006, г. Москва

*В статье представлена информация о методических подходах к созданию рейтингов в сфере здравоохранения и исследовано применение различных демографических показателей и показателей здоровья населения, используемых Всемирной организацией здравоохранения для оценки эффективности систем здравоохранения в разных странах. Приводятся мнения экспертов о целях формирования рейтингов и научно-методических подходах к их созданию. Описаны результаты формирования рейтинга медицинских организаций государственной системы здравоохранения города Москвы на основе результатов внедрения Стандарта качества управления ресурсами.*

**Ключевые слова:** рейтинг; системы здравоохранения; медицинские организации; показатели эффективности; критерии оценки; Стандарт качества управления ресурсами.

**Для цитирования:** Бударин С. С., Мелик-Гусейнов Д. В., Бойченко Ю. Я., Никонов Е. Л. Методические подходы к формированию рейтинговой оценки деятельности медицинских организаций и систем здравоохранения в России и за рубежом. Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. 2019;27(4):459—463. DOI: <http://dx.doi.org/10.32687/0869-866X-2019-27-4-459-463>

**Для корреспонденции:** Бударин Сергей Сергеевич, канд. экон. наук, заведующий отделом ГБУ «Научно-исследовательский институт организации здравоохранения и медицинского менеджмента Департамента здравоохранения города Москвы», e-mail: [BudarinSS@zdrav.mos.ru](mailto:BudarinSS@zdrav.mos.ru)

**Budarin S. S.<sup>1</sup>, Melik-Guseinov D. V.<sup>1</sup>, Boychenko Yu. Ya.<sup>2</sup>, Nikonov E. L.<sup>2</sup>**

## THE METHODOLOGICAL APPROACHES TO FORMATION OF RATING EVALUATION OF ACTIVITIES OF MEDICAL ORGANIZATIONS AND HEALTH CARE SYSTEMS IN RUSSIA AND ABROAD

<sup>1</sup>The State Budget Institution «The Research Institute of Health Care Organization and Medical Management of the Moscow Health Care Department», 115184, Moscow, Russia;

<sup>2</sup>The Moscow Health Care Department, 127006, Moscow, Russia

*The article presents information on methodological approaches to creation of the ratings in the health sector and the study on the use of the various demographic indicators and indicators of population health used by the world health organization to evaluate the effectiveness of health systems in different countries. The opinions of experts on the purpose of ratings and scientific and methodological approaches to their creation are given. The article describes the results of rating formation of medical organizations of the state health system of the city of Moscow on the basis of the results of the implementation of the quality standard of resource management.*

**Keywords:** rating; health systems; medical organizations; performance indicators; evaluation criteria; WHO; quality standard; resource management

**For citation:** Budarin S. S., Melik-Guseinov D. V., Boychenko Yu. Ya., Nikonov E. L. The methodological approaches to formation of rating evaluation of activities of medical organizations and health care systems in Russia and abroad. *Problemy socialnoy gigieny, zdravookhraneniya i istorii meditsiny*. 2019;27(4):459—463 (In Russ.). DOI: <http://dx.doi.org/10.32687/0869-866X-2019-27-4-459-463>

**For correspondence:** Budarin S. S., candidate of economic sciences, the Head of the Department of the Research Institute of Health Care Organization and Medical Management of the Moscow Health Care Department . e-mail: [BudarinSS@zdrav.mos.ru](mailto:BudarinSS@zdrav.mos.ru)

**Conflict of interests.** The authors declare absence of conflict of interests.

**Acknowledgment.** The study had no sponsor support

Received 18.10.2018  
Accepted 29.11.2018

### Введение

Рейтинги в сфере здравоохранения — достаточно новое явление в Российской Федерации, и пока они не получили широкого распространения. Важность формирования рейтинга для совершенствования системы управления здравоохранением и деятельностью отдельных медицинских организаций обсуждается в научно-практических публикациях и на научных конференциях.

Успешная реализация государственной политики в области здравоохранения в значительной степени

связана с принятием адекватных управленческих решений органами исполнительной власти и руководителями медицинских организаций.

Сопоставление результатов, достигнутых различными объектами исследования, позволяет оценивать качество управления системой здравоохранения (медицинской организацией), оценивать возможные резервы и перспективы развития каждого конкретного объекта, степень ответственности руководителей за результат реализуемых мероприятий и программ.



### Материалы и методы

В настоящее время в разных странах и в разных субъектах Российской Федерации существуют различные подходы к оценке эффективности систем здравоохранения, а также деятельности отдельных медицинских организаций. Одним из подходов является построение различного вида рейтингов.

Методики построения рейтингов различаются, оценка результатов проводится на основе выбранных показателей, которые, по мнению составителей рейтингов, характеризуют эффективность и результативность систем здравоохранения или деятельность медицинских организаций.

По своей сути рейтинг выполняет функцию преобразования разнообразных и значительных объемов информации в компактный результат, на основании которого формируется определенное мнение об объекте исследования и вырабатываются рекомендации по принятию управленческих решений относительно этого объекта.

Составление рейтинга базируется на основных отобранных направлениях, выбрана совокупность показателей, структурируемых по определенным признакам, введены ограничения, которые могут быть использованы при построении рейтинга, определена форма представления рейтинга и правила его распространения. Формирование рейтинга предполагает разработку методологических и технологических особенностей обработки информации, необходимой для его составления. Метод создания рейтинга несложен, так как основывается на ранжировании объектов исследования в соответствии со значениями ключевых показателей. Основная задача — это выбор таких показателей, которые в полной мере характеризуют объекты исследования в соответствии с выбранным целевым направлением составления рейтинга.

### Результаты исследования

Всемирная организация здравоохранения (ВОЗ) регулярно публикует статистические данные, систематизированные по показателям, характеризующим уровень развития систем здравоохранения в разных странах мира. В число глобальных показателей в области здоровья, по версии ВОЗ, входят ожидаемая продолжительность жизни и смертность, смертность и заболеваемость от конкретных причин, число случаев отдельных инфекционных заболеваний, охват услугами здравоохранения, факторы риска, ресурсы системы здравоохранения [1].

Каждый из глобальных показателей включает в себя несколько показателей, используемых в качестве статистических данных в большинстве стран мира.

Страны группируются по регионам и уровню дохода, что повышает объективность ранжирования по отдельным показателям. Основой статистики Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ) являются данные, представляемые отдельными стра-

нами в соответствии с методиками, рекомендуемыми ВОЗ.

В качестве примера можно привести данные из доклада ВОЗ «Мировая статистика здравоохранения 2018» по показателю «Коэффициент материнской смертности (на 100 000 живорождений), по данным за 2015 год».

Среди стран Европы первые места со значением показателя 3 занимают Финляндия, Греция, Исландия и Польша. В странах Юго-Восточной Азии в тройку лидеров входят Япония (5), Австралия (6) и Сингапур (10).

По показателю «Уровень смертности от сердечно-сосудистых заболеваний, рака, диабета или хронических респираторных заболеваний в возрасте от 30 до 70 лет (%)» по данным 2016 года в странах Европы лидируют Швейцария, Исландия и Швеция со значениями показателя 8,6; 9,1; 9,1 соответственно. В Юго-Восточной Азии высокие показатели в следующих странах: Республика Корея (Южная Корея), Япония и Австралия. Значения показателя в этих странах составляют соответственно 7,8; 8,4 и 9,1.

В докладе ВОЗ «Мировая статистика здравоохранения 2018» приводятся данные и об уровне потребления в разных странах алкоголя, табака, загрязнения воздуха, расходах на здравоохранение.

По мнению составителей, включенные в доклад значения показателей получены из различных источников с учетом особенностей каждого показателя, его наличия и качества данных. «Во многих странах системы статистической и медико-санитарной информации несовершенны, а исходные эмпирические данные могут отсутствовать или быть низкого качества...» [1].

Отдельные мировые агентства анализируют данные ВОЗ и на их основании составляют собственный рейтинг эффективности систем здравоохранения в мире. Так, агентство Bloomberg составило свой рейтинг на основе трех ключевых показателей: средняя ожидаемая продолжительность жизни при рождении (ОПЖ), государственные затраты на здравоохранение в виде процента от ВВП на душу населения и стоимость медицинских услуг в пересчете на душу населения.

По мнению составителей рейтинга, самое эффективное здравоохранение в стране, которая имеет самый высокий уровень ОПЖ при рождении при минимальных расходах на здравоохранение. В рейтинг 2016 г. было включено 55 стран, в том числе Российская Федерация.

Расчет проводился по следующей схеме. Страна с самым высоким уровнем ОПЖ получала 60 баллов, с самым низким — 0 баллов. Для показателя расходов на здравоохранение в виде процента от ВВП 30 баллов получала страна с минимальным процентом, а 0 баллов — с максимальным. Показатель, характеризующий подушевые расходы, оценивался при минимальных расходах в 10 баллов, а при максимальных — в 0 баллов.



## Реформы здравоохранения

В результате в лидерах оказались Гонконг (88,9 балла), Сингапур (84,2 балла), Испания (72,2 балла) и Южная Корея (71,5 балла) [2].

На сайте NUMBEO регулярно публикуется статистика по уровню медицинского обслуживания в разных странах мира. Эксперты оценивают общее качество систем здравоохранения, оснащенность больниц оборудованием, профессиональный уровень врачей и прочего медицинского персонала, а также стоимость обслуживания в клиниках. Данная информация собирается на основе опроса резидентов соответствующих стран, не используются данные национальных служб статистики и статистика ВОЗ.

Согласно результатам рейтинга NUMBEO, обновленного в середине 2018 г., лидирующие места заняли Тайвань (85,34 балла), Южная Корея (84,34), Япония (82,21) и Бельгия (80,93) [3].

В Российской Федерации разного рода рейтинги в сфере здравоохранения составляются на протяжении последних 10 лет. По мнению экспертов, «с системной точки зрения рейтинги — это инструмент либо информирования, либо управления. Они могут быть ориентированы на организаторов работы, тогда в их основу закладывают критерии, связанные с теми элементами, которые управленцы хотят улучшить» [4].

В 2017 г. в Российской Федерации были предприняты попытки адаптировать методы агентства Bloomberg для составления рейтинга эффективности систем здравоохранения субъектов Российской Федерации (ЭСЗ РФ). В создаваемый рейтинг был добавлен показатель «Продажа крепких алкогольных напитков (литров на душу населения)». Высший балл — 10 (за счет уменьшения максимальной балльной оценки по показателю ОПЖ) получал регион, в котором отмечалось самое низкое потребление алкоголя. В рейтинге, рассчитанном на основе данных Росстата и Казначейства Российской Федерации за 2016 г., самый высокий индекс ЭСЗ РФ получили Республика Дагестан и Республика Ингушетия.

Эксперты признавались: «Мы пытаемся адаптировать к России методику Bloomberg. У коллег другие подходы... Трудно сравнивать эти рейтинги — они просто разные...» [4].

Следует отметить, что, кроме сравнения эффективности систем здравоохранения в разных странах или регионах, достаточно популярными, особенно среди пациентов, являются рейтинги медицинских организаций.

«За рубежом накоплен значительный опыт формирования рейтингов медицинских организаций. <...> Сравнение ЛПУ между собой и их ранжирование позволяет пациентам и членам их семей — потребителям медицинских услуг оперативно получать информацию о качестве оказания медицинской помощи, бытовых условиях пребывания в той или иной медицинской клинике, и выбрать ЛПУ с оптимальным соотношением цена-качество предоставляемых медицинских услуг» [5].

Например, в Англии в течение многих лет осуществляется мониторинг отдельных показателей,

характеризующих качество и комфорт пребывания пациентов в больницах. В основу данных для составления рейтинга заложены результаты оценки посетителей, а также статистические данные медицинской организации.

В число показателей, с которыми могут ознакомиться пациенты, входят тип услуг питания, чистота туалетов и ванных комнат, чистота полов, стен и дверей, чистота белья и его качество, готовность персонала больниц оказать услуги по кормлению пациентов [6].

В 2018 г. приказом Минздрава России от 04.05.2018 г. № 201н утверждены показатели, характеризующие общие критерии оценки качества условий оказания услуг медицинскими организациями, в отношении которых проводится независимая оценка.

ФГБУ «ЦНИИОИЗ» Минздрава России формирует рейтинг медицинских организаций, который базируется на независимой оценке качества и доступности медицинской помощи в медицинских организациях, оказывающих медицинскую помощь амбулаторно.

По мнению эксперта ФГБУ «ЦНИИОИЗ» Минздрава России, исследования проводятся сплошным методом и охватывают всю Россию «...более 3600 учреждений оцениваются по 29 параметрам, которые характеризуют, во-первых, ресурсную базу первичного звена (в том числе кадровую), материально-техническое оснащение, лечебно-диагностический процесс и результативность медорганизаций. <...> Во-вторых, это вопросы смертности, в том числе число умерших на дому и умерших от сердечно-сосудистых заболеваний граждан трудоспособного возраста. И в-третьих — вопросы диспансеризации и ее оценки. <...> В целом получается более миллиона взаимодействующих значений, которые анализируются в автоматизированном режиме» [4].

Внедрение Стандарта качества управления ресурсами (СКУР) в медицинских организациях государственной системы здравоохранения г. Москвы в 2016—2017 гг.<sup>1</sup> позволило оценивать качество управления ресурсами в медицинских организациях [7].

Стандартом качества управления ресурсами предусмотрена оценка эффективности и результативности работы системы управления медицинской организацией, исходя из анализа значений 29 ключевых показателей, характеризующих 6 областей управления ресурсами.

Значения ключевых показателей определяются на основе данных о деятельности медицинской организации, отраженных в различных формах бухгалтерской, статистической, кадровой и других видов отчетности учреждения<sup>2</sup>. Методикой СКУР предусмотрен расчет балльной оценки каждого из пока-

<sup>1</sup>Приказ Департамента здравоохранения города Москвы от 15.07.2016 г. № 622 «О внедрении Стандарта качества управления ресурсами в государственных учреждениях Департамента здравоохранения города Москвы».

зателей. Для расчета балльной оценки, кроме значения ключевого показателя, используются различные дополнительные коэффициенты.

Комплексная оценка качества управления ресурсами медицинской организации, выраженная в баллах, представляет собой расчетную величину, значение которой определяется как сумма балльных оценок по всем 29 показателям, что позволяет сопоставлять результаты работы медицинских организаций на основе балльных оценок независимо от их статуса или вида оказания медицинской помощи. Балльные оценки являются основой составления рейтингов медицинских организаций.

Рейтинг медицинских организаций составляется на основе тех показателей, достижение значений которых в значительной степени зависит от управленческих решений руководства медицинских организаций.

Для составления «пилотного» рейтинга проведен анализ отчетов 214 медицинских организаций за 2017 г. и рассчитаны балльные оценки по 10 показателям. Показатели характеризуют следующие области управления: финансово-операционный менеджмент, деятельность, приносящая доход, и другие внебюджетные источники, управление персоналом.

Балльные оценки рассчитаны в соответствии с методикой СКУР и сгруппированы по областям. Во избежание значительного влияния на общую балльную оценку показателя, характеризующего долю поступлений из внебюджетных источников, каждой группе присвоен весовой коэффициент. Области «финансово-операционный менеджмент» и «управление персоналом» получили весовой коэффициент 0,4. Балльная оценка показателя доли поступлений из внебюджетных источников в общем объеме начисленных поступлений получила весовой коэффициент 0,2.

Наивысшие балльные оценки, а значит, лидирующие места в рейтинге медицинских организаций государственной системы здравоохранения города Москвы заняли: Детская городская поликлиника № 104 ДЗМ (6,44 балла), Московский научно-практический центр дерматовенерологии и косметологии ДЗМ (6,20 балла) и ГКБ им С. С. Юдина ДЗМ (5,99 балла).

Представленный подход к формированию рейтинга не охватывает всех аспектов управления ресурсами медицинских организаций, однако дает представление о возможностях формирования рейтингов, которые характеризуют и оценивают качество управления ресурсами. В сочетании с результатами основной деятельности такой подход позволяет оценить эффективность основной деятельности медицинской организации с учетом качества использования ресурсов.

<sup>3</sup> Методические рекомендации № 43 по внедрению Стандарта качества управления ресурсами в государственных учреждениях Департамента здравоохранения города Москвы (ГБУ «НИИОЗММ ДЗМ»).

Формирование рейтингов является специфическим процессом, результаты которого зависят от цели, которую ставят перед собой его создатели. Важно, чтобы модель построения рейтинга включала в себя показатели, отвечающие следующим условиям: релевантность, объективность, экономичность сбора и обработки, достоверность, своевременность и регулярность, сопоставимость и однозначность.

### Выводы

1. Формирование рейтингов обусловлено потребностями постоянного совершенствования управления системой здравоохранения и медицинских организаций.

2. Создание рейтингов для нужд пациентов позволяет им лучше ориентироваться в условиях предоставления медицинской помощи и реализовывать свое право на выбор медицинской организации.

3. Объективность рейтинга в значительной степени зависит от достоверности, сопоставимости и полноты информации, содержащейся в различных источниках статистических данных.

4. Применение рейтингов на уровне медицинских организаций позволит им принимать управленческие решения, направленные на повышение эффективности деятельности.

Исследование не имело спонсорской поддержки.  
Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

### ЛИТЕРАТУРА

1. Мировая статистика здравоохранения 2013. Доклад ВОЗ. Режим доступа: [http://www.who.int/gho/publications/world\\_health\\_statistics/ru/](http://www.who.int/gho/publications/world_health_statistics/ru/)
2. Bloomberg: рейтинг стран мира по эффективности систем здравоохранения в 2016 году. Режим доступа: <https://gtmarket.ru/news/2016/10/08/7306> (дата обращения 05.10.2018).
3. Numbeo. Health Care Index for Country 2018 Mid-Year. Режим доступа: [https://www.numbeo.com/health-care/rankings\\_by\\_country.jsp](https://www.numbeo.com/health-care/rankings_by_country.jsp) (дата обращения 05.10.2018).
4. Коголовский В. Как делаются рейтинги. 23.07.2018. Режим доступа: <https://medvestnik.ru/content/articles/Kak-delautsya-reitingi.html>. (дата обращения 05.10.2018).
5. Тарасенко Е. А. Зарубежный опыт выбора показателей качества медицинской помощи для построения рейтингов медицинских организаций: уроки для России. *Социальные аспекты здоровья населения* (электронный научный журнал). 2013;34(6) (дата публикации 26.12.2013; дата обращения 05.10.2018). URL: <http://vestnik.mednet.ru/content/view/520/30/lang.ru/>
6. NHS digital, Estates Returns Information Collection, Англия, 2017—18. Режим доступа: <https://digital.nhs.uk/data-and-information/publications/statistical/estates-returns-information-collection/summary-page-and-dataset-for-eric-2017-18#resources> (дата обращения 05.10.2018).
7. Бойченко Ю. Я., Бударин С. С., Никонов Е. Л., Оценка качества управления ресурсами в амбулаторно-поликлинических учреждениях государственной системы здравоохранения города Москвы. *Вестник Росздравнадзора*. 2018;(2):57—64.

Поступила 18.10.2018  
Принята в печать 29.11.2018

### REFERENCES

1. World Health Statistics 2013. Reports WHO. Available from: [http://www.who.int/gho/publications/world\\_health\\_statistics/en/](http://www.who.int/gho/publications/world_health_statistics/en/)
2. Bloomberg: ranking of countries in the world on the effectiveness of health systems in 2016. Available from: <https://gtmarket.ru/news/2016/10/08/7306> (date of appeal: 05.10.2018) (in Russian).
3. Numbeo. Health Care Index for Country 2018 Mid-Year. Available from: [https://www.numbeo.com/health-care/rankings\\_by\\_country.jsp](https://www.numbeo.com/health-care/rankings_by_country.jsp) (date of appeal: 05.10.2018).

Реформы здравоохранения

4. Kogalovskiy V. How ratings are made [*Kak delayutsia reytingi*]. 23.07.2018. Available from: <https://medvestnik.ru/content/articles/Kak-delautsya-reitingi.html> (in Russian).
5. Tarasenko E. A. Foreign experience in the selection of indicators of quality of medical care to build ratings of medical organizations: lessons for Russia. *Socjalnyje aspekty zdorov'ja naselenia, electronic scientific journal*, 2013;34(6) (date of publication 26.12.2013; date of appeal: 05.10.2018). URL: <http://vestnik.mednet.ru/content/view/520/30/lang,ru/> (in Russian).
6. NHS digital Estates Returns Information Collection, England, 2017—18. Available from: <https://digital.nhs.uk/data-and-information/publications/statistical/estates-returns-information-collection/summary-page-and-dataset-for-eric-2017-18#resources> (date of appeal: 05.10.2018).
7. Boychenko Yu. Ya., Budarin S. S., Nikonov E. L. Assessment of the quality of resource management in outpatient clinics of the state health system of the city of Moscow. *Vestnik Roszdravnadzora*. 2018;(2):57—64 (in Russian).

© Коллектив авторов, 2019  
УДК 614.2Гайдаров Г. М.<sup>1</sup>, Апханова Н. С.<sup>1</sup>, Толстых А. С.<sup>2</sup>, Душина Е. В.<sup>1</sup>**К ВОПРОСУ О НОРМИРОВАНИИ РАБОЧЕГО ВРЕМЕНИ ВРАЧЕЙ-ФТИЗИАТРОВ, ОКАЗЫВАЮЩИХ АМБУЛАТОРНО-ПОЛИКЛИНИЧЕСКУЮ ПОМОЩЬ ВЗРОСЛОМУ И ДЕТСКОМУ НАСЕЛЕНИЮ**<sup>1</sup>ФГБОУ ВО «Иркутский государственный медицинский университет» Минздрава России, 664003, г. Иркутск;  
<sup>2</sup>ОГБУЗ «Иркутская областная клиническая туберкулезная больница», 664039, г. Иркутск

Формирование численности медицинского персонала, установление норм труда, рациональная расстановка и использование кадров — это наиболее значимые составляющие системы нормирования труда в здравоохранении. В настоящее время типовые нормы рабочего времени для врачей-фтизиатров не разработаны, отмечается неравномерность рабочей нагрузки и показателя выполнения плана в разных отделениях и кабинетах. В работе приведены результаты хронометража рабочего процесса врачей-фтизиатров, оказывающих амбулаторно-поликлиническую помощь взрослому и детскому населению; произведена оценка затрат рабочего времени на отдельные элементы трудового процесса участковых врачей-фтизиатров, принимающих взрослых и детское население, и врача-фтизиатра без участковой работы, принимающего пациентов в кабинете противотуберкулезной помощи больным ВИЧ-инфекцией; определено понятие «посещение» применительно к условиям работы фтизиатрической службы. По результатам хронометражных наблюдений выделены технологические операции, выполняемые врачами-фтизиатрами, в том числе дополнительные разделы работы, которые не связаны с приемом пациентов, определены нормативный показатель функции врачебной должности участкового врача-фтизиатра и нормативный показатель временных затрат на одно посещение.

**К л ю ч е в ы е с л о в а :** туберкулез; врач-фтизиатр; хронометраж; затраты рабочего времени; посещение; нормирование.

**Для цитирования:** Гайдаров Г. М., Апханова Н. С., Толстых А. С., Душина Е. В. К вопросу о нормировании рабочего времени врачей-фтизиатров, оказывающих амбулаторно-поликлиническую помощь взрослому и детскому населению. Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. 2019;27(4):464—469. DOI: <http://dx.doi.org/10.32687/0869-866X-2019-27-4-464-469>

**Для корреспонденции:** Душина Екатерина Васильевна, канд. мед. наук, ассистент кафедры общественного здоровья и здравоохранения ФГБОУ ВО «Иркутский государственный медицинский университет», e-mail: [dushina.ismu@yandex.ru](mailto:dushina.ismu@yandex.ru)

Gaydarov G. M.<sup>1</sup>, Apkhanova N. S.<sup>1</sup>, Tolstykh A. S.<sup>2</sup>, Dushina E. V.<sup>1</sup>**ON THE ISSUE OF WORK TIME MEASUREMENT IN PHTHISIATRICIANS RENDERING AMBULATORY POLYCLINIC CARE TO ADULT AND CHILDREN POPULATION**<sup>1</sup>The Federal State Budget Educational Institution of Higher Education «The Irkutsk State Medical University» of  
Minzdrav of Russia, 664003, Irkutsk, Russia;<sup>2</sup>The Oblast State Budget Health Care Institution «The Irkutsk Oblast Clinical Tuberculosis Hospital», 664039, Irkutsk,  
Russia

The formation of the number of medical personnel, the establishment of labor standards, the rational distribution and use of personnel are the most significant components of the system of labor rationing in health care. Standard norms of working time for TB doctors are not developed. There is an uneven workload and a plan implementation indicator in different offices and cabinets. The timing of the working process of phthisiatricians providing outpatient care to adults and children was carried out; work time was spent on individual elements of the labor process of district phthisiatricians accepting adults and children and a phthisiatrician without district work receiving patients in the office tuberculosis care for HIV patients. The concept of "visitation" is defined as applied to the working conditions of the TB service. According to the results of time-keeping observations, technological operations performed by TB doctors, including additional sections of work that are not related to the admission of patients, are highlighted; the normative indicator of the function of the medical post of the district TB specialist and the normative indicator of the time spent on one visit are determined.

**К e y w o r d s :** tuberculosis; TB doctor; timekeeping; working time costs; visit; rationing.

**For citation:** Gaydarov G. M., Apkhanova N. S., Tolstykh A. S., Dushina E. V. On the issue of work time measurement in phthisiatricians rendering ambulatory polyclinic care to adult And children population. *Problemy sotsialnoy gigieny, zdoravookhraneniya i istorii meditsiny*. 2019;27(4):464—469 (In Russ.). DOI: <http://dx.doi.org/10.32687/0869-866X-2019-27-4-464-469>

**For correspondence:** Dushina E. V., candidate of medical sciences, assistant of the Chair of Public Health and Health Care of the Irkutsk State Medical University. e-mail: [dushina.ismu@yandex.ru](mailto:dushina.ismu@yandex.ru)

**Conflict of interests.** The authors declare absence of conflict of interests.

**Acknowledgment.** The study had no sponsor support

Received 20.02.2019

Accepted 30.04.2019

Вопросы нормирования труда приобретают актуальность в условиях реализации программных мероприятий по развитию отечественного здравоохранения, ориентированных на повышение эффективности деятельности отрасли, рациональное использование имеющихся ресурсов [1—3]. Формирование численности медицинского персонала, установление

норм труда, рациональная расстановка и использование кадров — это наиболее значимые составляющие системы нормирования труда в здравоохранении [3—5]. В настоящее время Минздравом России утверждены типовые нормы времени для ряда должностей [6—8], которые рекомендуется использовать в качестве ориентира при определении и обоснова-

## Реформы здравоохранения

нии норм труда с учетом фактических организационно-технологических условий выполнения трудового процесса в медицинской организации.

Типовые нормы рабочего времени для врачей-фтизиатров, оказывающих медицинскую помощь в амбулаторных условиях, не разработаны. В соответствии с действующим законодательством работодателям предоставляется право на установление норм труда с целью оптимизации штатного расписания и выполнения мероприятий по реализации региональных «дорожных карт».

### Материалы и методы

Хронометраж рабочего времени врачей-фтизиатров, оказывающих амбулаторно-поликлиническую помощь взрослому и детскому населению г. Иркутска, проводился на базе Иркутского филиала № 1 ОГБУЗ «Иркутская областная клиническая туберкулезная больница» (ОГБУЗ ИОКТБ). С помощью разработанной методики исследования, при соблюдении порядка проведения хронометража рабочего процесса, произведена оценка затрат рабочего времени на отдельные элементы трудового процесса в течение 2 нед среди 7 участковых врачей-фтизиатров, оказывающих медицинскую помощь взрослому населению, 5 участковых врачей-фтизиатров, принимающих детское население, и одного врача-фтизиатра, принимающего пациентов в кабинете противотуберкулезной помощи больным ВИЧ-инфекцией [9, 10].

### Результаты исследования

Анализ результатов исследования выявил существенную проблему, состоящую в противоречии между нормативными документами Минздрава России, регламентирующими понятие «посещение» в качестве врачебного (фельдшерского) приема пациента, и некоторыми положениями «Инструкции по централизованному контролю за диспансерным наблюдением больных туберкулезом», утвержденной приказом Минздравом России от 21.03.2003 г. № 109 «О совершенствовании противотуберкулезных мероприятий в Российской Федерации». Данная инструкция обязывает врачей-фтизиатров осуществлять ряд технологических операций, которые преследуют цель осуществления централизованного контроля за контингентами больных туберкулезом преимущественно в заочной форме и которые не связаны с приемом пациентов: участие в работе центральной врачебной контрольной комиссии (ЦВКК), кураторские визиты в медицинские организации с целью контроля работы по выявлению, диагностике и лечению туберкулеза, заочный контроль за лечением больных туберкулезом с помощью картотеки, регистра или электронных носителей медицинской документации. Подобная работа занимает значительное время врача-фтизиатра и не может не учитываться в качестве элемента рабочей нагрузки.

В связи с изложенным с целью дальнейших расчетов нормативов рабочей нагрузки нами определено понятие «посещение» применительно к условиям

работы фтизиатрической службы — это оказание медицинской помощи врачом-фтизиатром в очной или заочной форме. По результатам хронометражных наблюдений нами разработаны следующие технологические операции, выполняемые врачами-фтизиатрами:

1. *Прием пациента с проведением клинического осмотра*: опрос пациента, выяснение жалоб и анамнеза, осмотр, назначение обследования и лечения.

2. *Прием пациента без проведения клинического осмотра* (как правило, это повторный прием, назначенный при первичном посещении): выдача пациенту направлений на госпитализацию, на дополнительные диагностические исследования или лечебные процедуры, выдача рецептов, медицинских справок, заключений, проведение санитарно-просветительной и разъяснительной работы.

3. *Прием пациента в поликлинике общей лечебной сети с проведением клинического осмотра*: проводится участковыми врачами-фтизиатрами детского приема, в детской поликлинике, один раз в неделю, аналогично пункту 1.

4. *Прием пациента в поликлинике общей лечебной сети без проведения клинического осмотра*: проводится участковыми врачами-фтизиатрами детского приема, в детской поликлинике, один раз в неделю, аналогично пункту 2.

5. *Оказание медицинской помощи пациенту на дому*: проезд на санитарном автотранспорте к месту жительства пациента и обратно, мероприятия, аналогичные пунктам 1 и 2, проводимые на дому у пациента, а также обследование очага туберкулеза и проведение дезинфекционных мероприятий (4 ч в неделю).

6. *Работа с документацией пациента в его отсутствие*: оформление амбулаторных карт, этапных эпикризов, направлений на госпитализацию, на диагностические исследования или лечебные процедуры, оформление рецептов, медицинских справок, заключений, работа с учетными формами 01-ТБ, 03-ТБ, 089/у, 263, подготовка информации и писем на запросы официальных органов.

7. *Консультирование пациента по телефону*: обычно проводится по вопросам приема лекарственных препаратов, времени работы врача, порядка получения справок и направлений.

8. *Представление пациента на консультацию ЦВКК, врачебную комиссию (ВК) или врачебный консилиум и участие в работе указанных комиссий в качестве их члена*: консультирование пациентов ЦВКК, ВК или консилиумом врачей с целью установления диагноза, назначения и коррекции лечения, решения вопросов трудоспособности, допуска к труду, родоразрешения и других экспертных вопросов (4 ч в неделю).

Кроме того, для расчета нормативной нагрузки нами были разработаны нижеперечисленные фиксированные по длительности технологические операции (дополнительные разделы работы, которые не связаны с приемом пациентов). Эти процедуры регламентированы либо соответствующими санитар-

Т а б л и ц а 1

Структура рабочего времени врачей-фтизиатров Иркутского филиала № 1 ОГБУЗ ИОКТБ в пересчете на 1 нед при работе на 1,5 ставки (47,5 ч, или 2850 мин)

Наименование технологической операции	Участковые врачи-фтизиатры, прием взрослых		Участковые врачи-фтизиатры, прием детей		Кабинет противотуберкулезной помощи больным ВИЧ-инфекцией	
	доля от общего рабочего времени, %	общее количество минут	доля от общего рабочего времени, %	общее количество минут	доля от общего рабочего времени, %	общее количество минут
<b>Фиксированные по длительности разделы работы</b>						
Представление пациента на консультацию ЦВКК, ВК или врачебного консилиума	8,4	240	4,2	120	8,4	240
Планерные и иные совещания	2,1	60	2,1	60	2,1	60
Обеды	5,3	150	5,3	150	5,3%	150
Оказание медицинской помощи пациенту на дому	8,4	240	8,4	240	0	0
Прием пациента в поликлинике общей лечебной сети с проведением клинического осмотра	0	0	12	342	0	0
Прием пациента в поликлинике общей лечебной сети без проведения клинического осмотра	0	0	0,6	17	0	0
Оказание организационно-методической помощи общей лечебной сети	8,4	240	8,4	240	0	0
Кварцевание кабинета в отсутствие людей	10,7	306	9,7	276	12	342
<b>Нефиксированные по длительности разделы работы</b>						
Прием пациента с проведением клинического осмотра	36,6	1041	22,4	638	39,5	1126
Прием пациента без проведения клинического осмотра	6,1	174	4,6	131	3,2	91
Работа с документацией пациента в его отсутствие	13,5	385	21,5	613	18,3	522
Консультирование пациента по телефону	0,2	6	0	0	1	29
Подготовка статистических отчетов	0,3	9	0,8	23	10,2	291
<b>Итого...</b>	<b>100</b>	<b>2850</b>	<b>100</b>	<b>2850</b>	<b>100</b>	<b>2850</b>

но-эпидемиологическими правилами, либо руководителем филиала, либо носят некий необходимый характер. К таким технологическим операциям относятся:

1. Оказание организационно-методической помощи медицинским организациям общей лечебной сети: посещение врачами-фтизиатрами поликлиник общей лечебной сети (рентгенологического кабинета, лаборатории, кабинетов врачей) с целью разработки профилактических противотуберкулезных мероприятий общего и индивидуального характера, в первую очередь среди групп риска по туберкулезу (фактически проводится 3—4 ч в неделю).

2. Подготовка статистических отчетов: статистические расчеты и заполнение различных учетных и отчетных форм (10—12 видов), работа с которыми входит в обязанности врача-фтизиатра.

3. Подготовка рабочего места: влажная уборка кабинета, подготовка документов к работе, переодевание.

4. Планерные и иные совещания: проводятся начальником филиала, заведующим отделением, председателем ВК (планерные совещания — один раз в неделю).

5. Технологические перерывы: обеды (2,5 ч в неделю), время на проезд до поликлиники и обратно, посещения туалетной комнаты и др.

6. Ультрафиолетовое облучение (кварцевание) кабинета: проводится в отсутствие людей в соответствии с требованиями руководства РЗ.5.1904—04 «Использование ультрафиолетового бактерицидного излучения для обеззараживания воздуха в помещениях» (5,1 ч в неделю).

Сводная информация обработки хронометражных карт свидетельствует о принципиальных разли-

чиях в структуре работы и, соответственно, временных затрат у специалистов трех категорий: участковый врач-фтизиатр приема взрослого населения, участковый врач-фтизиатр приема детей, врач-фтизиатр (не занимающийся участковой работой, на примере врача-фтизиатра кабинета противотуберкулезной помощи больным ВИЧ-инфекцией). Дальнейший анализ проводился отдельно по указанным категориям врачей. Врачи-фтизиатры работают с различной нагрузкой, коэффициент совместительства составляет 1,5, в соответствии с этим за основу расчетов взяты затраты времени врачей, работающих на 1,5 ставки.

Отмечается неравномерность рабочей нагрузки и показателя выполнения плана в разных отделениях и кабинетах: план посещений значительно перевыполняется в детском отделении, что объясняется традиционно большим числом обращений и вынужденной интенсификацией труда его работников. Поскольку у врачей-фтизиатров, ведущих прием взрослых, подавляющее большинство пациентов — больные туберкулезом, а у детских врачей-фтизиатров — относительно здоровые представители групп риска (дети из контакта с больными туберкулезом, дети с виражом, нарастанием или гиперергическим характером туберкулиновой чувствительности), то сокращение времени приема детей оправдано с клинической точки зрения.

Таким образом, в структуре всего трудового процесса участковых врачей-фтизиатров взрослого приема доля фиксированных технологических операций составила 43,3% (соответственно 20,6 ч в неделю). Аналогичным образом произведен расчет для участковых врачей-фтизиатров детского приема, для которых доля фиксированных технологических

Реформы здравоохранения

Таблица 2

Итоговая таблица структуры рабочего времени (в часах и количестве пациентов) работников Иркутского филиала № 1 ОГБУЗ ИОКТБ в пересчете на 1 нед при работе на 1,5 ставки (47,5 ч, или 2850 мин)

Наименование технологической операции	Участковые врачи-фтизиатры, прием взрослых			Участковые врачи-фтизиатры, прием детей			Кабинет противотуберкулезной помощи больным ВИЧ-инфекцией		
	общее количество минут	количество минут на 1 пациента	количество пациентов	общее количество минут	количество минут на 1 пациента	количество пациентов	общее количество минут	количество минут на 1 пациента	количество пациентов
<b>Фиксированные по длительности разделы работы</b>									
Представление пациента на консультацию ЦВКК, ВК или врачебного консилиума	240	14	17,1	120	5	24,0	240	17	14,1
Планерные и иные совещания	60	0	0	60	0	0	60	0	0
Обеды	150	0	0	150	0	0	150	0	0
Оказание медицинской помощи пациенту на дому	240	29	8,3	240	36	6,7	0	0	0,0
Прием пациента в поликлинике общей лечебной сети с проведением клинического осмотра	0	0	0	342	16	21,4	0	0	0
Прием пациента в поликлинике общей лечебной сети без проведения клинического осмотра	0	0	0	17	7	2,4	0	0	0
Оказание организационно-методической помощи общей лечебной сети	240	0	0,0	240	0	0	0	0	0
Кварцевание кабинета в отсутствие людей	306	0	0,0	276	0	0	342	0	0
<b>Нефиксированные по длительности разделы работы</b>									
Прием пациента с проведением клинического осмотра	1041	16	65,1	638	10	63,8	1125	17	66,2
Прием пациента без проведения клинического осмотра	173	6	28,8	131	5	26,2	91	7	13,0
Работа с документацией пациента в его отсутствие	385	8	48,1	613	10	61,3	522	8	65,3
Консультирование пациента по телефону	6	5	1,2	0	0	0	29	7	4,1
Подготовка статистических отчетов	9	0	0	23	0	0	291	0	0
<b>Итого...</b>	<b>2850</b>	<b>78</b>	<b>168,6</b>	<b>2850</b>	<b>89</b>	<b>205,8</b>	<b>2850</b>	<b>56</b>	<b>162,7</b>

операций составила 50,7% (соответственно 24,1 ч в неделю). Для врача-фтизиатра, работающего в кабинете противотуберкулезной помощи больным ВИЧ-инфекцией, доля фиксированных технологических операций составила 27,8% (соответственно 13,2 ч в неделю).

Далее нами изучена и рассчитана доля нефиксированных технологических операций для всех врачей-фтизиатров, включающая в себя прием пациентов с проведением клинического осмотра, прием пациента без проведения клинического осмотра, работу с документацией пациента в его отсутствие, консультирование пациента по телефону, подготовку статистических отчетов. Результаты расчетов структуры рабочего времени врачей-фтизиатров, в том числе в часах и количестве пациентов, представлены в табл. 1 и 2.

Таблица 3

Количество посещений на одного врача Иркутского филиала № 1 ОГБУЗ ИОКТБ и длительность одного посещения

Кабинет	Число посещений			Длительность одного посещения, мин
	работа на 1,5 ставки 1 нед	работа на 1 ставку		
		1 нед	1 год (250 рабочих дней)	
Кабинет участкового врача-фтизиатра, прием взрослых	168,6	112,4	5620	17,3
Кабинет участкового врача-фтизиатра, прием детей	205,8	137,2	6860	14,2
Кабинет противотуберкулезной помощи больным ВИЧ-инфекцией	162,7	108,5	5423,3	18

В соответствии с данными табл. 1 и 2 нами рассчитано количество посещений на одного врача при работе на одну ставку (табл. 3).

В связи с внедрением в 2017 г. Федерального регистра больных туберкулезом необходима коррекция данных. Результаты хронометражных замеров показали, что на каждого пациента при одном посещении требуется вводить данные (результаты динамического наблюдения) в течение 10 мин. В результате длительность каждого посещения увеличится на 10 мин и составит соответственно 23,3; 24,2 и 28 мин. Исходя из этого нами рассчитано нормативное число посещений на одного врача-фтизиатра (табл. 4).

### Заключение

В связи с вышеизложенным в целях совершенствования нормирования труда врачей-фтизиатров рекомендуем:

Таблица 4

Норматив количества посещений на одного врача Иркутского филиала № 1 ОГБУЗ ИОКТБ с учетом дополнительного времени, необходимого для ведения Федерального регистра больных туберкулезом

Кабинет	Длительность одного посещения, мин	Число посещений при работе на 1 ставку	
		1 нед	1 год (250 рабочих дней)
Кабинет участкового врача-фтизиатра, прием взрослых	27,3	71,4	3571,4
Кабинет участкового врача-фтизиатра, прием детей	24,2	80,6	4028,9
Кабинет противотуберкулезной помощи больным ВИЧ-инфекцией	28,0	69,6	3482,1

1. Дать следующее определение понятию «посещение»: это единица рабочей нагрузки врача-фтизиатра амбулаторно-поликлинического приема, связанная с оказанием медицинской помощи одному пациенту в очной или заочной формах — прием пациента для проведения клинического осмотра или с иными целями, посещение пациента на дому с целью его обследования, лечения или проведения противоэпидемических мероприятий, работа с медицинской документацией пациента, работа по внесению данных о пациенте в Федеральный регистр больных туберкулезом, заочное консультирование пациента, представление пациента на консультацию ЦВКК, ВК или врачебного консилиума.

2. Нормативный показатель функции врачебной должности участковых врачей-фтизиатров (количество посещений за год при работе на одну ставку) составил:

- для участкового врача-фтизиатра приема взрослого населения — 3570 посещений в год;
- для участкового врача-фтизиатра приема детского населения — 4030 посещений в год;
- для врача-фтизиатра кабинета противотуберкулезной помощи больным ВИЧ-инфекцией — 3480 посещений в год.

3. Нормативный показатель временных затрат на одно посещение:

- в кабинете участкового врача-фтизиатра амбулаторного отделения для приема взрослых — 27,3 мин;
- в кабинете участкового врача-фтизиатра амбулаторного отделения для приема детей — 24,2 мин;
- в кабинете врача-фтизиатра противотуберкулезной помощи больным ВИЧ-инфекцией — 28 мин.

Таким образом, проведение хронометражных замеров является одним из элементов повышения эффективности работы медицинской организации и позволяет оптимизировать рабочий процесс врачей-фтизиатров, оказывающих амбулаторно-поликлиническую помощь взрослому и детскому населению.

Исследование не имело спонсорской поддержки.  
Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

#### ЛИТЕРАТУРА

1. Постановление Правительства Российской Федерации от 26 декабря 2017 г. № 1640 «Об утверждении государственной программы Российской Федерации «Развитие здравоохранения»». Информационно-правовой портал Гарант.ру. Режим доступа: <http://ivo.garant.ru/#/document/71848440/paragraph/1:2> (дата обращения 18.02.2019).
2. Распоряжение Правительства РФ от 26 ноября 2012 г. № 2190-р «О программе поэтапного совершенствования системы оплаты труда в государственных (муниципальных) учреждениях на 2012—2018 гг.».
3. Указ Президента РФ от 07.05.2018г. № 204 «О национальных целях и стратегических задачах развития Российской Федерации на период до 2024 года». Информационно-правовой портал Гарант.ру. Режим доступа: <http://ivo.garant.ru/#/document/71937200/paragraph/1:5>
4. Кадыров Ф. Н. Практические аспекты нормирования труда в государственных (муниципальных) учреждениях здравоохранения. *Менеджер здравоохранения*. 2017;(9):72—80.

5. Приказ Министерства здравоохранения РФ от 21 марта 2003 г. № 109 «О совершенствовании противотуберкулезных мероприятий в Российской Федерации». Информационно-правовой портал Гарант.ру. Режим доступа: <http://ivo.garant.ru/#/document/71587583/paragraph>
6. Приказ Министерства здравоохранения РФ от 19 декабря 2016 г. № 973н «Об утверждении типовых отраслевых норм времени на выполнение работ, связанных с посещением одним пациентом врача-кардиолога, врача-эндокринолога, врача-стоматолога-терапевта». Информационно-правовой портал Гарант.ру. Режим доступа: <http://ivo.garant.ru/#/document/71587580/paragraph/1:8>
7. Приказ Министерства здравоохранения РФ от 2 июня 2015 г. № 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». Информационно-правовой портал Гарант.ру. Режим доступа: <http://ivo.garant.ru/#/document/71937201/1:6>
8. Стародубов В. И., Сон И. М., Иванова М. А. Затраты рабочего времени врачей амбулаторного звена по данным фотохронометражных исследований. *Менеджер здравоохранения*. 2014;(8):18—22.
9. Кадыров Ф. Н. Порядок разработки положения о системе нормирования труда в государственном (муниципальном) учреждении здравоохранения. *Менеджер здравоохранения*. 2014;(9):55—72.
10. Шипова В. М. Нормирование труда в здравоохранении. М.: Типография РИО ФГБУ «ЦНИИОИЗ» Минздрава России; 2013.

Поступила 20.02.2019  
Принята в печать 30.04.2019

#### REFERENCES

1. Decree of the Government of the Russian Federation of December 26, 2017 No. 1640 "On Approval of the State Program of the Russian Federation "Health Care Development". Information and legal portal Garant.ru [Postanovlenie Pravitel'stva Rossiyskoy Federatsii ot 26 dekabrya 2017 g. N 1640 «Ob utverzhdenii gosudarstvennoy programmy Rossiyskoy Federatsii «Razvitie zdравookhraneniya»]. Information and legal portal Garant.ru. Available from: <http://ivo.garant.ru/#/document/71848440/paragraph/1:2>. (contact date 18.02.2019) (in Russian).
2. Order of the Government of the Russian Federation of November 26, 2012 No. 2190-p "On the program for the gradual improvement of the wage system in state (municipal) institutions for 2012—2018" [Распоряжение Pravitel'stva RF ot 26 noyabrya 2012 g. N 2190-r «O programme po etapnogo sovershenstvovaniya sistemy oplaty truda v gosudarstvennykh (munitsipal'nykh) uchrezhdeniyakh na 2012—2018 gg.»] (in Russian).
3. Presidential Decree of 07.05.2018. No. 204 "On the national goals and strategic objectives of the development of the Russian Federation for the period up to 2024" [Ukaz Prezidenta RF ot 07.05.2018g. № 204 «O natsional'nykh tselyakh i strategicheskikh zadachakh razvitiya Rossiyskoy Federatsii na period do 2024 goda»]. Information and legal portal Garant.ru. Available from: <http://ivo.garant.ru/#/document/71937200/paragraph/1:5> (in Russian).
4. Kadyrov F. N. Practical aspects of labor regulation in state (municipal) healthcare institutions. *Menedzher zdравookhraneniya*. 2017;(9):72—80 (in Russian).
5. Order of the Ministry of Health of the Russian Federation of March 21, 2003 No. 109 "On the improvement of anti-tuberculosis activities in the Russian Federation" [Prikaz Ministerstva zdравookhraneniya RF ot 21 marta 2003 g. № 109 «O sovershenstvovanii protivotuberkuleznykh meropriyatiy v Rossiyskoy Federatsii»]. Information and legal portal Garant.ru. Available from: <http://ivo.garant.ru/#/document/71587583/paragraph> (in Russian).
6. Order of the Ministry of Health of the Russian Federation dated December 19, 2016 N 973n "On approval of typical industry norms for the time for work related to a visit by one patient to a cardiologist, endocrinologist, dentist-therapist" [Prikaz Ministerstva zdравookhraneniya RF ot 19 dekabrya 2016 g. N 973n «Ob utverzhdenii tipovykh otraslevykh norm vremeni na vypolnenie rabot, svyazannykh s poseshcheniem odnim patsientom vracha-kardiologa, vracha-endokrinologa, vracha-stomatologa-terapevta»]. Information and legal portal Garant.ru. Available from: <http://ivo.garant.ru/#/document/71587580/paragraph/1:8> (in Russian).



Реформы здравоохранения

7. Order of the Ministry of Health of the Russian Federation of June 2, 2015 No. 290n "On approval of typical industry norms for the time for work related to the visit by one patient to a pediatrician of the district police officer, a general practitioner of the district police officer, a general practitioner (family doctor), a doctor — neurologist, otorhinolaryngologist, ophthalmologist and obstetrician-gynecologist [Prikaz Ministerstva zdravookhraneniya RF ot 2 iyunya 2015 g. N 290n «Ob utverzhenii tipovykh otraslevykh norm vremeni na vypolnenie rabot, svyazannykh s poseshcheniem odnim patsientom vracha-pediatra uchastkovogo, vracha-terapevta uchastkovogo, vracha-obshchey praktiki (semeynogo vracha), vracha-nevrologa, vrachatorinolaringologa, vracha-oftal'mologa i vracha-akushera-ginekologa»]. Information and legal portal Garant.ru. Available from: <http://ivo.garant.ru#document/71937201/1:6> (in Russian).
8. Starodubov V. I., Son I. M., Ivanova M. A. i dr. The cost of working time of ambulatory physicians according to the data of photo synchronization studies. *Menedzher zdravookhraneniya*. 2014;(8):18—22 (in Russian).
9. Kadyrov F. N. The procedure for the development of regulations on the system of labor valuation in the state (municipal) health care institution. *Menedzher zdravookhraneniya*. 2014;(9):55—72 (in Russian).
10. Shipova V. M. Labor Rationing in Health Care. Lectures. Moscow: Tipografiya RIO FGBU «TsNIIOIZ» Minzdrava Rossii; 2013.

© Коломийченко М. Е., 2019  
УДК 614.2**Коломийченко М. Е.****НОРМИРОВАНИЕ ТРУДА ВРАЧЕБНОГО ПЕРСОНАЛА ОТДЕЛЕНИЯ ПАЛЛИАТИВНОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ**

ФГБНУ «Национальный научно-исследовательский институт общественного здоровья им. Н. А. Семашко» Минобрнауки России, 105064, г. Москва

*Планирование штатных нормативов, в полной мере обеспечивающих индивидуальный подход к пациенту, позволяет повысить качество оказания паллиативной медицинской помощи. Среди нормообразующих факторов, влияющих на затраты труда персонала, можно выделить возрастно-половой состав пациентов. Настоящее исследование представляет собой анализ возрастно-полового состава пациентов отделения паллиативной медицинской помощи, а также структуры рабочего времени врачебного персонала, определенной на основе фотохронометражных наблюдений.*

*В публикации приведены ссылки на нормативные правовые акты Российской Федерации, а также использованную в работе литературу по теме исследования.*

**К л ю ч е в ы е с л о в а :** паллиативная медицинская помощь; возрастно-половой состав госпитализированных; нормирование труда; фотография рабочего времени; суммарный метод.

**Для цитирования:** Коломийченко М. Е. Нормирование труда врачебного персонала отделения паллиативной медицинской помощи. Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. 2019;27(4):470—475. DOI: <http://dx.doi.org/10.32687/0869-866X-2019-27-4-470-475>

**Для корреспонденции:** Коломийченко Мария Евгеньевна, младший научный сотрудник сектора координации научных исследований и информации ФГБНУ «Национальный научно-исследовательский институт общественного здоровья имени Н. А. Семашко», e-mail: niiskni@mail.ru

**Kolomiychenko M. E.****THE WORK MEASUREMENT IN MEDICAL PERSONNEL OF DEPARTMENT OF PALLIATIVE MEDICAL CARE**

The Federal State Budget Scientific Institution "The N. A. Semashko National Research Institute of Public Health", 105064, Moscow, Russia

*The planning of the staff regulations which fully provides an individual approach to the patient treatment helps improve the quality of the palliative care. There are age and sex combination parameters among the norm-forming factors which affect labor costs of doctors. The actual study provides an analysis of the age and sex combination as well as the structure of the doctors working hours that have been determined by applying the photo-timing method. This article has links to legal acts of the Russian Federation and printed publications that are used in the work on the research in question.*

**К е у в о р д с :** palliative medical care, age and sex composition of patients, labor regulation, photo of working time, the cumulative method.

**For citation:** Kolomiychenko M. E. The work measurement in medical personnel of department of palliative medical care. *Problemy sotsialnoy gigieny, zdravookhraneniya i istorii meditsiny*. 2019;27(4):470—475 (In Russ.). DOI: <http://dx.doi.org/10.32687/0869-866X-2019-27-4-470-475>

**For correspondence:** Kolomiychenko M. E., junior researcher of the Sector of Coordination of Research Studies and Information of the N. A. Semashko National Research Institute of Public Health. e-mail: niiskni@mail.ru

**Conflict of interests.** The authors declare absence of conflict of interests.

**Acknowledgment.** The study had no sponsor support

Received 19.04.2019  
Accepted 04.06.2019

В соответствии с пп. 71, 74 Указа Президента РФ от 31.12.2015 г. № 683<sup>1</sup> (далее — Указ) важнейшим направлением обеспечения национальной безопасности является развитие здравоохранения и укрепление здоровья населения, а одной из указанных стратегических целей государственной политики в сфере охраны здоровья граждан служит повышение доступности и качества медицинской помощи. Цели политики в данной сфере заключаются в том числе в повышении доступности для населения медицинской помощи и в повышении эффективности и качества медицинских услуг. Для реализации государственной политики необходимо усовершенствовать организационные основы здравоохранения и управления им. В соответствии с п. 75 Указа органы государственной власти и органы местного самоуправле-

ния во взаимодействии с институтами гражданского общества обеспечивают развитие паллиативной медицинской помощи.

Организация медицинской помощи должна осуществляться в соответствии с порядками оказания медицинской помощи, регламентирующими штатные нормативы медицинской организации, что требует применения нормирования труда.

В литературе [1] приводится оценка норм труда по паллиативной медицинской помощи (для оказания данного вида помощи взрослому населению рекомендуются штатные нормативы утверждены Приказом Минздрава России от 14.04.2015 г. № 187н<sup>2</sup>; далее — Порядок), выявившая ряд системных ошибок, которые делают невозможным использование ос-

<sup>1</sup> Указ Президента РФ от 31.12.2015 г. № 683 «О Стратегии национальной безопасности Российской Федерации».

<sup>2</sup> Приказ Минздрава России от 14.04.2015 г. № 187н «Об утверждении Порядка оказания паллиативной медицинской помощи взрослому населению».

## Реформы здравоохранения

новых положений рекомендуемых штатных нормативов:

1. Игнорирование расчетного способа формирования и применения норм труда. Использование типовых штатов (должность устанавливается как «1 на ... коек») вместо штатных нормативов (должность устанавливается «из расчета...»).

2. Ошибочные данные по численности должностей для обеспечения круглосуточного режима работы. В целях обеспечения данного режима работы необходимо учитывать годовой бюджет рабочего времени: число рабочих и предпраздничных дней в году, продолжительность отпуска, режим труда и отдыха, соответствующий должности. Число должностей для организации указанного режима работы следует рассчитывать ежегодно в каждой медицинской организации.

3. Редакционные ошибки, изменяющие смысл положений. Например, используется показатель «городское население» и «сельское население». Однако Порядок ориентирован только на взрослое население, поэтому требовалось указать «городское взрослое население» и «сельское взрослое население».

4. Наименование врачебной должности «врач по паллиативной медицинской помощи» (установлена приказом Минздрава России от 20.12.2012 г. № 1183н<sup>3</sup>) отсутствует в номенклатуре специальностей (приказ Минздрава России от 08.10.2015 г. № 700н<sup>4</sup>), а также в приказе о квалификационных требованиях к медицинским работникам (приказ Минздрава России от 08.10.2015 г. № 707н<sup>5</sup>).

Таким образом, наличие должности в приказе № 1183н допускает ее введение в штатное расписание, но отсутствие указаний в приказе по квалификационным характеристикам выводит должность из правового поля.

Кроме того, как неоднократно отмечалось в литературе [2—5], на затраты труда влияют так называемые нормообразующие факторы, среди которых выделяют состав больных по нозологическим формам заболеваний (тяжести их течения, наличию осложнений, сопутствующей патологии), а также возрастно-половой состав больных.

До настоящего момента затраты труда медицинского персонала отделения паллиативной медицинской помощи (далее — Отделение) в литературе не описаны. Измерение этих затрат, а также определение возрастно-полового состава пациентов Отделения как одного из нормообразующих факторов являются актуальными и крайне важными с точки зре-

ния оценки эффективности организации и деятельности системы паллиативной помощи, а также дальнейшего прогнозирования и планирования функционирования данной системы, поскольку только на основании объективных данных представляется возможным делать выводы о наиболее рациональных формах организации деятельности, а от ее правительности организации зависит повышение производительности труда и качество оказания медицинской помощи населению.

Цель исследования — изучить контингент пациентов Отделения, а также структуру рабочего времени врачебного медицинского персонала Отделения на основе фотохронометражных наблюдений.

## Материалы и методы

Исследование проведено на базе отделения Государственной клинической больницы г. Москвы с коечным фондом 30 коек.

В приказе Минтруда России № 504<sup>6</sup> определены следующие виды норм труда: нормы времени, нормы нагрузки и нормы численности, начальный этап нормирования — определение норм времени (остальные нормы имеют расчетный характер).

На первом этапе нормирования труда целесообразно определить затраты рабочего времени персонала не на отдельные трудовые операции, а на трудовой процесс в целом, в связи с чем выбран суммарный метод (позволяет определить структуру рабочего дня, выявить выполнение несвойственных функций, а также непроизводительные затраты и потери рабочего времени) с использованием фотографии рабочего времени врачебной деятельности заведующего Отделением — врача по паллиативной медицинской помощи (далее — Заведующий отделением) и врача по паллиативной медицинской помощи (далее — Врач) в течение 2 нед в соответствии с методиками, описанными в литературе [6—10].

Проведение фотохронометрирования рабочего времени сопровождалось соблюдением основных требований:

1. Наблюдаемые имели достаточный стаж работы. В настоящем исследовании Заведующий отделением имел стаж работы 37 лет (врач по паллиативной медицинской помощи — 3,5 года) и высшую категорию, Врач имел стаж работы 12 лет (врач по паллиативной медицинской помощи — 1 год).

2. Фотохронометражные замеры проводились специалистом, хорошо знающим особенности технологии лечебно-диагностического процесса в Отделении.

3. До проведения исследования был разработан статистический инструментарий: перечень (словарь) трудовых операций, лист наблюдений, карта пациента (наряду с паспортными данными указывалась продолжительность госпитализации, а также основная, сопутствующий, фоновый диагнозы и осложне-

<sup>3</sup> Приказ Минздрава России от 20.12.2012 г. № 1183н «Об утверждении Номенклатуры должностей медицинских работников и фармацевтических работников».

<sup>4</sup> Приказ Минздрава России от 07.10.2015 г. № 700н «О номенклатуре специальностей специалистов, имеющих высшее медицинское и фармацевтическое образование».

<sup>5</sup> Приказ Минздрава России от 08.10.2015 г. № 707н «Об утверждении Квалификационных требований к медицинским и фармацевтическим работникам с высшим образованием по направлению подготовки «Здравоохранение и медицинские науки»».

<sup>6</sup> Приказ Минтруда России от 30.09.2013 г. № 504 «Об утверждении методических рекомендаций по разработке систем нормирования труда в государственных (муниципальных) учреждениях».

ния), карта справочных данных на наблюдаемого и на наблюдателя (с указанием специальности, должности, стажа работы).

4. Проведен пробный фотохронометраж, по материалам которого составлена карта технологии трудовых операций.

Расчет необходимого объема наблюдений определялся по формуле:

$$n = \frac{t^2 \times \sigma^2}{\Delta^2},$$

где  $n$  — необходимый объем наблюдений,  $t$  — доверительный коэффициент (равный, как правило, 0,95),  $\sigma$  — среднее квадратическое отклонение (дисперсия варьирующего признака),  $\Delta$  — предельная ошибка выборки.

В связи с проведением исследования в летний период (август—сентябрь 2018 г.) наблюдения за двумя врачебными должностями осуществлялись с понедельника по пятницу следующим образом: наблюдение за работой Заведующего отделением и Врача — в течение 2 нед, в течение следующих 2 нед Врач (физическое лицо) совмещал работу на обеих должностях, так как Заведущему отделением был предоставлен ежегодный отпуск. (Заведущий отделением и Врач в отделении представлены одними и теми же физическими лицами).

Полученные результаты вносились в «Лист наблюдений», в котором для каждой трудовой операции отражены продолжительность (определяется как разница между началом следующей и предыдущей операций), наименование, уровень, характеристика завершенности.

Следует отметить проблематичность заполнения графы «Уровень выполняемой работы», поскольку в действующих на данный момент нормативных документах нет указаний на должностные обязанности врача по паллиативной медицинской помощи.

При этом необходимо учитывать, что в приказе Минздравсоцразвития России от 23.07.2010 г. № 541н<sup>7</sup> указана должность «заведующий структурным подразделением» (а не «заведующий — врач по паллиативной медицинской помощи», как указано в рекомендуемых штатных нормативах Порядка), должность «врач по паллиативной медицинской помощи» отсутствует. Приказом Министерства труда и социальной защиты России от 22.06.2018 г. № 409н<sup>8</sup> введен в действие профессиональный стандарт «Врач по паллиативной медицинской помощи» (далее — Профессиональный стандарт). Согласно ст. 195.1 Трудового кодекса Российской Федерации, Профессиональный стандарт — характеристика квалификации, необходимой работнику для осуществ-

вления определенного вида профессиональной деятельности, в том числе выполнения определенной трудовой функции. Согласно ст. 57 Трудового кодекса Российской Федерации наименование должностей и квалификационные требования к ним должны соответствовать положениям Профессионального стандарта. В графе «возможные наименования должностей, профессий» Профессионального стандарта указано «врач по паллиативной медицинской помощи».

### Результаты исследования

С целью изучения контингента пациентов Отделения был проведен сбор данных о возрастном-половом составе пациентов отделения паллиативной медицинской помощи стационара, находившихся на лечении в 2015—2017 гг. (табл. 1).

Совершенно очевидна закономерность увеличения частоты госпитализации и общее количество проведенных пациентами койко-дней в каждой последующей возрастной группе, достигающая максимальных значений в возрастной группе 80 лет и старше. Кроме того, именно у пожилых людей более выражено состояние полиморбидности, кроме основного заболевания (тяжелой степени, что и определяет госпитализацию в паллиативное отделение), наблюдается широкий спектр осложнений и сопутствующих патологий. Вышеуказанные причины также будут определять объем медицинской помощи, интенсивность рабочего процесса и затраты рабочего времени медицинского персонала.

В соответствии с описанной в литературе классификацией трудовых затрат врачебного персонала [11] установлено соответствие основных видов деятельности и трудовых операций, выполняемых в Отделении.

*Основная деятельность*, которая представлена беседами с пациентом и родственниками, осмотрами, лечебно-диагностическими манипуляциями, обучением пациента (и/или родственников), консультациями, обходами. Обращает на себя внимание тот

Таблица 1

Госпитализация населения в отделение паллиативной медицинской помощи по возрастному-половым группам

Возрастная группа, годы	Пролечено			Число койко-дней		
	всего	муж.	жен.	всего	муж.	жен.
15—19	1	1		3	3	
20—24	1	1		125	125	
25—29						
30—34	4	4		44	44	
35—39	21	7	14	353	107	246
40—44	17	8	9	325	150	175
45—49	23	16	7	326	228	98
50—54	38	26	12	544	400	144
55—59	99	57	42	1487	945	542
60—64	149	68	81	2483	1082	1401
65—69	210	91	119	3169	1309	1860
70—74	201	90	111	3131	1434	1697
75—79	417	109	308	6779	1546	5233
≥80	965	168	797	15 188	2266	12 922
Всего...	2146	646	1500	33 957	9639	24 318

<sup>7</sup> Приказ Минздравсоцразвития России от 23.07.2010 г. № 541н «Об утверждении Единого квалификационного справочника должностей руководителей, специалистов и служащих», раздел «Квалификационные характеристики должностей работников в сфере здравоохранения».

<sup>8</sup> Приказ Министерства труда и социальной защиты России от 22.06.2018 г. № 409н «Об утверждении профессионального стандарта „Врач по паллиативной медицинской помощи“».

Реформы здравоохранения

Таблица 2

Затраты труда Заведующего отделением паллиативной медицинской помощи по видам деятельности		
Вид трудовой деятельности	Затраченное время, мин	Доля, %
Основная деятельность	1503	21,4
Вспомогательная деятельность	184	2,6
Работа с документацией	3346	47,7
Служебные разговоры	1699	24,2
Личное необходимое время	291	4,1
Всего...	7023	100

факт, что беседы с родственниками в процессе исследований были отнесены к основной деятельности, поскольку подавляющее большинство пациентов по тяжести состояния или ввиду наличия сопутствующей патологии психиатрического профиля не могли отвечать на вопросы и всю информацию об анамнезе (жизни и болезни), а также о динамике состояния могли предоставить только близкие люди.

*Вспомогательная деятельность*, которая представлена такой подготовительной работой, как надевание халата, переодевание, подготовка и уборка рабочего места, мытье рук, переходы.

*Работа с медицинской документацией*, которая представлена ознакомлением с медицинской документацией (выписные эпикризы и направления из других медицинских организаций), оформлением направлений на клинично-диагностические исследования (в том числе в электронном виде) и ознакомлением с результатами исследований, оформлением медицинских документов (в том числе в электронном виде), оформлением этапных, выписных и посмертных эпикризов, эпикризов при направлении пациента на врачебную комиссию для проведения экспертизы временной нетрудоспособности, а также для направления пациента на медико-социальную экспертизу, ведение учетных форм, оформление документации к заседанию комиссии по изучению летальных исходов, составление и представление регулярных отчетных форм (ежедневно, ежемесячно, ежеквартально, один раз в полугодие, ежегодно).

*Служебные разговоры*, представленные рабочими разговорами (в том числе телефонными) с работниками, администрацией, представителями других организаций (медицинских, социальных, фармацевтических), участием в конференциях, совещаниях.

*Личное необходимое время*, представленное приемом пищи и мероприятиями личного характера (санитарно-гигиеническими).

*Незагруженное время*, включавшее в себя личные телефонные разговоры.

Необходимо отметить, что в связи с большим количеством трудовых операций Заведующий отделением и Врач произвели распределение обязанностей с целью предотвращения дублирования выполняемых операций. Например, осмотры пациентов проводит Врач (Заведующий отделением осуществляет еженедельные обходы или посещение пациентов в случае вызова в палату, при необходимости перевода

Таблица 3

Затраты труда Врача отделения паллиативной медицинской помощи по видам деятельности		
Вид трудовой деятельности	Затраченное время, мин	Доля, %
Основная деятельность	1311	18
Вспомогательная деятельность	172	2,4
Работа с документацией	4564	62,5
Служебные разговоры	1017	13,9
Личное необходимое время	236	3,2
Всего...	7300	100

в другое отделение, возникновении конфликтной ситуации с родственниками и т. д.), оформлением документации к заседанию комиссии по изучению летальных исходов, оформлением отчетных форм занимается преимущественно Заведующий отделением (Врач оформляет медицинскую документацию, в том числе в электронном виде) и др.

Результаты измерений затрат рабочего времени по основным видам деятельности врачебного персонала представлены в табл. 2—4.

Полученные в ходе исследования данные свидетельствуют о том, что наибольшую долю рабочего времени и Заведующий отделением, и Врач используют для работы с документацией, при этом у Врача данный вид работы более продолжителен (47,7 и 62,5% соответственно).

Второе ранговое место в затратах труда у Заведующего отделением занимают служебные разговоры (24,2%), а у Врача — основная деятельность (18%). Третье ранговое место у Заведующего отделением — основная деятельность (21,4%), у Врача — служебные разговоры (13,9%).

При условии совмещения должностей происходит незначительное перераспределение в структуре затрат времени Врача: время, затраченное на работу с документацией, несколько уменьшается (57,7%), возрастает время, затраченное на выполнение основной деятельности и служебные беседы.

Обращает на себя внимание общее количество отработанного времени. Две 39-часовые рабочие недели составляют 4680 мин. Заведующий отделением отработал 7023 мин (150% нормы), Врач — 7300 мин (156% нормы). В среднем в день Заведующий отделением отработал 11,7 ч, Врач — 12,2 ч.

Таблица 4

Затраты труда Врача отделения паллиативной медицинской помощи по видам деятельности при совмещении должностей Заведующего отделением и Врача		
Вид трудовой деятельности	Затраченное время, мин	Доля, %
Основная деятельность	1907	22,3
Вспомогательная деятельность	147	1,7
Работа с документацией	4929	57,7
Служебные разговоры	1380	16,1
Личное необходимое время	179	2,1
Незагруженное время (телефонные разговоры)	5	0,1
Всего...	8547	100

### Заключение

В ходе изучения контингента пациентов отделения паллиативной медицинской помощи определено, что наиболее часто госпитализируются пациенты старшей возрастной группы (80 лет и старше), страдающие тяжелыми формами основных заболеваний с широким спектром осложнений и сопутствующих патологий. Учитывая глобальную задачу («К концу следующего десятилетия Россия должна уверенно войти в клуб стран “80 плюс”, где продолжительность жизни превышает 80 лет»<sup>9</sup>), а также предназначение отделений паллиативного профиля, следует ожидать увеличения доли пациентов данной возрастной группы в среднесрочной перспективе. Необходимо учитывать данные факторы при планировании штатных нормативов, а также предполагаемого объема паллиативной медицинской помощи.

На основе проведенных фотохронометражных исследований получены данные, свидетельствующие о переработке нормы времени врачом персоналом Отделения, а также о том, что основная часть рабочего времени используется для работы с документацией и служебных разговоров (в среднем около 70% времени). На основную деятельность (взаимодействие с пациентом) в среднем затрачивается около 20% времени при условии, что к основному времени в ходе исследования были отнесены и беседы с родственниками. Возможно, с целью перераспределения видов работ целесообразно введение в штатные нормативы дополнительной должности врач-методиста, который бы осуществлял ряд функций: оформление документации в электронном виде, оформление направлений на медико-социальную экспертизу, формирование отчетных форм и др.

Специалистами ФГБУ «Центр мониторинга и клинико-экономической экспертизы» Росздравнадзора выделены направления для обеспечения качества и безопасности медицинской деятельности [12]. Одним из направлений является «Система управления персоналом. Медицинские кадры», в которой указано: качество и безопасность медицинской деятельности определяются, в том числе, скоординированной работой подготовленного медицинского персонала.

Полученные данные могут быть использованы при планировании штатных нормативов, в полной мере обеспечивающих индивидуальный подход к пациенту, что улучшит качество его жизни (основная цель паллиативной медицинской помощи) и медицинской деятельности.

Исследование не имело спонсорской поддержки.

Автор заявляет об отсутствии конфликта интересов.

### ЛИТЕРАТУРА

1. Шипова В. М., Воронцов Т. Н. Экономическая оценка норм труда по паллиативной медицинской помощи. *Здравоохранение*. 2015;(8):40—9.

2. Шипова В. М. Методические материалы по нормированию труда медицинского персонала больничных учреждений. М.: НИИ им. Н. А. Семашко РАМН; 1996.
3. Шипова В. М., Станке О. М. Методические рекомендации по дифференциации нормативных показателей по труду по возрастно-половой структуре населения. М.: НИИ им. Н. А. Семашко РАМН; 2001.
4. Щепин О. П. (ред.). Организация нормирования труда в здравоохранении. М.: ГРАНТЪ; 2002.
5. Шипова В. М., Воронцов Т. Н. Влияние возрастно-полового состава населения на планирование объема медицинской помощи. *Здравоохранение*. 2012;(10):24—30.
6. Роговой М. А. Методы изучения затрат труда медицинских работников (Материалы к V научной сессии института). М.: Институт организации здравоохранения и истории медицины имени Н. А. Семашко МЗ СССР; 1964.
7. Роговой М. А. Опыт изучения труда медицинских работников. М.: Медицина; 1971.
8. Роговой М. А. Изучение затрат рабочего времени работников учреждений здравоохранения в целях нормирования (методические указания). М.: ВНИИ им. Н. А. Семашко; 1979.
9. Шипова В. М. (ред.). Методические рекомендации по организации нормирования труда в здравоохранении. М.: ГУ ННИИ общественного здоровья РАМН; 2004.
10. Хабриев Р. У. (ред.). Организация и технология нормирования труда в здравоохранении. М.: ГЭОТАР-Медиа; 2018.
11. Методика разработки норм времени и нагрузки медицинского персонала: методические указания. М.: ЦНИИОИЗ МЗ РФ; 2013.
12. Предложения (практические рекомендации) по организации внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности в медицинской организации (стационаре). М.: ФГБУ «Центр мониторинга и клинико-экономической экспертизы» Росздравнадзора; 2015.

Поступила 19.04.2019

Принята в печать 04.06.2019

### REFERENCES

1. Shipova V. M., Voroncov T. N. Economic assessment of labor standards for palliative care. *Zdravooxranenie*. 2015;(8):40—9 (in Russian).
2. Shipova V. M. Methodical materials on the rationing of labor of medical personnel of hospitals [*Metodicheskie materialy po normirovaniyu truda medicinskogo personala bol'nichnykh uchrezhdenij*]. Moscow: NII im. N. A. Semashko RAMN; 1996 (in Russian).
3. Shipova V. M., Stanke O. M. Methodical recommendations on the differentiation of standard indicators for labor by age and sex structure of the population [*Metodicheskie rekomendacii po differenciacii normativnykh pokazatelej po trudu po vozrastno-polovoj strukture naselenija*]. Moscow: NII im. N. A. Semashko RAMN; 2001 (in Russian).
4. Shchepin O. P. (ed.). Organization of labor rationing in health care [*Organizacija normirovanija truda v zdravooxranenii*]. Moscow: GRANT; 2002 (in Russian).
5. Shipova V. M., Voroncov T. N. The influence of age and sex composition of the population on the planning of medical care. *Zdravooxranenie*. 2012;(10):24—30 (in Russian).
6. Rogovoj M. A. Methods for studying the labor costs of medical workers (Materials for the V Scientific Session of the Institute) [*Metody izuchenija zatrat truda medicinskih rabotnikov (Materialy k V nauchnoj sessii instituta)*]. Moscow: Institut organizacii zdravooxranenija i istorii mediciny imeni N. A. Semashko MZ SSSR; 1964 (in Russian).
7. Rogovoj M. A. Experience of studying the work of medical workers [*Opyt izuchenija truda medicinskih rabotnikov*]. Moscow: Medicina; 1971 (in Russian).
8. Rogovoj M. A. The study of the working time of employees of health facilities in order to rationing (guidelines) [*Izuchenie zatrat rabochego vremeni rabotnikov uchrezhdenij zdravooxranenija v celjah normirovanija (metodicheskie ukazanija)*]. Moscow: VNIИ im. N. A. Semashko; 1979 (in Russian).
9. Shipova V. M. (ed.) Guidelines for the organization of labor valuation in health care [*Metodicheskie rekomendacii po organizacii normirovanija truda v zdravooxranenii*]. Moscow: GU NNII obshhestvennogo zdorov'ja RAMN; 2004 (in Russian).
10. Khabriev R. U. (ed.) Organization and technology of labor rationing in health care [*Organizacija i tehnologija normirovanija truda v zdravooxranenii*]. Moscow: GEOTAR-Media; 2018 (in Russian).

<sup>9</sup>Послание Президента Российской Федерации Федеральному Собранию от 01.03.2018 г.

Реформы здравоохранения

11. Methodology of development of norms of time and workload of medical personnel: guidelines [*Metodika razrabotki norm vremeni i nagruzki medicinskogo personala: metodicheskie ukazaniya*]. Moscow: CNIOIZ MZ RF; 2013 (in Russian).
12. Suggestions (practical recommendations) on the organization of internal quality control and safety of medical activities in the medical organization (hospital) [*Predlozhenija (prakticheskie rekomendacii) po organizacii vnutrennego kontrolja kachestva i bezopasnosti medicinskoj dejatel'nosti v medicinskoj organizacii (stacionare)*]. Moscow: FGBU «Centr monitoringa i kliniko-jekonomicheskoj jekspertizy» Roszdravnadzora; 2015 (in Russian).

© Сердюковский С. М., 2019  
УДК 614.2

**Сердюковский С. М.**

## МЕТОДИЧЕСКИЕ ПРИНЦИПЫ КОМПЛЕКСНОЙ ОЦЕНКИ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ МЕДИЦИНСКИХ ОРГАНИЗАЦИЙ

ФГБНУ «Национальный научно-исследовательский институт общественного здоровья им. Н. А. Семашко» Минобрнауки России, 105064 г. Москва

*В статье обосновываются целесообразность и необходимость разработки методологии комплексной оценки деятельности медицинских организаций. Представлены последовательные этапы проведения данной оценки и результаты апробации предлагаемых методических принципов на примере оценки деятельности трех условных медицинских организаций.*

*Ключевые слова:* перечень анализируемых показателей; комплексная оценка деятельности; стандартизованные показатели; эталон; интегральные показатели деятельности; методические принципы.

**Для цитирования:** Сердюковский С. М. Методические принципы комплексной оценки деятельности медицинских организаций. Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. 2019;27(4):476—478. DOI: <http://dx.doi.org/10.32687/0869-866X-2019-27-4-476-478>

**Для корреспонденции:** Сердюковский Сергей Маркович, канд. мед. наук, ст. науч. сотрудник ФГБНУ «Национальный научно-исследовательский институт общественного здоровья им. Н. А. Семашко», e-mail: [otdel-77@mail.ru](mailto:otdel-77@mail.ru)

**Serdiukovsky S. M.**

## THE METHODOLOGICAL PRINCIPLES OF COMPREHENSIVE EVALUATION OF ACTIVITIES OF MEDICAL ORGANIZATIONS

The Federal State Budget Scientific Institution «The N. A. Semashko National Research Institute of Public Health», 105064, Moscow, Russia

*The article considers expedience and the need to develop an integrative assessment methodology of medical organizations. Presented to the successive stages of the evaluation and the results of approbation of the suggested methodological principles for evaluating the activities of the three-example conditional medical organizations.*

*Keywords:* list of analyzed indicators, comprehensive assessment of activities, standardized indicators, benchmark, integrated performance indicators, methodological principles.

**For citation:** Serdiukovsky S. M. The methodological principles of comprehensive evaluation of activities of medical organizations. *Problemy sotsialnoy gigieny, zdavookhraneniya i istorii meditsiny*. 2019;27(4):476—478 (In Russ.). DOI: <http://dx.doi.org/10.32687/0869-866X-2019-27-4-476-478>

**For correspondence:** Serdiukovsky S. M., candidate of medical sciences, senior researcher of the N. A. Semashko National Research Institute of Public Health. e-mail: [otdel-77@mail.ru](mailto:otdel-77@mail.ru)

**Conflict of interests.** The authors declare absence of conflict of interests.

**Acknowledgment.** The study had no sponsor support

Received 13.12.2018  
Accepted 30.01.2019

В условиях ограниченного финансирования системы здравоохранения вопросы рационального использования имеющихся в отрасли ресурсов и повышения эффективности управления приобретают особую актуальность. В Государственной программе Российской Федерации «Развитие здравоохранения», утвержденной Постановлением Правительства РФ от 15.04.2014 г. № 294, говорится о необходимости создания системы контроля качества и безопасности медицинской деятельности, а также эффективной системы управления качеством в здравоохранении [1].

Для решения вопросов совершенствования медицинской деятельности важнейшим инструментом является мониторинг основных показателей функционирования институциональных единиц системы здравоохранения. Результаты анализа динамики данных показателей служат базовой основой для принятия адресных управленческих решений, направленных на повышение качества оказания медицинской помощи и оптимизацию системы ее организации [2].

Непосредственными исполнителями государственных гарантий для населения в сфере здравоохранения являются медицинские организации.

Оценка медицинской деятельности, а также эффективности управления в медицинских организациях проводится по различным критериям, характеризующим отдельно доступность, качество, безопасность медицинской помощи, своевременность, преемственность и непрерывность, результативность, удовлетворенность пациентов, научно-технический уровень, экономичность, качество документооборота и др. [3].

Однако проведение комплексной оценки и получение обобщенного результата, учитывающего все категории критериев, возможно только при условии применения соответствующей методики, позволяющей привести все показатели к унифицированному виду и обеспечивающей возможность их сопоставления.

Востребованность инструмента для объективной оценки деятельности медицинских организаций обусловила целесообразность разработки общей методологии, в основу которой заложено обобщение основных методических принципов тематических методик, представленных в научной литературе.



### Материалы и методы

При разработке данной методологии нами была определена последовательность всех этапов проведения комплексной оценки.

Первый этап — разработка перечня анализируемых показателей. Необходимо отметить, что для проведения оценки деятельности медицинских организаций разного типа следует применять соответствующий перечень показателей.

Второй этап — приведение всех анализируемых показателей к сопоставимым величинам. Данную обработку можно назвать стандартизацией, т. е. это метод сопоставления фактического показателя с условным стандартом или эталоном. В качестве такого эталона может использоваться программный целевой или нормативный показатель, также можно применить средний или наилучший показатель по сопоставляемым медицинским организациям. При сопоставлении фактического показателя с эталоном будет получен некий коэффициент, являющийся основным (стандартизованным) показателем для проведения дальнейших расчетов.

Однако следует отметить, что показатели деятельности медицинских организаций имеют разную направленность. Так, есть показатели, для которых положительным является их увеличение (положительно направленные показатели), и есть показатели, для которых положительным является их уменьшение (отрицательно направленные показатели). Следовательно, и стандартизация разнонаправленных показателей должна проводиться по-разному.

При стандартизации положительно направленных показателей следует сопоставлять фактический показатель с эталоном, и формула расчета выглядит так:

$$P_c = \Phi : \Theta,$$

где  $P_c$  — расчетный стандартизованный показатель,  $\Phi$  — фактический показатель,  $\Theta$  — эталон (стандарт).

При стандартизации отрицательно направленных показателей следует сопоставлять эталон с фактическим показателем, и формула расчета такова:

$$P_c = \Theta : \Phi,$$

где  $P_c$  — расчетный стандартизованный показатель,  $\Phi$  — фактический показатель,  $\Theta$  — эталон (стандарт).

Именно такой методический принцип проведения стандартизации анализируемых показателей позволяет обеспечить логику математических расчетов.

Третий этап — определение степени значимости каждого показателя. Следует отметить, что определение конкретных коэффициентов значимости отдельных показателей должно быть реализовано на основе согласованного мнения группы экспертов, в состав которой могут привлекаться только специалисты соответствующей квалификации с большим стажем медицинской деятельности.

По нашему мнению, наиболее удобным для последующих расчетов является применение общего суммарного показателя удельного веса значимости всех показателей, равного единице, т. е. удельный

вес значимости конкретного показателя будет составлять от 0,01 до 1.

Четвертый этап — определение общего интегрального показателя деятельности медицинской организации. Данный расчет проводится на основе суммирования значений всех стандартизованных показателей с учетом удельного веса их значимости, т. е. каждый стандартизованный показатель следует умножить на удельный вес его значимости, а полученные результаты суммировать. Формула расчета выглядит так:

$$P_c : U_b = K,$$

где  $P_c$  — стандартизованный показатель,  $U_b$  — удельный вес значимости данного показателя,  $K$  — расчетный коэффициент.

Сопоставление общих интегральных показателей деятельности медицинских организаций позволяет провести объективный сравнительный анализ и определить их рейтинг.

### Результаты исследования

Примером апробации предлагаемой методологии может служить сравнительный анализ деятельности трех условных медицинских организаций. Предположим, что оценка их функционирования будет проведена на основе анализа выбранных показателей (первый этап; табл. 1).

Для реализации второго этапа (стандартизации) в качестве эталона можно использовать наилучший показатель среди анализируемых медицинских организаций. Например, наилучший (наибольший) показатель фондовооруженности установлен в медицинской организации № 2 (1797,4 тыс. руб.). В соответствии с предложенной формулой, при стандартизации положительно направленного показателя сле-

Таблица 1

Критерии оценки и фактические показатели деятельности анализируемых медицинских организаций

Показатель	Медицинская организация		
	№ 1	№ 2	№ 3
Фондовооруженность, тыс. руб.	1526,5	1797,4	1652,3
Обеспеченность прикрепленного населения врачами, на 10 тыс. населения	39,6	41,2	42,4
Занятость штатных должностей врачей, %	92,5	89,7	94,6
Частота случаев постановки неверного основного диагноза, %	6,7	5,4	5,8
Частота случаев неопределения сопутствующей патологии, %	11,7	12,5	14,2
Частота случаев назначения неадекватной лекарственной терапии, %	8,7	6,8	8,4
Объем медицинской помощи на одного прикрепленного жителя в год:			
стационарной, число койко-дней	3,5	3,8	3,2
амбулаторно-поликлинической, число посещений	8,6	9,4	9,2
стационарзамещающей, число пациенто-дней	0,28	0,32	0,41
Частота выявленных нарушений:			
правил техники безопасности при эксплуатации медицинского оборудования	11	16	9
требований санитарно-эпидемиологического режима	4	12	8
Частота случаев внутрибольничной инфекции, %	2,3	1,8	1,4

Таблица 2

## Стандартизованные показатели деятельности анализируемых медицинских организаций

Показатель	Медицинская организация		
	№ 1	№ 2	№ 3
Фондовооруженность	0,85	1,00	0,92
Обеспеченность прикрепленного населения врачами	0,93	0,97	1,00
Занятость штатных должностей врачей	0,98	0,95	1,00
Частота случаев постановки неверного основного диагноза	0,81	1,00	0,93
Частота случаев неопределения сопутствующей патологии	1,00	0,94	0,82
Частота случаев назначения неадекватной лекарственной терапии	0,78	1,00	0,81
Объем медицинской помощи на одного прикрепленного жителя в год:			
стационарной, число койко-дней	0,92	1,00	0,84
амбулаторно-поликлинической, число посещений	0,91	1,00	0,98
стационарзамещающей, число пациенто-дней	0,68	0,78	1,00
Частота выявленных нарушений:			
правил техники безопасности при эксплуатации медицинского оборудования	0,82	0,56	1,00
требований санитарно-эпидемиологического режима	1,00	0,33	0,50
Частота случаев внутрибольничной инфекции, %	0,61	0,78	1,00

дует фактический показатель по другим медицинским организациям сопоставить с выбранным эталоном: для № 1 стандартизованный показатель составит  $1526,5 : 1797,4 = 0,85$ ; для № 3 он составит  $1652,3 : 1797,4 = 0,92$ , тогда как для № 2 стандартизованный показатель будет несколько выше и составит 1,00.

Для стандартизации отрицательно направленных показателей следует эталон сопоставить с фактическими показателями. Например, наилучший (наименьший) показатель частоты случаев внутрибольничной инфекции установлен в медицинской организации № 3 (1,4%), следовательно, для № 1 стандартизованный показатель составит  $1,4 : 2,3 = 0,61$ , для № 2 он составит  $1,4 : 1,8 = 0,78$ , а для № 3 он будет несколько выше и составит 1,00.

На основе учета направленности анализируемых показателей рассчитываются их стандартизованные значения (табл. 2).

В табл. 3 представлены условные значения удельного веса значимости каждого анализируемого показателя (третий этап), расчетные показатели, полученные путем умножения стандартизованных показателей на удельный вес их значимости, а также итоговые интегральные показатели, полученные путем суммирования всех расчетных показателей (четвертый этап).

Материалы табл. 3 свидетельствуют о том, что наиболее эффективной следует признать деятельность медицинской организации № 3, в отношении которой установлен наибольший интегральный показатель, составивший 0,9026.

### Заключение

Представленные методические принципы дают возможность привести все анализируемые показатели к унифицированному виду и на основе математически обоснованного расчета интегральных показателей

Таблица 3

## Интегральные показатели деятельности анализируемых медицинских организаций

Удельный вес	Медицинская организация					
	№ 1		№ 2		№ 3	
	стандартный показатель	расчетный показатель	стандартный показатель	расчетный показатель	стандартный показатель	расчетный показатель
0,15	0,85	0,1275	1,00	0,15	0,92	0,138
0,05	0,93	0,0465	0,97	0,0485	1,00	0,05
0,15	0,98	0,147	0,95	0,1425	1,00	0,15
0,12	0,81	0,0972	1,00	0,12	0,93	0,1116
0,07	1,00	0,07	0,94	0,0658	0,82	0,0574
0,10	0,78	0,078	1,00	0,10	0,81	0,081
0,03	0,92	0,0276	1,00	0,03	0,84	0,0252
0,03	0,91	0,0273	1,00	0,03	0,98	0,0294
0,02	0,68	0,0136	0,78	0,0156	1,00	0,02
0,08	0,82	0,0656	0,56	0,0448	1,00	0,08
0,08	1,00	0,08	0,33	0,0264	0,50	0,04
0,12	0,61	0,0732	0,78	0,0936	1,00	0,12
Итого: 1,00		0,8535		0,8672		0,9026

Примечание. Показатели приводятся автором в порядке, аналогичном табл. 1 и 2.

объективно оценить деятельность медицинских организаций, что позволяет определить их рейтинг.

Предлагаемые методические принципы могут применяться для оценки деятельности любых институциональных единиц системы здравоохранения при условии выбора соответствующего перечня анализируемых показателей.

Исследование не имело спонсорской поддержки.  
Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

### ЛИТЕРАТУРА

1. Государственная программа Российской Федерации «Развитие здравоохранения», утверждена Постановлением Правительства РФ от 15 апреля 2014 г. № 294. М.; 2014.
2. Линденбрaten А. Л., Гришина Н. К., Гриднев О. В. Принципы организации мониторинга основных показателей деятельности амбулаторно-поликлинических учреждений в трехуровневой системе оказания медицинской помощи. В кн.: Организация лечебно-профилактической помощи населению и вызовы глобализации: Материалы международной научно-практической конференции. М.; 2012. С. 222—6.
3. Линденбрaten А. Л. Методические подходы к оценке качества организации медицинской помощи. *Здравоохранение*. 2015;(2):74—8.

Поступила 13.12.2018  
Принята в печать 30.01.2019

### REFERENCES

1. State program of the Russian Federation «Development of health» approved by the RF Government Resolution of 15 April 2014 No. 294 [Gosudarstvennaya programma Rossijskoj Federacii "Razvitie zdavoohraneniya", utverzhdena Postanovleniem Pravitel'stva RF ot 15 aprelya 2014 g. № 294]. Moscow; 2014 (in Russian).
2. Lindenbraten A. L., Grishina N. To., Gridnev O. V. Principles of organization of monitoring of key performance indicators of the outpatient clinics in a three-tier system of medical care preventive. In: Organization of treatment and preventive care for the population and the challenges of globalization [Organizaciya lechebno-profilakticheskoy pomoshchi naseleniyu i vyzovy globalizacii: Materialy mezh-dunarodnoj nauchno-prakticheskoy konferencii]. Moscow; 2012. P. 222—6 (in Russian).
3. Lindenbraten A. L. Methodological approaches to assessing the quality of medical care. *Zdravoohranenie*. 2015;(2):74—8 (in Russian).

**Мендель С. А.<sup>1</sup>, Таирова Р. Т.<sup>2</sup>, Шкарин В. В.<sup>3</sup>, Кураков Д. А.<sup>4</sup>, Савостина Е. А.<sup>5</sup>**

### **ОРГАНИЗАЦИЯ МЕДИЦИНСКОЙ СЛУЖБЫ МВД РОССИИ В 2017 г.**

<sup>1</sup>Клинический госпиталь ФКУЗ «МСЧ МВД России», 127299, г. Москва;

<sup>2</sup>Научно-исследовательский институт цереброваскулярной патологии и инсульта ФГБОУ ВО «Российский национальный исследовательский медицинский университет им. Н. И. Пирогова» Минздрава России, 117997, г. Москва;

<sup>3</sup>ФГБОУ «Волгоградский государственный медицинский университет» Минздрава России, 400131, г. Волгоград;

<sup>4</sup>Комитет здравоохранения Волгоградской области, 400001, г. Волгоград;

<sup>5</sup>ФГБОУ ДПО «Российская медицинская академия непрерывного профессионального образования», 123242, г. Москва

*В статье представлены комплексный анализ и оценка состояния региональных особенностей заболеваемости с временной утратой трудоспособности, инвалидности и смертности сотрудников органов внутренних дел России. Источником данных послужила медицинская статистическая отчетность, формируемая медико-санитарными частями МВД России с использованием лексического анализа медицинской документации.*

**К л ю ч е в ы е с л о в а:** статистический учет; временная утрата трудоспособности; инвалидизация; стационарная помощь; лексический анализ.

**Для цитирования.** Мендель С. А., Таирова Р. Т., Шкарин В. В., Кураков Д. А., Савостина Е. А. Организация медицинской службы МВД России в 2017 г. Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. 2019;27(4):479—481. DOI: <http://dx.doi.org/10.32687/0869-866X-2019-27-4-479-481>

**Для корреспонденции:** Мендель Сергей Александрович, канд. мед. наук, врач высшей категории Клинического госпиталя «МСЧ МВД России» по г. Москве, e-mail: 89160764641@mail.ru

**Mendel S. A.<sup>1</sup>, Tairova R. T.<sup>2</sup>, Shkarin V. V.<sup>3</sup>, Kurakov D. A.<sup>4</sup>, Savostina E. A.<sup>5</sup>**

### **THE ORGANIZATION OF MEDICAL SERVICE OF THE INTERIOR MINISTRY OF RUSSIA IN 2017**

<sup>1</sup>The Clinical Hospital the Federal State Official Institution Health Care «The Medical Sanitary Unit of the Ministry of Interior Affairs of Russia for Moscow», 127299, Moscow, Russia;

<sup>2</sup>The Federal State Budget Educational Institution of Higher Education «N. I. Pirogov Russian National Research Medical University» Minzdrav of Russia, 117997, Moscow, Russia;

<sup>3</sup>The Federal State Budget Educational Institution of Higher Education «The Volgograd State Medical University» of Minzdrav of Russia, 400131 Volgograd, Russia;

<sup>4</sup>The Volgograd Oblast Health Care Committee, 400001, Volgograd, Russia;

<sup>5</sup>The Federal State Budget Educational Institution of Additional Professional Education «The Russian Medical Academy of Continuous Professional Education» of Minzdrav of Russia, 125445, Moscow, Russia

*The article presents a comprehensive analysis and assessment of the state of regional characteristics of morbidity with temporary disability, disability and mortality of employees of the internal affairs bodies of Russia. The source of the data was medical statistical reports generated by the medical and sanitary units of the Ministry of Internal Affairs of Russia using lexical analysis of medical documentation.*

**К e y w o r d s:** statistical accounting, temporary disability, disability, inpatient care, lexical analysis.

**For citation:** Mendel S. A., Tairova R. T., Shkarin V. V., Kurakov D. A., Savostina E. A. The organization of medical service of the Interior Ministry of Russia in 2017. *Problemy sotsialnoy gigieny, zdravookhraneniya i istorii meditsiny*. 2019;27(4):479—481 (In Russ.). DOI: <http://dx.doi.org/10.32687/0869-866X-2019-27-4-479-481>

**For correspondence:** Mendel S. A., candidate of medical sciences, physician of highest category of the Medical Sanitary Unit of the Ministry of Interior Affairs of Russia for Moscow. e-mail: 89160764641@mail.ru

**Conflict of interests.** The authors declare absence of conflict of interests.

**Acknowledgment.** The study had no sponsor support

Received 10.01.2019

Accepted 30.01.2019

В современных условиях приоритетными задачами медицинской службы МВД являются повышение уровня здоровья обслуживаемых контингентов и поиск путей оптимизации службы [1, 2]. Совершенствование ведомственного здравоохранения должно обеспечиваться на основе комплексной оценки его состояния.

Цель исследования — комплексный анализ и оценка состояния медицинской службы МВД для определения направлений модернизации.

#### **Материалы и методы**

Материалами исследования служили данные ведомственной медицинской статистической отчетности с использованием лексического анализа медицинской документации.

Методика исследования включает комплексный анализ медицинской службы МВД России по следующим направлениям:

- динамика статистических показателей в 2013—2017 гг.;
- дифференциация показателей по медико-санитарным частям и ее динамика;
- динамика и уровень статистических показателей в медико-санитарных частях с негативными тенденциями инвалидизации и смертности.

Анализ проведен по основным статистическим показателям, характеризующим:

- сеть и ресурсы медицинских организаций;
- контингент лиц, медицинская помощь которым оказывается в системе ведомственного здравоохранения МВД;

- показатели здоровья обслуживаемого контингента лиц.

### Результаты исследования

Основные показатели медицинской службы МВД в 2017 г. и их динамика за 2013—2017 гг. представлены в таблице.

Анализ статистических показателей и их динамики позволяет сделать следующие выводы о состоянии и тенденциях развития ведомственной медицины МВД в 2013—2017 гг. Отмечаются:

- рост численности прикрепленного контингента;
- рост мощности медицинских учреждений (коечный фонд, мощность поликлиник) в абсолютном исчислении при одновременном снижении показателей обеспеченности обслуживаемого контингента указанными ресурсами;
- рост показателей абсолютной численности медицинского персонала и обеспеченности медицинским персоналом обслуживаемого контингента;
- рост абсолютных и относительных (на 1 тыс. лиц) показателей объемов стационарной медицинской помощи (число госпитализаций, койко-дни) при снижении средней длительности случая госпитализации;
- рост абсолютного и относительного (на 1 тыс. лиц) показателей объемов амбулаторно-поликлинической помощи (посещения);
- снижение показателей заболеваемости, в том числе с ВУТ, первичного выхода на инвалидность, смертности;

- стабильная (практически без динамики) структура заболеваемости по классам болезней с преобладанием болезней органов дыхания ( $1/3$  всех выявленных заболеваний);
- разнонаправленная динамика всех показателей, использованных для анализа медицинской службы МВД по медико-санитарным частям МВД (субъектам Российской Федерации);
- значительная дифференциация практически всех показателей по медико-санитарным частям МВД России при наличии тенденции к снижению, за исключением показателя обеспеченности штатными должностями среднего медицинского персонала.

В процессе исследования была сформирована группа медико-санитарных частей (МСЧ), в которых в течение рассматриваемого периода отмечались негативные тенденции смертности и инвалидности (рост показателей) обслуживаемого контингента. Число таких МСЧ составило 11.

В семи МСЧ данной группы показатель смертности обслуживаемого контингента превышает средний аналогичный показатель по всем МСЧ. Также в большинстве МСЧ данной группы отмечается превышение среднего показателя числа случаев ВУТ на 100 лиц (восемь МСЧ) и среднего показателя числа случаев ВУТ на 100 лиц (семь МСЧ). Одновременно в данной группе МСЧ практически не отмечен рост показателей заболеваемости, характерный для подавляющего большинства МСЧ: в одной МСЧ отмечен рост числа случаев ВУТ, еще в одной — показателя общей заболеваемости.

Основные показатели медицинской службы МВД в 2017 г.

Показатель	2017 г.	Динамика, 2013—2017 гг.	Кратность max/min в 2017г.*	Динамика кратности, 2013—2017 гг.
Число лиц, подлежащих прикреплению для медицинского обеспечения, абс.	2 613 904	Снижение	xxx**	xxx
Число лиц, прикрепленных для медицинского обеспечения, абс.	2 008 537	Рост	xxx	xxx
Общее число коек, абс.	8624	Рост	xxx	xxx
Число коек, на 1 тыс. прикрепленных для медицинского обслуживания	3,7	Снижение	xxx	xxx
Число коек, на 1 тыс. подлежащих медицинскому обслуживанию	2,9	Отсутствует	4,8	Снижение
Общая мощность поликлиник, посещений в смену, абс.	36 764	Рост	xxx	xxx
Общая мощность поликлиник, на 1 тыс. прикрепленных для медицинского обслуживания	15,9	Снижение	xxx	xxx
Штатные должности врачей, абс.	7076,25	Рост	xxx	xxx
Штатные должности врачей, на 10 тыс. лиц	33,36	Рост	4,9	Снижение
Штатные должности среднего медицинского персонала, абс.	10 750,00	Рост	xxx	xxx
Штатные должности среднего медицинского персонала, на 10 тыс. лиц	42,52	Рост	11,4	Рост
Число госпитализаций, абс.	186 934	Рост	xxx	xxx
Число госпитализаций, на 1 тыс. контингента, подлежащего прикреплению	71,5	Рост	4,7	Снижение
Число койко-дней, абс.	2 277 773	Рост	xxx	xxx
Число койко-дней на 1 тыс. контингента, подлежащего прикреплению	871,4	Рост	4,8	Рост
Средняя длительность госпитализации, дни	12,4	Снижение	xxx	xxx
Число посещений, абс.	13 195 436	Рост	xxx	xxx
Число посещений на 1 тыс. лиц	4763,0	Рост	7,2	Снижение
Зарегистрировано заболеваний на 1 тыс. лиц	880,34	Снижение	5,0	Снижение
Доля лиц с I и II группами здоровья, %	88,29	Рост	xxx	xxx
Численность лиц, впервые признанных инвалидами, на 1 тыс.	1,09	Снижение	xxx	xxx
Число случаев с ВУТ, на 100 человек	50,66	Снижение	6,9	Снижение
Число дней ВУТ на 100 человек	638,93	Снижение	6,9	Снижение
Средняя продолжительность случая ВУТ,	12,61	Снижение	xxx	xxx
Число умерших, на 1 тыс. человек	0,77	Снижение	xxx	xxx

Примечание. \* — соотношение максимального и минимального показателей по медицинским учреждениям; соотношение максимального и минимального показателей (их кратность) представлено в таблице для тех данных, для которых это соотношение, во-первых, имеет смысловое значение и, во-вторых, имеет статистически значимое значение. \*\*xxx — данные не могут быть представлены. ВУТ — временная утрата трудоспособности.

## Реформы здравоохранения

Рост показателей смертности и инвалидности при отсутствии роста показателей заболеваемости могут свидетельствовать о формировании «скрытой» (не диагностированной) заболеваемости.

Таким образом, данная группа МСЧ заслуживает особого внимания в аспекте анализа причин сложившейся ситуации. Нами были проанализированы показатели объемов и ресурсной обеспеченности медицинской помощи в данной группе МСЧ.

Выявлено, что в большинстве МСЧ данной группы отмечается рост объемов медицинской помощи. Так, рост относительных показателей числа койко-дней и посещений отмечается в шести МСЧ данной группы, относительных показателей госпитализации — в восьми МСЧ. Однако относительные показатели объемов медицинской помощи в большинстве МСЧ данной группы остаются низкими. По любому из трех перечисленных относительных показателей объемов медицинской помощи превышение среднего уровня отмечается только в двух МСЧ.

Одновременно для данной группы МСЧ характерны низкие показатели ресурсной обеспеченности медицинской помощи. Превышение средних показателей обеспеченности врачами и средним медицинским персоналом отмечается только в одной МСЧ, превышение среднего показателя обеспеченности обслуживаемого контингента койками круглосуточного стационара — в двух МСЧ. В одной МСЧ круглосуточный стационар не организован. При этом отмечен рост показателей ресурсной обеспеченности: в десяти МСЧ происходило увеличение обеспеченности обслуживаемого контингента врачами, в семи МСЧ — рост обеспеченности койками, рост обеспеченности средним медицинским персоналом отмечается также в семи МСЧ.

Причинами сложившейся ситуации, возможно, являются низкая доступность и низкая ресурсная обеспеченность медицинской помощи. Тенденция к их росту позволяет надеяться на улучшение ситуации. В любом случае детальный по составу показателей мониторинг ситуации в данной группе МСЧ необходим.

### Заключение

Динамика развития ведомственной системы здравоохранения МВД России в 2013—2017 гг. характеризуется сочетанием ряда тенденций. Как безусловно позитивные можно оценить тенденции к снижению показателей заболеваемости, первичного выхода на инвалидность и смертности, а также к снижению дифференциации показателей в разрезе МСЧ. Однозначно негативным аспектом является наличие группы медико-санитарных частей (пусть и сравнительно небольшой) с негативными тенденциями смертности и инвалидности обслуживаемого контингента при низких показателях ресурсной обеспеченности медицинской помощи.

Отмеченные тенденции роста относительных объемов медицинской помощи и снижение обеспеченности обслуживаемого контингента ресурсами (коечный фонд, поликлинические мощности) еще недавно мы могли бы оценить следующим образом:

первую — как противоречащую, а вторую — как соответствующую принятой государственной парадигме развития системы здравоохранения, характеризующейся ориентацией на ресурсосбережение. Однако в последних стратегических документах по развитию здравоохранения в России (например, «Стратегия развития здравоохранения Российской Федерации на долгосрочный период 2015—2030 гг.») данное направление как приоритетное не определено. Таким образом, отдельные тенденции развития ведомственной системы здравоохранения МВД России нуждаются в объективизации в аспекте оценки «позитив/негатив».

Сочетание позитивных и негативных аспектов развития подтверждает мнения, высказываемые в научных публикациях по проблемам развития медицинской службы МВД России, о необходимости проведения модернизации ведомственного здравоохранения и развития его как составного компонента единой системы государственного здравоохранения [3, 4]. Одним из путей проведения модернизации является стандартизация управления медицинскими учреждениями МВД России на основе реализации процессного подхода.

Исследование не имело спонсорской поддержки.  
Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

### ЛИТЕРАТУРА

1. Сидоренко В. А., Сухоруков А. Л., Костин Н. А. Современное амбулаторно-поликлиническое учреждение МВД России — ведущее звено единой системы оказания первичной медицинской помощи прикрепленному контингенту. *Медицинский вестник МВД*. 2016;(6):9—12.
2. Сидоренко В. А. Ведомственному здравоохранению МВД России — 95 лет. *Вестник современной клинической медицины*. 2016;9(6):18—23.
3. Сидоренко В. А., Зубрицкий В. Ф. Развитие ведомственной медицины — основа укрепления здоровья сотрудников органов внутренних дел. *Медицинский вестник МВД*. 2017;87(2):2—4.
4. Берсенева Е. А., Коньков А. В., Мендель С. А., Савостина Е. А. Основные направления модернизации здравоохранения МВД России и пути их реализации. Перспективы развития современной медицины. Сб. научных трудов по итогам международной научно-практической конференции (11 декабря 2017 г.). Воронеж; 2018.

Поступила 10.01.2019  
Принята в печать 30.01.2019

### REFERENCES

1. Sidorenko V. A., Suhorukov A. L., Kostin N. A. A modern outpatient polyclinic institution of the Ministry of Internal Affairs of Russia is the leading element of the unified system of providing primary medical care to the assigned contingent. *Medicinskij vestnik MVD*. 2016;(6):9—12 (in Russian).
2. Sidorenko V. A. Departmental Healthcare of the Ministry of Internal Affairs of Russia is 95 years old. *Vestnik sovremennoj klinicheskoj mediciny*. 2016;9(6):18—23 (in Russian).
3. Sidorenko V. A., Zubrickij V. F. The development of departmental medicine is the basis for promoting the health of internal affairs officers. *Medicinskij vestnik MVD*. 2017;87(2):2—4 (in Russian).
4. Berseneva E. A., Konkov A. V., Mendel S. A., Savostina E. A. The main directions of modernization of public health services of the Ministry of Internal Affairs of Russia and the ways of their implementation. In: Prospects for the development of modern medicine. Collection of scientific papers on the results of the international scientific-practical conference (December 11, 2017) [*Perspektivy razvitiya sovremennoj mediciny. Sbornik nauchnyh trudov po itogam mezhdunarodnoj nauchno-prakticheskoj konferencii 11 dekabrya 2017g.*]. Voronezh; 2018 (in Russian).

© Коллектив авторов, 2019  
УДК 614.2Черкасов С. Н.<sup>1</sup>, Золотарев П. Н.<sup>2</sup>, Баева Е. С.<sup>3</sup>**МЕДИКО-СОЦИАЛЬНЫЙ ПОРТРЕТ ПОТРЕБИТЕЛЯ ЛАБОРАТОРНЫХ УСЛУГ МЕДИЦИНСКИХ ОРГАНИЗАЦИЙ**<sup>1</sup>ФГБНУ «Национальный научно-исследовательский институт общественного здоровья им. Н. А. Семашко» Минобрнауки России, 105064, г. Москва;<sup>2</sup>Частное учреждение образовательная организация высшего образования «Медицинский университет «Реавиз», 443001, г. Самара;<sup>3</sup>ФГАОУ ВО «Самарский национальный исследовательский университет им. академика С. П. Королева», 443086, г. Самара

*В работе представлена информация, отражающая различные медико-социальные особенности населения городов Самарской области. Опрос респондентов проводился на базе сетевой коммерческой лаборатории, процедурные кабинеты которой были открыты одновременно в нескольких городах региона. В ходе проведенного исследования был составлен медико-социальный портрет потребителя лабораторных услуг медицинских организаций. Установлено, что лабораторными услугами коммерческих лабораторий наиболее часто пользуются женщины (78,1%) в возрасте от 18 до 40 лет. Выявлено, что 54,9% всех обращений пациентов являлись повторными, а 56% пациентов сдали анализы по собственной инициативе. При первичном обращении преобладают мужчины (56,2%), а в отношении географического места предоставления услуги — г. Тольятти (63,8%). Наиболее привержены рекомендациям врача в принятии решения при обращении за платными медицинскими анализами пациенты в возрасте от 18 до 50 лет. На основании полученных данных предложен комплекс мер, направленных на повышение качества предоставления медицинских лабораторных услуг.*

**К л ю ч е в ы е с л о в а :** портрет потребителя; медицинская лабораторная услуга; предоставление услуг; повышение качества услуг.

**Для цитирования:** Черкасов С. Н., Золотарев П. Н., Баева Е. С. Медико-социальный портрет потребителя лабораторных услуг медицинских организаций. Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. 2019;27(4):482—486. DOI: <http://dx.doi.org/10.32687/0869-866X-2019-27-4-344-355>

**Для корреспонденции:** Золотарев Павел Николаевич, канд. мед. наук, доцент, проректор по лечебной работе Медицинского университета «Реавиз», г. Самара, e-mail: [zolotareff@list.ru](mailto:zolotareff@list.ru)

Cherkasov S. N.<sup>1</sup>, Zolotarev P. N.<sup>2</sup>, Baeva E. S.<sup>3</sup>**THE MEDICAL SOCIAL PORTRAIT OF CONSUMER OF LABORATORY SERVICES OF MEDICAL ORGANIZATIONS**<sup>1</sup>The Federal State Budget Scientific Institution «The N. A. Semashko National Research Institute of Public Health», 105064, Moscow, Russia;<sup>2</sup>The Private Institution Educational Organization of Higher Education «The «Reaviz» Medical University», 443064, Samara, Russia;<sup>3</sup>The Federal State Autonomous Educational Institution of Higher Education «The S. P. Korolev Samara National Research University», 443086, Samara, Russia

*The article presents information about various medical and social characteristics of the population of the Samara region cities. The survey of respondents was held by the network commercial laboratory, which treatment rooms were opened simultaneously in several cities of the region. The conducted study allowed to compile a medico-social portrait of the customer of laboratory services of medical organizations. It was discovered that laboratory services of commercial laboratories are most commonly used by women (78.1%) between the ages of 18 to 40 years. It was revealed that 54.9% of all patient admissions were repeated, and 56.0% of the patients were tested on their own initiative. The initial application is male-dominated 56.2%. Geographically the most often service was provided in Togliatti city (63.8%). Most prone to doctor's recommendation, to apply for paid medical analyses are patients between ages of 18 to 50 years old. Based on the obtained data a set of measures was proposed aimed to improve the quality of medical laboratory services.*

**К e y w o r d s :** portrait; consumer medical laboratory service; provision of services; improving the quality of services.

**For citation:** Cherkasov S. N., Zolotarev P. N., Baeva E. S. The medical social portrait of consumer of laboratory services of medical organizations. *Problemy sotsialnoy gigieny, zdravookhraneniya i istorii meditsiny*. 2019;27(4):482—486 (In Russ.). DOI: <http://dx.doi.org/10.32687/0869-866X-2019-27-4-482-486>

**For correspondence:** Zolotarev P. N., candidate of medical sciences, associate professor, vice-chancellor on Curative Activities of the «Reaviz» Medical University. e-mail: [zolotareff@list.ru](mailto:zolotareff@list.ru)

**Conflict of interests.** The authors declare absence of conflict of interests.

**Acknowledgment.** The study had no sponsor support

Received 18.01.2019  
Accepted 30.01.2019**Введение**

Активное развитие научной и технологической базы лабораторной медицины в мире привело к тому, что клиническая лабораторная диагностика (КЛД) стала одной из активно развивающихся медицинских дисциплин. Этому фактору способствовали возможности успешной коммерциализации лабораторного сектора практического здравоохранения. Нельзя не отнести к положительным моментам в

развитии КЛД и современные достижения в сфере сервиса и клиентоориентированности для конечного потребителя медицинских лабораторных услуг [1, 2].

Развитие КЛД подтверждает и динамичный рост емкости лабораторного рынка. По данным М. Л. Свещинского, в России ежегодно проводится порядка 2,7 млрд лабораторных исследований, при этом есть мнения экспертов, что реальная емкость рынка больше примерно в 2 раза и рост рынка лабораторных услуг составляет от 10 до 20% ежегодно.

## Реформы здравоохранения

В. В. Слободенюк указывает, что число исследований в стране приблизилось к 4 млрд, демонстрируя ежегодный рост в среднем на 4,5%, что соответствует мировому тренду и имеет медицинские, технические, демографические, социальные и иные причины. При этом наибольший темп роста имеют биохимические и коагулологические исследования [3—5].

Продолжение активного развития КЛД и самой лабораторной службы возможно только при четком понимании того, кто является потребителем данных услуг и какую он выражает потребность, насколько ему доступны данные услуги, а в последующем и оценка его удовлетворенности предоставленными услугами.

В рамках жесткой конкуренции государственные и частные медицинские лаборатории стремятся максимально привлечь потребителей и должны четко понимать, кто ими является и какую потребность они выражают.

При этом и сама система здравоохранения должна ориентироваться на медико-социальный портрет потребителя, чтобы в режиме постоянного его мониторинга разрабатывать и внедрять комплекс мер, направленных на повышение качества предоставления медицинских лабораторных услуг [6].

В современных источниках литературы встречается большое количество публикаций, посвященных социальному портрету потребителя медицинских услуг [7—9].

В большинстве случаев в публикациях дается классификация респондентов по уровню образования, их трудового стажа, семейного положения и жилищных условий. При этом опросы сводятся к оценке респондентами различных видов медицинских услуг [10, 11].

Недостаточно публикаций по изучению медико-социального портрета потребителя медицинских лабораторных услуг. Практически отсутствуют публикации, в которых осуществляется попытка использовать социальные портреты пациентов в качестве основы для разработки комплекса мер по совершенствованию оказания медицинской помощи пациентам.

Цель исследования — изучить медико-социальные особенности населения городов Самарской области, обращающегося за лабораторными услугами в медицинские коммерческие лаборатории, для дальнейшей выработки предложений по повышению качества предоставления медицинских лабораторных услуг.

### Материалы и методы

Медико-социальную оценку потребителей медицинских лабораторных услуг проводили путем социологического опроса.

В опросе приняли участие 1590 респондентов — жителей городов Самары, Тольятти и Новокуйбышевска Самарской области.

Генеральной совокупностью исследования выступили потребители медицинских лабораторных услуг. Точное число потребителей в регионе опреде-

лить затруднительно, поэтому в качестве генеральной совокупности использовалось число жителей Самарской области (на 1 января 2017 г.) — 3 023 679 человек. Заданная ошибка выборки  $\Delta=0,05$ . Требуемое число респондентов составило 384. В данном исследовании было опрошено 1590 респондентов, что позволяет сделать вывод о представительности выборки.

В исследовании изучались пол, возраст, место предоставления услуг, было ли обращение респондента первичным или повторным, по рекомендации врача или по собственной инициативе.

Опрос респондентов проводился на базе сетевой коммерческой лаборатории, процедурные кабинеты которой были открыты одновременно в Самаре, Тольятти, Новокуйбышевске.

Расчет численности процедурных кабинетов в данных городах производился по принципу одного кабинета на 100 тыс. населения.

Статистическая обработка полученных данных проводилась с помощью компьютерных программ Microsoft Access и Microsoft Excel, а также статистической программы R. Результаты исследования представлены в виде таблиц сопряженности. При анализе межгрупповых различий использовался критерий  $\chi^2$ . Выявленные различия считались статистически значимыми при  $p<0,05$ .

### Результаты исследования

В рамках проведенного исследования был выявлен различный гендерно-возрастной состав пациентов, которые обращались в коммерческую медицинскую лабораторию за платными услугами. Анализ гендерного состава пациентов показал, что женщин было больше, чем мужчин: 78,1% ( $n=1241$ ) и 29,1% ( $n=349$ ) соответственно. Возраст обратившихся в процедурные кабинеты для сдачи анализов также различается. Востребованы услуги в группах 30—40 лет (30,8%) и 18—30 лет (28,4%). Остальные пациенты обращаются со сравнимо одинаковой частотой от 11,2 до 16,6% (40—50 лет — 16,6%, 50 лет и старше — 13,0%, от рождения до 18 лет — 11,2%).

Выявлено, что имеет значение и место проживания пациентов. Для сетевой коммерческой лаборатории с процедурными кабинетами в Самаре, Тольятти и Новокуйбышевске процентное распределение пациентов составило 77,7; 17,2; 5,2% соответственно. При этом для г. Самары — это 0,1% от общего числа населения; для г. Тольятти — 0,04%; для г. Новокуйбышевска — 0,08%. Цифры отражают, что больше всего пациентов, пользующихся услугами коммерческой лаборатории, проживает в региональной столице (г. Самара). Данный факт объясняется большей численностью населения, наличием большего количества процедурных кабинетов лаборатории, повышенной платежеспособностью населения, а также большей ориентированностью населения региональной столицы на коммерческие услуги в здравоохранении.

На момент опроса доля первичных обращений составила 45,1%, повторных — 54,9%. Статистика

Таблица 1

Корреляция обращения за лабораторными услугами пациентов с полом и возрастом ( $\chi^2=91,999$ ;  $p<0,001$ )

Возраст	Пол		Итого	
	женщины	мужчины		
От рождения до 18 лет	абс.	94	84	178
	%	7,6	24,1	11,2
18—30 лет	абс.	382	70	452
	%	30,8	20,1	28,4
30—40 лет	абс.	404	86	490
	%	32,6	24,6	30,8
40—50 лет	абс.	216	48	264
	%	17,4	13,8	16,6
50 лет и старше	абс.	145	61	206
	%	11,7	17,5	13
Всего...	абс.	1241	349	1590
	%	100	100	100

показывает, что более чем для половины пациентов сдача анализов в данной коммерческой лаборатории — повторная, что обусловлено ориентацией населения на повторную обращаемость в коммерческие лабораторные организации.

Стимул для обращения в коммерческую лабораторию также различен. Сдали анализы здесь по собственной инициативе 56%, остальные пришли по рекомендации врача в этот раз (36,3%) или в прошлом (7,7%). Это позволяет предположить, что лабораторная услуга в коммерческой организации необходима и пациенту, и врачу с различных точек зрения: удобства, скорости получения результатов, качества исследований.

Накопленные статистические данные также позволяют изучить корреляцию между различными показателями.

Среди опрошенных пациентов мужчины в группе от рождения до 18 лет (24,1%) и в группе 50 лет и старше (17,5%) сдают анализы чаще, нежели женщины того же возраста (7,6 и 11,7% соответственно), тогда как женщины преобладают в группах 18—40 лет (табл. 1).

Не выявлено статистически значимых различий при оценке обращений пациентов различных гендерных групп в зависимости от географического расположения процедурных кабинетов. При этом во всех трех городах устойчиво преобладают пациенты женского пола: Самара — 77,4%, Тольятти — 78,5%, Новокуйбышевск — 77,7% ( $\chi^2=1,432$ ;  $p=0,589$ ).

Таблица 2

Корреляция первичного/повторного обращения за лабораторными услугами с полом пациентов ( $\chi^2=4,780$ ;  $p=0,029$ )

Вы впервые обратились коммерческую лабораторию?	Пол		Итого	
	женщины	мужчины		
Да	абс.	96	41	137
	%	41,6	56,2	45,1
Нет	абс.	135	32	167
	%	58,4	43,8	54,9
Всего...	абс.	231	73	304
	%	100	100	100

Таблица 3

Корреляция возраста пациентов с обращением по собственной инициативе или по рекомендации врача ( $\chi^2=35,481$ ;  $p<0,001$ )

Обратиться для сдачи анализов в коммерческую лабораторию в минувший визит Вам посоветовал врач?	Возраст					Итого	
	от рождения до 18 лет	18—30 лет	30—40 лет	40—50 лет	50 лет и старше		
Да	абс.	25	134	127	73	37	396
	%	21,7	41,5	39,1	40,3	25,2	36,3
Нет	абс.	84	168	164	93	102	611
	%	73	52	50,5	51,4	69,4	56
Сейчас нет, но ранее (в прошлом) врач	абс.	6	21	34	15	8	84
	%	5,2	6,5	10,5	8,3	5,4	7,7
Всего...	абс.	115	323	325	181	147	1091
	%	100	100	100	100	100	100

Оценка сравнения гендерных групп с первичностью обращения показала, что среди мужчин немного меньше тех, кто обращается в коммерческую организацию повторно. Одним из объяснений такого соотношения может быть большая склонность женщин к регулярному наблюдению за своим здоровьем, в том числе по хроническим заболеваниям, и преобладание у мужчин потребности в лечении только по острым состояниям (табл. 2).

Изучение сравнения гендерных групп с инициативой обращения в коммерческую лабораторию не выявило статистических корреляций ( $\chi^2=0,548$ ;  $p=0,76$ ). По собственной инициативе в коммерческую лабораторию обратилось 56% женщин и 56,1% мужчин, по рекомендации врача — 36% женщин и 37,3% мужчин, по рекомендации врача в прошлом — 8% женщин и 6,6% мужчин.

В ходе анализа данных не выявлено статистически значимых корреляций при сравнении различных возрастных групп пациентов с географическим расположением процедурных кабинетов ( $\chi^2=7,033$ ;  $p=0,533$ ) и с первичностью обращения пациентов ( $\chi^2=1,161$ ;  $p=0,885$ ).

При оценке корреляции между возрастными группами пациентов и инициативой обращения установлено, что наиболее часто по рекомендации врача обращаются пациенты в возрасте 18—50 лет, по сравнению с респондентами других возрастных групп. Пациенты младшего возраста (точнее, родители, организующие медицинскую помощь для детей), а также возрастная группа 50 лет и старше более склонны к самостоятельному принятию решений о проведении лабораторных исследований на коммерческой основе (табл. 3).

Изучение корреляции между местом предоставления услуги и первичностью обращения показало, что в Самаре и Новокуйбышевске преобладают пациенты с повторными обращениями, а в процедурных кабинетах, расположенных в Тольятти, — пациенты с первичным обращением. Данная информация требует более детальной проработки, так как может зависеть от платежеспособности населения или



Реформы здравоохранения

Таблица 4

Корреляция между местом предоставления услуги и первичностью/повторностью обращения ( $\chi^2=7,937$ ;  $p=0,019$ )

Вы впервые обратились в коммерческую лабораторию?		Место предоставления услуг			Итого
		Самара	Тольятти	Новокуйбышевск	
Да	абс.	97	30	10	137
	%	41,8	63,8	40	45,1
Нет	абс.	135	17	15	167
	%	58,2	36,2	60	54,9
Всего...	абс.	232	47	25	304
	%	100	100	100	100

Таблица 5

Корреляция первичности обращения с инициативой обращения ( $\chi^2=31,722$ ;  $p<0,001$ )

Обратиться для сдачи анализов в коммерческую лабораторию в минувший визит Вам посоветовал врач?		Вы впервые обратились в коммерческую лабораторию?		Итого
		да	нет	
Да	абс.	68	39	107
	%	49,6	23,4	35,2
Нет	абс.	62	90	152
	%	45,3	53,9	50
Сейчас нет, но ранее (в прошлом) — врач	абс.	7	38	45
	%	5,10	22,8	14,8
Всего...	абс.	137	167	304
	%	100	100	100

иметь проблему сервисного характера, что влияет на формирование повторного обращения (табл. 4).

Не выявлено статистически значимой корреляции между географическим расположением процедурных кабинетов и обращениями по сдаче анализов в коммерческой лаборатории по совету врача или по собственному желанию ( $\chi^2=4,779$ ;  $p=0,311$ ).

Анализ взаимосвязи первичности обращения пациентов в коммерческую лабораторию с инициативой обращения показал, что первичные обращения представлены примерно в одинаковом количестве по инициативе пациента и по рекомендации врача. Среди повторных обращений пациентов наблюдается другое соотношение: приняли решение в минувший визит 53,9% респондентов, а по предшествующей рекомендации врача — 22,8% (табл. 5).

### Обсуждение

При анализе обращаемости за лабораторными услугами пациентов было установлено, что женщины среди опрошенных преобладали, при этом мужчины в группе от рождения до 18 лет и в группе 50 лет и старше сдают анализы чаще, нежели женщины в тех же возрастных группах. Численность же женщин преобладает в группах от 18 до 40 лет.

Установлено, что 54,9% всех обращений пациентов в коммерческую лабораторию являются повторными. При этом 58,4% вторично сдающих анализы составляют женщины, что объясняется большей склонностью женщин к регулярному наблюдению за своим здоровьем. При первичном обращении преоб-

ладают мужчины, а в отношении места предоставления услуги — г. Тольятти; в возрастных группах статистически значимых отличий не выявлено.

Выявлено, что 56% всех опрошенных пациентов сдали анализы в коммерческой лаборатории по собственной инициативе, при этом различий по гендерному признаку нет. Однако при распределении пациентов по возрастным группам установлено, что пациенты от рождения до 18 лет (родители, организующие медицинскую помощь для детей), а также пациенты 50 лет и старше более склонны самостоятельно принимать решение о проведении лабораторных исследований на коммерческой основе. При этом наиболее привержены рекомендациям врача в принятии решения об обращении за платными медицинскими анализами пациенты в возрасте от 18 до 50 лет.

### Заключение

Проведенный анализ позволил выделить несколько ключевых характеристик медико-социального портрета потребителя. Это преимущественно женщины в возрасте 18—40 лет, сдающие анализы в коммерческой лаборатории по собственной инициативе и в большинстве случаев имеющие повторное обращение в данную медицинскую организацию.

На основании полученных промежуточных результатов и продолжая дальнейший анализ, считаем целесообразным предложить комплекс мер, направленных на разработку дополнительных диспансерных и профилактических мероприятий в отношении работоспособного мужского населения Самарского региона, так как именно эта социально-демографическая группа уделяет наименьшее значение лабораторным аспектам диагностики и профилактики.

Немаловажным выводом является аспект разработки рекомендаций для родителей, организующих медицинскую помощь для детей, а также для пациентов старше 50 лет о необходимости обязательного обсуждения комплекса лабораторного обследования с медицинскими работниками, так как именно в детском и старческом возрасте наиболее часто встречаются атипичные формы течения заболеваний, что обусловлено физиологическими возрастными особенностями.

Считаем, что в дальнейших исследованиях по изучению медико-социального портрета потребителя лабораторных услуг целесообразно учитывать и субъективные параметры, а именно: отношение к здоровью и здоровому образу жизни, вопросы доверия к государственным и частым медицинским лабораториям.

Исследование не имело спонсорской поддержки.  
Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

### ЛИТЕРАТУРА

1. Золотарев П. Н. Доступность направления пациентов на медицинские лабораторные анализы для врачей Самарской области. *Вестник медицинского института «РЕАВИЗ»*. 2016;(3):121—5.

2. Золотарев П. Н. Информационные менеджмент-системы в лабораторной медицине. *Менеджер здравоохранения*. 2016;(5):47—54.
3. Золотарев П. Н., Черкасов С. Н. Рынок медицинских лабораторных услуг в РФ. *Бюллетень Национального научно-исследовательского института общественного здоровья им. Н. А. Семашко*. 2018;(4):14—8.
4. Свещинский М. Л. Тренды развития лабораторной службы в России в 2009—2012 годах. *Менеджер здравоохранения*. 2013;(10):49—59.
5. Слободенюк В. В. Централизация бактериологической лаборатории, преимущества. *Клиническая лабораторная диагностика*. 2015;(9):4—5.
6. Винокурова А. М., Поздняков Р. А., Кицул И. С. Анализ целей аудитории медицинской организации. *Менеджер здравоохранения*. 2013;(12):54—60.
7. Решетников А. В. Социальный портрет потребителя медицинских услуг. *Экономика здравоохранения*. 2000;(12):5—19.
8. Гильмутдинов Р. Г., Перепелкина Н. Ю., Захарова И. В., Калинина Е. А. Медико-социальный портрет доноров и мотивация к сдаче крови (на примере Оренбургской области). *Общественное здоровье и здравоохранение*. 2017;(2):9—11.
9. Музалевская О. В. Социальный портрет потребителя услуг традиционной медицины. *Саратовский научно-медицинский журнал*. 2012;(1):128—32.
10. Горбач Н. А., Гончарова Г. Н., Большакова И. А. Сравнительный анализ медико-социального и психического портрета студентов. *Здравоохранение Российской Федерации*. 2003;(2):38—9.
11. Чолоян С. Б., Лукьянова Е. Г., Перепелкина Н. Ю. Социальный портрет пациентов, обратившихся в отделение платных медицинских услуг многопрофильной больницы. *Экология человека*. 2005;(7):54—6.

Поступила 18.01.2019  
Принята в печать 30.01.2019

## REFERENCES

1. Zolotarev P. N. Availability referrals for medical laboratory tests for doctors of the Samara region. *Vestnik medicinskogo instituta «REAVIZ»*. 2016;(3):121—5 (in Russian).
2. Zolotarev P. N. Information management system in laboratory medicine. *Menedzher zdravoohraneniya*. 2016;(5):47—54 (in Russian).
3. Zolotarev P. N., Cherkasov S. N. Medical laboratory services Market in Russia. *Byulleten' Nacional'nogo Nauchno-issledovatel'skogo instituta obshchestvennogo zdorov'ya im. N. A. Semashko*. 2018;(4):14—8 (in Russian).
4. Sveshinskij M. L. Trends of development of laboratory services in Russia in 2009—2012 years. *Menedzher zdravoohraneniya*. 2013;(10):49—59 (in Russian).
5. Slobodenyuk V. V. Centralization of Bacteriological Laboratory, benefits. *Klinicheskaya laboratornaya diagnostika*. 2015;(9):4—5 (in Russian).
6. Vinokurova A. M., Pozdnyakov R. A., Kiczul I. S. Analysis audience medical organization. *Menedzher zdravoohraneniya*. 2013;(12):54—60 (in Russian).
7. Reshetnikov A. V. Social portrait of consumer health services. *Ekonomika zdravoohraneniya*. 2000;(12):5—19 (in Russian).
8. Gilmudtinov R. G., Perepelkina N. U., Zakharova I. V., Kalinina E. A. Medico-social portrait of donors and blood donation motivation (for example, Orenburg region). *Obshchestvennoe zdorov'e i zdravoohranenie*. 2017;(2):9—11 (in Russian).
9. Muzalevskaia O. V. Social portrait of consumer services for traditional medicine. *Saratovskij nauchno-medicinskij zhurnal*. 2012;(1):128—32 (in Russian).
10. Gorbach N. A., Goncharova G. N., Bolshakova I. A. Comparative analysis of medical-social and psychological portrait of students. *Zdravoohranenie Rossijskoj Federacii*. 2003;(2):38—9 (in Russian).
11. Cholojan S. B., Luk'yanova E. G., Perepelkina N. U. Social portrait of patients referred to the Office of paid medical services multidisciplinary hospital. *Ekologiya cheloveka*. 2005;(7):54—6 (in Russian).

Мингазова Э. Н.<sup>1,2</sup>, Власов Я. В.<sup>3</sup>, Термулаева Р. М.<sup>4</sup>

## ОРГАНИЗАЦИЯ ЛЕЧЕБНОГО ПИТАНИЯ С ПОЗИЦИЙ РАЗВИТИЯ ПАЦИЕНТООРИЕНТИРОВАННОГО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

<sup>1</sup>ФГБНУ «Национальный научно-исследовательский институт общественного здоровья им. Н. А. Семашко» Минобрнауки России, 105064, г. Москва;

<sup>2</sup>ФГБОУ ВО «Казанский государственный медицинский университет» Минздрава России, 420012, г. Казань;

<sup>3</sup>ФГБОУ ВО «Самарский государственный медицинский университет» Минздрава России, 443079, г. Самара;

<sup>4</sup>Управление Роспотребнадзора по Чеченской Республике, 364038, г. Грозный

*Необходимо проведение доказательной оценки эффективности персонализированной диетотерапии и применения специализированного обогащения пищевых рационов пациентов. В статье приводится обоснование корректности использования апробированной методики оценки эффективности альтернативных технологий в здравоохранении. Интегральный показатель эффективности, основанный на расчете коэффициента социальной удовлетворенности, предлагается использовать для организации контроля со стороны общественных организаций пациентов.*

**Ключевые слова:** организация лечебного питания; пациентоориентированное здравоохранение; специализированное обогащение; пищевые рационы; персонализированная диетотерапия; социальная удовлетворенность.

**Для цитирования:** Мингазова Э. Н., Власов Я. В., Термулаева Р. М. Организация лечебного питания с позиций развития пациентоориентированного здравоохранения. Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. 2019;27(4):487—490. DOI: <http://dx.doi.org/10.32687/0869-866X-2019-27-4-487-490>

**Для корреспонденции:** Мингазова Эльмира Нурисламовна, д-р мед. наук, проф. Казанского ГМУ, советник руководителя Национального НИИ им. Н. А. Семашко, e-mail: [elmira\\_mingazova@mail.ru](mailto:elmira_mingazova@mail.ru)

Mingazova E. N.<sup>1,2</sup>, Vlasov Ya. V.<sup>3</sup>, Termulaeva R. M.<sup>4</sup>

## THE ORGANIZATION OF DIET THERAPY FROM POSITIONS OF DEVELOPMENT OF PATIENT-ORIENTED HEALTH CARE

<sup>1</sup>The Federal State Budget Scientific Institution «The N. A. Semashko National Research Institute of Public Health», 105064, Moscow, Russia;

<sup>2</sup>The Federal State Budget Educational Institution of Higher Education «The Kazan State Medical University» of Minzdrav of Russia, 420012, Kazan, Russia;

<sup>3</sup>The Federal State Budget Educational Institution of Higher Education «The Samara State Medical University» of Minzdrav of Russia, 443079, Samara, Russia;

<sup>4</sup>The Board of Rospotrebnadzor on the Chechen Republic, 364038, Grozny, Russia

*The article discusses the problematic issues of the organization of medical nutrition of sick people both in medical organizations and outside of their stay, reflecting the current understanding of the organization of therapeutic nutrition as the main structural element of the patient-oriented health care system. The authors declare the need for an evidence-based assessment of the effectiveness of personalized diet therapy and the use of specialized enrichment of patients' diet. The article presents the rationale for the correctness of using for this purpose a proven methodology for assessing the effectiveness of alternative technologies in healthcare. The integral efficiency indicator used in this methodology includes the calculation of the social satisfaction coefficient, which is proposed to be used by one of the levers of control from public organizations of patients, and above all their flagship All-Russian Union of Patients.*

**Keywords:** organization of therapeutic nutrition; patient-oriented health care, specialized enrichment, food rations, personalized diet therapy, social satisfaction.

**For citation:** Mingazova E. N., Vlasov Ya. V., Termulaeva R. M. The organization of diet therapy from positions of development of patient-oriented health care. *Problemy sotsialnoy gigieny, zdravookhraneniya i istorii meditsiny*. 2019;27(4):487—490 (In Russ.). DOI: <http://dx.doi.org/10.32687/0869-866X-2019-27-4-487-490>

**For correspondence:** Mingazova E. N., doctor of medical sciences, professor of the Kazan State Medical University, advisory of the Scientific Head of the N. A. Semashko National Research Institute of Public Health. e-mail: [elmira\\_mingazova@mail.ru](mailto:elmira_mingazova@mail.ru)

**Conflict of interests.** The authors declare absence of conflict of interests.

**Acknowledgment.** The study had no sponsor support

Received 06.03.2019  
Accepted 03.04.2019

Вопросам совершенствования организации лечебного питания в медицинских организациях посвящены работы многих современных исследователей этого направления [1—5].

Современное понимание вопросов организации лечебного питания (ЛП) и оценки его эффективности заложено в определение ЛП как научно обоснованной системы организации питания пациентов и дифференцированного использования с оздоровительной целью определенных пищевых продуктов, их сочетаний и методов кулинарной обработки. По

сложившейся традиции под ЛП подразумевается питание пациентов в стационарах медицинских организаций, однако при объявленном Минздравом России сокращении коечного фонда и среднего койко-дня и при увеличении объема медицинской помощи в первичном звене здравоохранения повышается значимость профессионального амбулаторно-поликлинического диетологического консультирования, увеличивается роль персонализированной диетотерапии как одного из основных факторов оздоровления и продления жизни [6, 7].

При организации контроля за ЛП в стационарах медицинских организаций специалисты в области гигиены питания Роспотребнадзора руководствуются преимущественно Санитарными правилами и нормами, (СанПиН 2.1.3. 2630—10 и СанПиН 2.1.6. 1079—01 с дополнениями и изменениями), содержащими эпидемиологические и гигиенические требования к организации ЛП, обеспечивающие прежде всего его безопасность для пациентов. Вместе с тем не всегда уделяется внимание приказам и рекомендациям Минздрава по оптимизации, унификации, стандартизации и индивидуализации рационов пациентов [8—11].

Об особом значении организации ЛП для пациентов и современного здравоохранения в целом было заявлено на IX Всероссийском конгрессе пациентов «Взаимодействие власти и пациентского сообщества как основа построения пациент-ориентированного здравоохранения в Российской Федерации», прошедшем в Москве 28—30 ноября 2018 г. при участии более 500 делегатов из 73 регионов страны. На данном форуме обсуждались не только ключевые вопросы доступности и качества медицинской помощи, лекарственного обеспечения, перспективы медицинского страхования, реабилитации, социальной поддержки пациентов, но и пути развития общественного контроля за организацией ЛП, что нашло отражение в комплексе резолюций по ключевым направлениям развития пациентоориентированной системы здравоохранения. Было подчеркнuto, что в свете поставленных задач сегодня крайне недостаточно принятия решений по риторическим вопросам осведомленности пациентов об особенностях их пищевого рациона либо доступности для них диетологической помощи. На повестке дня особенно актуальными определены вопросы доказательной оценки эффективности персонифицированной диетотерапии.

Известно, что эффективность диетотерапии при различных заболеваниях традиционно осуществляется через медицинскую оценку полноценности ЛП, включающей экспертизу химического состава стандартных диет, соответствие энергетической ценности рационов энергозатратам пациентов (с учетом возможности ходить, степени активности, потери или прибавки массы тела, расчет данного показателя проводится по специальным формулам), оценку соответствия физиологическим, биохимическим принципам, особенностям режима питания. Вместе с тем сегодня с учетом стремительного развития науки и новейших технологий все чаще встает вопрос об оценке эффективности и целесообразности внесения в пищевые рационы пациентов специализированных, функциональных продуктов питания либо их ингредиентов.

Специализированное обогащение пищевых рационов пациентов стало широко использоваться после принятия в 2011 г. Федерального закона № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в РФ», в ст. 39 (п. 2) которого ЛП определяется как неотъемлемый компонент лечебного процесса и профилак-

тических мероприятий, включающий в себя пищевые рационы, которые имеют установленный химический состав, энергетическую ценность, состоят из определенных продуктов, в том числе специализированных продуктов, подвергаемых соответствующей технологической обработке [12]. В статье 39 п. 3 Федерального закона от 21.11.2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» (с последними изменениями от 06.03.2019 г.) поясняется, что специализированными продуктами ЛП являются пищевые продукты с установленным химическим составом, энергетической ценностью и физическими свойствами, доказанным лечебным эффектом, оказывающие специфическое влияние на восстановление нарушенных или утраченных в результате заболевания функций организма, профилактику этих нарушений, а также на повышение адаптивных возможностей организма.

В связи с этим в последние годы специализированное питание все шире становится неотъемлемым компонентом не только диетического ЛП, но и лечебно-профилактического питания при вредных условиях труда, спортивного, дошкольного и школьного питания, питания беременных и кормящих женщин, детей раннего возраста, а также энтерального и парентерального питания.

С каждым годом повышается значимость оценки эффективности технологий обогащения пищевых рационов не только отдельных социальных групп населения, но и групп пациентов с определенными формами заболеваний. Ключом к решению данной задачи может стать использование методики, разработанной в Национальном НИИ общественного здоровья им. Н. А. Семашко под руководством заслуженного деятеля науки РФ доктора мед. наук профессора А. Л. Линденбрата — методики комплексной оценки сравнительной эффективности альтернативных технологий в здравоохранении [13].

Основу метода составляет расчет интегрального показателя эффективности  $K_{\text{интегр}}$  по соответствующей формуле:

$$K_{\text{интегр}} = K_p \cdot K_b \cdot K_z \cdot K_{\text{соц.удов.}}$$

где  $K_p$  — коэффициент медицинской результативности,  $K_b$  — коэффициент безопасности,  $K_z$  — коэффициент соотношения затрат,  $K_{\text{соц.удов.}}$  — коэффициент социальной удовлетворенности.

Данная методика неоднократно использовалась для доказательства эффективности применения медицинскими организациями различных технологий обогащения пищевых рационов пациентов на основе включения специализированных продуктов питания или аминокислотных (белковых) и витаминно-минеральных комплексов. Кроме того, данный научный подход позволяет предъявить обоснования необходимости применения особых рационов питания пациентов с особенностями обмена, доказать важность использования специализированных продуктов питания либо нутриентных комплексов для качества жизни особых больных наравне с медикаментами.

## Реформы здравоохранения

Необходимо подчеркнуть, что интегральный показатель эффективности, используемый в вышеназванной методике, включает расчет коэффициента социальной удовлетворенности. С учетом того что расчетные показатели коэффициента удовлетворенности определяются на основе данных социологического опроса, в рассматриваемом случае — опроса пациентов, этот показатель можно использовать как один из рычагов контроля питания со стороны потребителей. Наиболее продуктивной формой является реализация контроля посредством организации работы Общественных советов при исполнительных органах власти или Общественных палат Российской Федерации и регионов (Федеральный закон от 21.07.2014 г. № 212-ФЗ «Об основах общественного контроля в Российской Федерации»), деятельность которых в значительной степени связана с работой Всероссийского союза пациентов [14].

Использование данной методики возможно и в подтверждение неэффективности фактических форм организации ЛП при выявлении объективных недостатков, при проведении аудита с последующей разработкой для каждой медицинской организации дорожной карты оптимизации организации ЛП. Необходимо отметить, что организационные проблемы ЛП, к сожалению, существуют в практическом здравоохранении, наиболее часто встречаемые и значимые из них обсуждались на 17-м Всероссийском конгрессе диетологов в октябре 2018 г. В их числе названы: недостаточная сырьевая база, нередко низкого качества, недобросовестность поставщиков продовольственных товаров и исполнителей услуг по организации ЛП, недостаточно развитая инфраструктура и материально-техническая база объектов питания и связанная с этим недостаточная возможность внедрения новых форм организации ЛП, недостаточный производственный контроль на объектах питания, в том числе контроль качества поставляемых продуктов, недостаточная квалификация организаторов питания, недостаток специализированных программ и учебных заведений по подготовке специалистов, работающих в системе ЛП.

Требуемым внимания остается тот факт, что при аутсорсинге передается только сама услуга приготовления диетических блюд, все остальные процессы организации ЛП в соответствии с требованиями нормативно-правовых актов остаются за медицинской организацией, в том числе и систематический контроль на основе разработанных единых критериев.

### Заключение

Обобщая сказанное, предлагаем следующие позиции в решении ключевых проблем организации ЛП в медицинских организациях:

— разработать систему межведомственного контроля и взаимодействия со стороны Минздрава России, Росздравнадзора, Роспотребнадзора, Всероссийского союза пациентов и других организаций по обеспечению ЛП по единым подходам и стандартам;

— создать при Всероссийском союзе пациентов департамент по вопросам питания пациентов и в рамках его полномочий разработать концепцию оптимизации ЛП, доступности диетологической помощи пациентам, оценки удовлетворенности пациентов организацией и качеством ЛП.

Считаем также целесообразным в дальнейшем запланировать проведение Всероссийского мониторинга удовлетворенности питанием пациентов медицинских организаций, а на постоянной основе способствовать созданию и расширению деятельности Школ питания для различных групп пациентов с учетом нозологии заболевания, в которых будет проводиться обучение эффективным методам оптимизации питания, в том числе с использованием специализированных продуктов питания российских производителей в направлении поддержки импортозамещения и возрождения российского промышленного звена.

Исследование не имело спонсорской поддержки.  
Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

### ЛИТЕРАТУРА

1. Вильмс Е. А., Турчанинов Д. В., Юнацкая Т. А., Сохошко И. А. Оценка витаминной обеспеченности населения крупного административно-хозяйственного центра Западной Сибири. *Гигиена и санитария*. 2017;96(2):277—80.
2. Коденцова В. М., Рисник Д. В., Никитюк Д. Б., Тутельян В. А. Витаминно-минеральные комплексы в лечебном питании. *Consilium Medicum*. 2017;(12):76—83.
3. Погожева А. В., Каганов Б. С. Современные взгляды на лечебное питание. *Клиническая медицина*. 2009;87(1):4—12.
4. Тутельян В. А., Шараетдинов Х. Х., Погожева А. В., Плотнокова О. А. Анализ нормативно-методической базы по организации лечебного питания в медицинских организациях Российской Федерации. *Вопросы питания*. 2013;82(3):19—29.
5. Тутельян В. А., Никитюк Д. А., Буряк С. Е., Акользина А. К., Батулин А. В., Погожева А. О., Камбаров О. Н., Кишко А. Л., Абалина М. С. Качество жизни. Здоровье и питание: Атлас. М.: Медицина; 2018.
6. Гроздова Т. Ю., Дмитриев В. А. Оптимизация экспертизы качества стационарзамещающей медицинской помощи в системе обязательного медицинского страхования. *Бюллетень медицинских интернет-конференций*. 2012;(2):100—4.
7. Спиричев В. Б. Азбука жизни. *Отраслевое питание*. 2006;(2):48—57.
8. Суханов Б. П., Керимова М. Г., Елизарова Е. В. Актуальные вопросы государственного надзора за лечебным питанием в дополнительном профессиональном образовании по специальности «Гигиена питания». *Вопросы питания*. 2014;83(3):27—9.
9. Суханов Б. П., Керимова М. Г., Елизарова Е. В., Петренко А. С. Актуальные санитарно-эпидемиологические и гигиенические аспекты деятельности врача-диетолога в медицинских организациях стационарного типа. *Вопросы питания*. 2015;84(3):31—9.
10. СанПиН 2.1.3.2630—10 «Санитарно-эпидемиологические требования к организациям, осуществляющим медицинскую деятельность». Доступно по ссылке: [http://www.consultant.ru/document/Cons\\_doc\\_LAW\\_104071](http://www.consultant.ru/document/Cons_doc_LAW_104071) (дата обращения 19.06.2019).
11. СанПиН 2.3.6.1079—01 «Санитарно-эпидемиологические требования к организациям общественного питания, изготовлению и оборотоспособности в них пищевых продуктов и продовольственного сырья». Доступно по ссылке: <https://base.garant.ru/12125153/> (дата обращения 19.06.2019).
12. ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в РФ» № 323-ФЗ Доступно по ссылке: [http://www.consultant.ru/document/cons\\_doc\\_LAW\\_121895](http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_121895) (дата обращения 19.06.2019).
13. Линденбратен А. Л. Теоретические и практические аспекты организации управления качеством медицинской помощи. *Ме-*

неджмент качества в сфере здравоохранения и социального развития. 2012;3(13):23—8.

14. Федеральный закон от 21.07.2014 г. № 212-ФЗ «Об основах общественного контроля в РФ» (с изменениями и дополнениями) Доступно по ссылке: [http://www.consultant.ru/document/cons\\_doc\\_LAW\\_165809](http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_165809) (дата обращения 19.06.2019).

Поступила 06.03.2019  
Принята в печать 03.04.2019

## REFERENCES

1. Wilms E. A., Turchaninov D. V., Yunskaya T. A., Sokhoshko I. A. Evaluation of the vitamin supply of the population of a large administrative and economic center of Western Siberia. *Gigiena i sanitariya = Hygiene and Sanitation*. 2017;96(2):277—80 (in Russian).
2. Kodentsova V. M., Risnik D. V., Nikityuk D. B., Tutelyan V. A. Vitamin-mineral complexes in clinical nutrition. *Consilium Medicum*. 2017;(12):76—83 (in Russian).
3. Pogozheva A. V., Kaganov B. S. Modern views on clinical nutrition. *Klinicheskaya meditsina = Clinical Medicine*. 2009;87(1):4—12 (in Russian).
4. Tutelyan V. A., Sharafetdinov Kh. Kh., Pogozheva A. V., Plotnikova O. A. Analysis of the regulatory and methodological basis for the organization of medical nutrition in medical organizations of the Russian Federation. *Voprosy pitaniya*. 2013;82(3):19—29 (in Russian).
5. Tutelyan V. A., Nikityuk D. A., Buriak S. E., Akolzina A. K., Baturin A. V., Pogozheva A. O., Kambarov O. N., Kishko A. L., Abalina M. S. The quality of life. Health and nutrition: Atlas [*Kachestvo zhizni. Zdorov'e i pitanie. Atlas*]. Moscow: Medicina; 2018 (in Russian).
6. Grozdova T. Yu., Dmitriev V. A. Optimization of quality assurance of inpatient medical care in the system of compulsory health insurance. *Byulleten' meditsinskikh internet-konferentsii = Bulletin of medical Internet conferences*. 2012;(2):100—4 (in Russian).
7. Spirichev VB Alphabet of life. *Otraslevoe pitanie*. 2006;(2):48—57 (in Russian).
8. Sukhanov B. P., Kerimova M. G., Elizarova E. V. Topical issues of state supervision of medical nutrition in additional professional education in the specialty «Food Hygiene». *Voprosy pitaniya*. 2014;83(3):27—9 (in Russian).
9. Sukhanov B. P., Kerimova M. G., Elizarova E. V., Petrenko A. S. Actual sanitary-epidemiological and hygienic aspects of the activities of a dietitian in inpatient medical organizations. *Voprosy pitaniya*. 2015;84(3):31—9 (in Russian).
10. SanPiN 2.1.3.2630—10 “Sanitary and epidemiological requirements for organizations engaged in medical activities” [Internet]. Available from: [http://www.consultant.ru/document/Cons\\_doc\\_LAW\\_104071](http://www.consultant.ru/document/Cons_doc_LAW_104071) (accessed 19.06.2009) (in Russian).
11. SanPiN 2.3.6.1079—01 “Sanitary and epidemiological requirements for public catering organizations, the manufacture and turnover of food products and food raw materials in them” [Internet]. Available from: <https://base.garant.ru/12125153> (accessed 19.06.2009) (in Russian).
12. FZ N 323-FZ «On the basis of health protection of citizens in the Russian Federation» [Internet]. Available from: [http://www.consultant.ru/document/cons\\_doc\\_LAW\\_121895](http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_121895) (accessed 19.06.2009) (in Russian).
13. Lindenbraten A. L. Theoretical and practical aspects of the organization of quality management of medical care. *Menedzhment kachestva v sfere zdravookhrantniya*. 2012;3(13):23—8 (in Russian).
14. Federal Law of July 21, 2014 N 212-FZ «On the Fundamentals of Public Control in the Russian Federation» (with amendments and additions) [Internet]. Available from: [http://www.consultant.ru/document/cons\\_doc\\_LAW\\_165809](http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_165809) (accessed 19.06.2009) (in Russian).

# История медицины

© Глянцев С. П., Сточик А. А., 2019  
УДК 614.2

Глянцев С. П., Сточик А. А.

## УЧРЕДИТЕЛЬНАЯ СЕССИЯ АКАДЕМИИ МЕДИЦИНСКИХ НАУК СССР. ДЕНЬ ВТОРОЙ (21 декабря 1944 г.)

ФГБНУ «Национальный научно-исследовательский институт общественного здоровья им. Н. А. Семашко» Минобрнауки России, 105064, г. Москва

*В статье описан и проанализирован второй день Учредительной сессии АМН СССР (21 декабря 1944 г.), в течение которого на трех параллельных заседаниях АМН СССР состоялись выборы академиков-секретарей и членов бюро отделений. Академиком-секретарем отделения медико-биологических наук был избран И. П. Разенков, отделения клинической медицины — В. Ф. Зеленин, отделения гигиены, микробиологии и эпидемиологии — Ф. Г. Кротков. Неожиданностью стало избрание академиком-секретарем отделения клинической медицины вместо Н. И. Гращенкова В. Ф. Зеленина. Были также утверждены директора 5 из 8 институтов отделения медико-биологических наук, 5 из 10 институтов отделения клинической медицины и 2 из 7 институтов отделения гигиены, микробиологии и эпидемиологии (всего — 12 из 25). Был также обсужден состав Президиума АМН СССР, выборы которого отложены на 22 декабря, и решен вопрос о довыборах в действительные члены (40 человек) и члены-корреспонденты (200 членов) АМН СССР, которые должны были начаться в 1945 г. на следующей сессии Общего собрания Академии.*

**Ключевые слова:** история медицины и здравоохранения; Учредительная сессия АМН СССР 21 декабря 1944 г.

**Для цитирования:** Глянцев С. П., Сточик А. А. Учредительная сессия Академии медицинских наук СССР. День второй (21 декабря 1944 г.). Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. 2019;27(4):491—495. DOI: <http://dx.doi.org/10.32687/0869-866X-2019-27-4-491-495>

**Для корреспонденции:** Сточик Анна Андреевна, канд. мед. наук, ведущий научный сотрудник сектора истории медицины, медицинского музееведения и исторической фактографии отдела истории медицины ФГБНУ «Национальный научно-исследовательский институт общественного здоровья им. Н. А. Семашко», email: [medpublish@mail.ru](mailto:medpublish@mail.ru)

Glyantsev S. P., Stochik A. A.

## THE CONSTITUENT SESSION OF THE USSR ACADEMY OF MEDICAL SCIENCES. THE SECOND DAY (DECEMBER 21, 1944)

The Federal State Budget Scientific Institution «The N. A. Semashko National Research Institute of Public Health», 105064, Moscow, Russia

*The article describes and analyzes the second day of the Constituent Session of the USSR Academy of Medical Sciences held on December 21, 1944, during which the elections of academic — secretaries and members of the bureau of branches took place at three parallel meetings. I. P. Razenkov was elected the academician-secretary of the department of biomedical sciences (OMBN), V. F. Zelenin — of the Department of Clinical Medicine (OKM), F. G. Krotkov — of the Department of Hygiene, Microbiology and Epidemiology (OGME). The surprise was the election of V. F. Zelenin as the OKM academician-secretary instead of N. I. Grashchenkov. Directors of 5 out of 8 OMBN institutes, 5 out of 10 OKM and 2 out of 7 OGME institutes were also approved. Total — 12 out of 25. The composition of the Presidium of the Academy of Medical Sciences of the USSR was also discussed, the election of which was postponed to December 22. The question of by-election of full members (40 people) and corresponding members (200 members) was resolved and postponed to the next session of the General Assembly of the Academy (1945).*

**Keywords:** history of medicine and public health; Constituent session of the USSR Academy of Medical Sciences on December 21, 1944.

**For citation:** Glyantsev S. P., Stochik A. A. The constituent session of the USSR Academy of Medical Sciences. The second day (December 21 1944). *Problemy sotsialnoy gigieny, zdravookhraneniya i istorii meditsiny*. 2019;27(4):491—495 (In Russ.). DOI: <http://dx.doi.org/10.32687/0869-866X-2019-27-4-491-495>

**For correspondence:** Stochik A. A. candidate of medical sciences, leading researcher of the Sector of History of Medicine, Medical Museology and Historical Factography of the N. A. Semashko National Research Institute of Public Health. e-mail: [medpublish@mail.ru](mailto:medpublish@mail.ru)

**Conflict of interests.** The authors declare absence of conflict of interests.

**Acknowledgment.** The study had no sponsor support

Received 22.02.2019

Accepted 03.04.2019

Создание АМН СССР завершилось на 1-й Учредительной сессии Академии, которая состоялась 20—22 декабря 1944 г. Ранее мы описали и проанализировали первый день Учредительной сессии АМН СССР, прошедший 20 декабря 1944 г. [1]. Предваряя настоящую работу, отметим, что Учредительная сессия Академии была, несомненно, крайне значима

для развития советской медицинской науки, но анализ опубликованных в виде стенограмм событий второго дня сессии [2] не проводился. Так, в источниках, посвященных истории АМН СССР [3], приводятся результаты выборов руководящих органов Академии, но о самих выборах сведений нет, а некоторые темы не затронуты вовсе (например, утверж-

дение директоров академических НИИ). К тому же труды сессии, изданные в 1945 г., стали библиографической редкостью, редко цитируются и потому малоизвестны современному читателю.

Настоящее сообщение посвящено второму дню Учредительной сессии АМН СССР и анализу происходивших в течение этого дня событий.

Второй день сессии был посвящен организационным делам. Утром были проведены собрания отделений АМН СССР, избраны их руководящие органы и директора некоторых вошедших в отделения институтов. «Некоторых» потому, что Оргбюро рекомендовало на должности директоров только тех кандидатов, кто был избран членом АМН СССР. Поэтому на сессии далеко не все академические институты обрели своих руководителей. Это означает, что, будучи учрежденными *de jure, de facto* в 1944 г. они созданы не были.

На собрании отделения медико-биологических наук (ОМБН) были обсуждены кандидатуры, рекомендованные Оргбюро на посты академика-секретаря и членов бюро. Секретарем ОМБН АМН СССР был предложен действительный член АМН СССР И. П. Разенков, а членами бюро — академик<sup>1</sup> Н. Н. Аничков и действительные члены АМН СССР Б. И. Збарский, Я. О. Парнас и В. Н. Терновский. Все кандидаты были одобрены и избраны тайным голосованием. Из восьми институтов, вошедших в состав ОМБН, руководителей обрели пять: Институт эволюционной физиологии высшей нервной деятельности<sup>2</sup> возглавил академик Л. А. Орбели, который руководил им в течение ряда лет, включая годы Великой Отечественной войны; Институт нормальной и патологической морфологии — академик А. И. Абрикосов; Институт физиологии и Институт биомедицинской химии, возникшие на основе соответствующих отделов ВИЭМ, — действительные члены АМН СССР И. П. Разенков и Я. О. Парнас; Институт общей и экспериментальной патологии — действительный член АМН СССР А. Д. Сперанский [2, с. 59—73].

Заседание отделения клинической медицины (ОКМ) проводил нарком здравоохранения СССР Г. А. Митерев. Почему не нашлось председателя из нескольких десятков членов ОКМ, сказать трудно. Но факт остается фактом: выборами руководящего состава самого крупного отделения Академии руководил не академик, не профессор и даже не ученый<sup>3</sup>, что лишний раз подчеркивало несамостоятельный статус вновь избранной государственной структуры, подчиненной Правительству страны и Наркомздраву СССР.

<sup>1</sup> Членство в АН СССР определялось словом «академик», в отличие от членства в других академиях, где принадлежность к той или иной академии было необходимо указывать.

<sup>2</sup> В стенограмме в названии института пропущено «и патологии».

<sup>3</sup> До того как стать наркомом здравоохранения СССР, Г. А. Митерев в течение 6 лет работал главным врачом Городской клинической больницы г. Куйбышева и около месяца — наркомом здравоохранения РСФСР. В 1947 г. он был снят с должности министра, а в 1954—1971 гг. возглавлял Исполком Союза Обществ Красного Креста и Красного Полумесяца.

Г. А. Митерев огласил рекомендованный Оргбюро состав Бюро ОКМ, который включал представителей основных разделов клинической медицины, действительных членов АМН СССР: терапевта В. Ф. Зеленина в качестве академика-секретаря отделения, психиатра В. А. Гиляровского, невропатолога Н. И. Гращенкова, хирурга И. Г. Руфанова и педиатра Г. Н. Сперанского как членов Бюро. Обратим внимание на тот факт, что вместо кандидатуры рекомендованного 2 декабря 1944 г. для избрания на пост академика-секретаря ОКМ Н. И. Гращенкова 21 декабря была предложена кандидатура В. Ф. Зеленина, который днем ранее зачитал приветствие участников сессии И. В. Сталину. Что произошло за те три недели (между 2 и 20 декабря), что заставило Оргбюро столь радикально изменить свое мнение? Ведь если бы причиной этого стал какой-то просчет Н. И. Гращенкова, то его не рекомендовали бы в члены Бюро. Так что, скорее всего, избрание В. Ф. Зеленина определило какое-то не медицинское, а политическое событие.

Примечательно, что, поддержав кандидатуру В. Ф. Зеленина, Н. Н. Лепорский охарактеризовал его как «весьма инициативного и энергичного человека», не назвав его профессиональных качеств, а призвавший голосовать за И. Г. Руфанова С. С. Гирголава назвал его «достаточно авторитетным человеком и прекрасным администратором» [2, с. 75] и никак не охарактеризовал как хирурга. Впрочем, все кандидаты получили полную поддержку членов ОКМ, и председатель перешел ко второму вопросу повестки заседания.

Как и на заседании ОМБН, Г. А. Митерев вынес на обсуждение кандидатуры директоров не всех, а только пяти клинических институтов: Институт нейрохирургии должен был возглавить академик Н. Н. Бурденко, Институт акушерства и гинекологии — действительный член АМН СССР М. С. Малиновский, Институт неврологии — действительный член АМН СССР Н. И. Гращенков, Институт психиатрии — действительный член АМН СССР В. А. Гиляровский, Институт терапии — действительный член АМН СССР В. Ф. Зеленин. Эти кандидатуры также не вызвали возражений, как и слова председателя о том, что «часть институтов еще не оформилась, а в отношении дальнейших перспектив некоторых институтов нет ясности...» [2, с. 76]. Поэтому часть институтов ОКМ осталась без руководителей [2, с. 74—77].

Собрание отделения гигиены, микробиологии и эпидемиологии (ОГМЭ) вел член Оргбюро АМН СССР, заведующий отделом здравоохранения Управления кадров ЦК ВКП(б) Б. Д. Петров. Почему проводить собрание этого отделения было поручено партийному чиновнику, тоже не ясно. Ведь 40-летний Б. Д. Петров, как и Г. А. Митерев, по профессии врач, не был даже кандидатом медицинских наук<sup>4</sup>.

Открыв собрание и огласив его повестку (выборы членов бюро и директоров институтов ОГМЭ), Б. Д. Петров, ввиду малочисленности состава отделения (из 10 его членов отсутствовал один



История медицины

К. И. Скрябин), от имени Оргбюро предложил ограничиться тремя членами Бюро. Секретарем ОГМЭ было предложено избрать действительного члена АМН СССР Ф. Г. Кроткова. Следующими были обсуждены кандидатуры двух ученых, рекомендованных Оргбюро в состав Бюро отделения: заслуженного деятеля науки УССР, крупнейшего в стране специалиста по туберкулезу, представляющего свою республику в Лиге Наций, заведующего кафедрами микробиологии Харьковского ГМИ и ГИДУВа, действительного члена АМН СССР М. М. Цехновицера и автора учебника по общей эпидемиологии, крупнейшего в стране специалиста по сыпному тифу и кишечным инфекциям, заведующего кафедрой эпидемиологии ЦИУ врачей, действительного члена АМН СССР Л. В. Громашевского. Члены ОГМЭ подчеркнули, что такой выбор кандидатов весьма логичен, так как обеспечивает наличие в руководстве отделением представителей всех трех специальностей входивших в его состав: гигиениста Ф. Г. Кроткова, микробиолога М. М. Цехновицера и эпидемиолога Л. В. Громашевского. Рекомендованный состав бюро был включен в бюллетени для голосования, и председатель перешел к следующему пункту повестки дня.

Перечисляя институты ОГМЭ, Б. Д. Петров напомнил членам отделения о том, что будут предложены и обсуждены кандидатуры директоров только двух из них (малярии и гигиены), и доложил о решении Оргбюро просить Правительство СССР о переименовании двух институтов: Института общей и коммунальной гигиены — в Институт гигиены, а Института организации здравоохранения, медицинской статистики и социальной гигиены — в Институт истории медицины и организации здравоохранения.

По поводу переименования последнего института мнения членов ОГМЭ разделились. Дело в том, что помимо названия, предложенного Оргбюро, было рассмотрено еще четыре. А. Н. Сысин предложил название «Институт истории медицины, санитарной статистики и социальной гигиены», посчитав, что последний термин шире, чем «организация здравоохранения». По мнению И. Д. Страшуна, следовало оставить оба термина, а институт назвать «Институт истории медицины, социальной гигиены и организации здравоохранения». Н. А. Семашко видел совсем иное название: «Институт организации здравоохранения и истории медицины», а Л. В. Громашевский предложил включить в название термин «социальная», сократив название до «Институт социальной гигиены». В результате Б. Д. Петров предложил прекратить «очень ценный [но затянувшийся] обмен мнениями» [2, с. 84—85], определить название данного института на ближайшем заседании отделения

и перейти к утверждению директоров Института малярии и Института гигиены. Директором Института малярии было рекомендовано утвердить крупнейшего паразитолога и эпидемиолога страны, действительного члена АМН СССР П. Г. Сергиева, а Институт гигиены было предложено возглавить старейшему гигиенисту страны, директору Института коммунальной гигиены и санитарии, действительному члену АМН СССР А. Н. Сысину, которого И. Д. Страшун назвал «автором санитарной организации РСФСР и, отчасти, СССР» [2, с. 91]. По поводу директоров других институтов ОГМЭ Б. Д. Петров сообщил: «Оргбюро полагает, что в качестве директоров существующих институтов будут работать те товарищи, которые сейчас ими руководят, с таким расчетом, что на следующей сессии отделения или они будут подтверждены, или будут избраны новые директора» [2, с. 92]. Как и ожидалось, все кандидатуры успешно прошли баллотировку. [2, с. 93]

После собраний отделений Академии все присутствовавшие 52 действительных члена (из 60) участвовали в Пленарном заседании, которое вел Г. А. Митерев. Вначале открытым раздельным голосованием члены Академии, как выразился Г. А. Митерев, «оформили своим решением жизнь отделений»: единогласно были утверждены избранные на собраниях отделений академики-секретари и члены бюро. Затем единогласно утвердили директоров институтов, избранных на собраниях отделений. Таким образом, из 8 институтов ОМБН реально были созданы (были утверждены директора) 5, из 10 институтов ОКМ — 5 и из 7 институтов ОГМЭ — всего 2.

После этого участники заседания перешли к избранию Президиума АМН СССР. Г. А. Митерев сообщил, что Оргбюро рекомендовало в его состав 12 человек, включая трех академиков-секретарей отделений. С места кто-то заметил, что Уставом количество членов Президиума не определено. Но Г. А. Митерев, обосновав цифру «12» тем, что «часть товарищей повседневно работать едва ли сможет» [2, с. 99], все же предложил за нее проголосовать. А так как три секретаря отделений в Президиум уже вошли (по должности), как избранные на собраниях отделений и только что утвержденные общим собранием Академии, то Г. А. Митерев предложил обсудить предложенные Оргбюро кандидатуры оставшихся 9 действительных членов Академии.

На пост Президента АМН СССР был рекомендован академик-хирург Н. Н. Бурденко, на должности вице-президентов — академик-морфолог А. И. Абрикосов, действительные члены АМН СССР — акушер-гинеколог М. С. Малиновский и хирург П. А. Куприянов, в качестве академика-секретаря — действительный член АМН СССР физиолог В. В. Парин. Членами Президиума были выдвинуты академики-физиологи А. А. Богомолец и Л. А. Орбели, действительные члены АМН СССР — патологоанатом И. В. Давыдовский и хирург Ю. Ю. Джанелидзе. Если сравнить списочный состав Президиума, предложенного 21 декабря, с тем, что был определен в ноябре 1944 г., то новым в его окончательном составе

<sup>4</sup> Впоследствии Б. Д. Петров станет доктором медицинских наук (1963), профессором (1960), членом-корреспондентом АМН СССР (1969) и в течение 40 лет будет возглавлять отдел истории медицины НИИ социальной гигиены и организации здравоохранения им. Н. А. Семашко АМН СССР.

оказался один И. В. Давыдовский, который, очевидно, в отличие от «части товарищей», мог работать «повседневно». Все кандидатуры были встречены овациями зала, а в их обсуждении приняли участие 15 членов Академии (каждый четвертый из всех присутствовавших).

Бывший нарком здравоохранения РСФСР, один из создателей АМН СССР, директор Института малярии, медицинской паразитологии и гельминтологии АМН СССР, действительный член АМН СССР П. Г. Сергиев обратил внимание на то, что продуманный подбор членов Президиума позволил создать очень работоспособный орган: «Предложение, которое нам сделано от имени Оргбюро, показывает, что вопрос этот серьезно продуман, что учтены все стороны деятельности Президиума. Согласно Уставу, в период между сессиями Академии Президиум является ее полномочным органом, представляющим нашу советскую науку не только у нас, но и за рубежом. Поэтому естественно, что в состав Президиума должны войти высокоавторитетные деятели науки. Мне кажется, что предложенный состав полностью отвечает этим требованиям. Здесь представлены крупнейшие деятели разных отраслей науки, которые могут представить нашу науку и перед нашей медицинской общественностью, и перед зарубежной наукой. <...> в составе Президиума нужно иметь лиц, хорошо знакомых с научно-организационной работой. Данный состав отвечает и этому требованию...» [2, с. 100]. Что можно сказать по поводу этого выступления? На то, что выдвинутые кандидаты действительно были крупнейшими деятелями науки, возразить трудно. Но то, что они представляли «разные отрасли науки», — можно. Потому что среди 12 кандидатов (с учетом специальностей академиков-секретарей отделений) было: 4 физиолога, 3 хирурга, 2 морфолога, 1 гигиенист, 1 акушер-гинеколог и 1 терапевт. Налицо был явный уклон в сторону физиологии и хирургии. Среди выдвинутых в Президиум кандидатов не оказалось ни одного биохимика, микробиолога, эпидемиолога или педиатра. Впрочем, по возрасту этот Президиум был вполне работоспособен. На момент избрания Н. Н. Бурденко исполнилось 68 лет, А. И. Абрикосову — 69 лет, М. С. Малиновскому — 64 года, П. А. Куприянову — 51 год, В. В. Парину — 41 год, А. А. Богомольцу — 73 года, И. В. Давыдовскому — 67 лет, Ю. Ю. Джанелидзе — 61 год и Л. А. Орбели — 62 года. Возраст академиков-секретарей был такой: В. Ф. Зеленину было 63 года, Ф. Г. Кроткову — 48 лет и И. П. Разенкову — 56 лет. Таким образом, средний возраст членов Президиума составил чуть более 60 лет, что было ниже среднего возраста членов-учредителей АМН. С другой стороны, как предупреждал Г. А. Митерев, часть членов Академии, как иногородние, повседневно работать в Президиуме не смогут и будут «больше использованы для связи» [2, с. 99]. Мы полагаем, что это были П. А. Куприянов, Ю. Ю. Джанелидзе и Л. А. Орбели из Ленинграда, а также А. А. Богомолец из Киева. При этом П. А. Куприянов связывал АМН СССР и ГВМУ МО СССР, А. А. Богомолец — АМН

СССР с АН УССР, а Л. А. Орбели как вице-президент АН СССР — АМН СССР с АН СССР.

Но самые значимые слова П. Г. Сергиев произнес в конце своего выступления: «Я считаю, что Оргбюро, подобрав соответствующие кандидатуры, полностью выполнило то поручение, которое ему дало наше советское правительственное...» [2, с. 100]. Именно так. Если учреждение — государственное, то и его Президиум не избирается коллективом, а подбирается по поручению руководства страны. Эта практика «выборов» членов Академии и ее руководящих органов будет продолжена. Еще много лет (с перерывом в 1990-х — 2000-х годах) кандидаты в члены и члены-корреспонденты, кандидаты в президенты и члены Президиума АМН СССР будут намечаться заранее специально создаваемыми комиссиями, утверждаться в соответствующих, как их тогда называли, «компетентных» органах, а затем предлагаться для утверждения, нередко списком, собраниям отделений и общим собраниям академиков.

После того как все названные кандидатуры были обсуждены и включены в список для тайного голосования, В. В. Парин предложил поручить вновь избранному Президиуму составить список из 40 вакантных мест (по отделениям) с тем, чтобы довести общее число членов Академии до 100, и представить его в соответствии с положениями Устава на утверждение СНК СССР<sup>5</sup>. Своего заместителя поддержал Г. А. Митерев, сообщив, что в дальнейшем можно будет избрать в Академию 200 членов-корреспондентов, соблюдая отношение действительных членов к членам-корреспондентам как 1:2, «тогда мощь нашей Академии будет по-настоящему велика»<sup>6</sup> [2, с. 112].

Похоже, что следующий вопрос явился для председателя неожиданным. Поднявший руку А. Н. Сысин спросил: «В каком разрезе стоит вопрос о почетных членах Академии?» [2, с. 112], на что получил заверение Г. А. Митерева, что, поскольку почетные члены в Академии предусмотрены, на ближайшей сессии кандидатуры этих ученых (отечественных и зарубежных) будут рассмотрены вместе с кандидатами в действительные члены и члены-корреспонденты. Однако вопрос В. Н. Тонкова о количестве почетных членов остался без ответа, в стенограмме сессии его нет.

Н. А. Семашко поинтересовался правилами выдвижения кандидатов в действительные члены и члены-корреспонденты. Ему ответил В. В. Парин, напомнив, что в Уставе это право предоставляется научным и высшим учебным заведениям, научным обществам, а также, в соответствии с §14 и §17 Устава АМН, членам Академии. На вопрос М. М. Цехновицера о соотношении будущих кандидатов по отде-

<sup>5</sup> Речь идет не о кандидатах, а о распределении вакантных мест по отделениям АМН СССР.

<sup>6</sup> Довыборы в Академию начались уже на следующей сессии в ноябре 1945 г. и продолжались в течение нескольких лет. При этом в Академию были выбраны многие из тех ученых, кандидатуры которых предлагались в первый состав АМН СССР, но в ноябре 1944 г. не прошли в него.

История медицины

лениям был получен ответ, что оно уже установлено: из 60 членов-учредителей Академии клиницистов — 30, теоретиков — 20, гигиенистов — 10. Очевидно, в таком соотношении отделения должны будут пополняться и далее. Заседание завершилось единогласным принятием проекта резолюции, составленного В. В. Парыным:

«1. Поручить Президиуму АМН СССР в соответствии с Уставом составить список вакансий действительных членов и членов-корреспондентов по соответствующим отделениям академии и представить указанный список на утверждение СНК СССР. 2. Поручить Президиуму АМН СССР широко информировать о предстоящих выборах действительных членов и членов-корреспондентов и обеспечить самое широкое участие в выдвижении кандидатов научной общественности СССР» [2, с. 113].

Нетрудно заметить в принятом документе две нестыковки.

Первая. Речь в конце пленарного заседания шла о ходатайстве перед СНК СССР о выделении 40 вакансий, т. е. о довыборах на следующей сессии (до 100 человек) одних только действительных членов АМН СССР. Поэтому непонятно, зачем в резолюцию внесли выборы членов-корреспондентов?

Вторая. Никто так и не спросил, а почему в резолюции ничего не сказано о почетных членах Академии? Сколько их должно быть? Кто и когда их будет выдвигать? И будут ли они вообще? Время показало, что институт почетных членов, обсуждавшийся в течение всего времени создания Академии, так и не был создан.

После принятия резолюции состоялся перерыв для голосования, результаты которого должны были быть объявлены на следующий день. Так завершился второй день Учредительной сессии АМН СССР. Создание АМН СССР, начавшееся в декабре 1942 г., близилось к завершению.

Таким образом, в течение второго дня Учредительной сессии АМН СССР на собраниях отделений

были избраны их руководящие органы (Бюро), утвержденные затем на общем собрании. Хотя говорить о выборах сложно: все кандидатуры были заранее согласованы и обсуждены, а одна, тоже заранее, отклонена (кандидатура Н. И. Гращенкова на должность академика-секретаря ОКМ была заменена на кандидатуру В. Ф. Зеленина). Кроме того, из 25 институтов Академии, учрежденных 30 июня 1944 г., директора были утверждены только для 12.

Были также предложены кандидатуры в члены Президиума АМН СССР, чей средний возраст оказался ниже среднего возраста членов АМН СССР и составил 61 год, и решен вопрос о довыборах в действительные члены (40 человек) и члены-корреспонденты (200 членов) Академии, которые должны были начаться в 1945 г., на следующей сессии Общего собрания Академии.

Исследование не имело спонсорской поддержки.  
Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

#### ЛИТЕРАТУРА

1. Глянцев С. П., Сточик А. А. Учредительная сессия АМН СССР. День первый (20 декабря 1944 г.). *Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины*. 2019;27(3):333—8.
2. Учредительная сессия Академии медицинских наук СССР 20—22 декабря 1944 г. М.: Медгиз; 1945.
3. Покровский В. И. (ред.). 60 лет Российской академии медицинских наук. М.: НПО «Медицинская энциклопедия»; 2004.

Поступила 22.02.2019  
Принята в печать 03.04.2019

#### REFERENCES

1. Glyantsev S. P., Stochik A. A. Constituent session of the USSR Academy of Medical Sciences. First day (20 December, 1944). *Problemy sotsialnoy gigieny zdavookhraneniya i istorii meditsiny*. 2019;27(3):333—8 (in Russian).
2. Constituent session of the USSR Academy of Medical Sciences, 20—22 December, 1944 [*Uchreditelnaya sessiya Akademii meditsinskih nauk, 20—22 dekabria, 1944*]. Moscow: Medgiz; 1945 (in Russian).
3. Pokrovsky V. I. (ed.). 60 years of the Russian Academy of Medical Sciences [*60 let Akademii meditsinskih nauk*]. Moscow: NPO "Meditsinskaya Entsiklopediya"; 2004 (in Russian).

© Коллектив авторов, 2019  
УДК 614.2**Бородулин В. И.<sup>1</sup>, Банзелюк Е. Н.<sup>2</sup>****200 ЛЕТ ИСТОРИИ ОТЕЧЕСТВЕННОЙ КЛИНИКИ ВНУТРЕННИХ БОЛЕЗНЕЙ: ВОПРОСЫ ПЕРИОДИЗАЦИИ (ЭТАПЫ 1—3)**<sup>1</sup>ФГБНУ «Национальный научно-исследовательский институт общественного здоровья им. Н. А. Семашко» Минобрнауки России, 109028, г. Москва, Россия;<sup>2</sup>ФГБОУ ВО «Московский государственный университет им. М. В. Ломоносова», 119991, г. Москва

*Основное развитие отечественной клиники внутренних болезней произошло за последние 200 лет. Для понимания закономерностей этого процесса изучены возможности его разделения на этапы (периоды). В настоящей статье представлена первая часть предлагаемой периодизации с описанием характеристик и временных рамок первых трех этапов (с начала XIX в. до конца 1910-х годов).*

*Ключевые слова:* история медицины; клиническая медицина; внутренние болезни; периоды развития.

*Для цитирования:* Бородулин В. И., Банзелюк Е. Н. 200 лет истории отечественной клиники внутренних болезней: вопросы периодизации (этапы 1—3). Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. 2019;27(4):496—501. DOI: <http://dx.doi.org/10.32687/0869-866X-2019-27-4-496-501>

*Для корреспонденции:* Бородулин Владимир Иосифович, д-р мед. наук, главный научный сотрудник Национального НИИ общественного здоровья им. Н. А. Семашко; e-mail: vborodul@mail.ru

**Borodulin V. I.<sup>1</sup>, Banzeliuk E. N.<sup>2</sup>****200 YEARS OF HISTORY OF NATIONAL CLINIC OF INTERNAL DISEASES: ISSUES OF PERIODIZATION (STAGES 1—3)**<sup>1</sup>The Federal State Budget Scientific Institution «The N. A. Semashko National Research Institute of Public Health», 105064, Moscow, Russia;<sup>2</sup>The Federal State Budget Educational Institution of Higher Education «The M. V. Lomonosov Moscow State University», 119991, Moscow, Russia

*The main development of the clinical internal medicine in Russia took place over the past 200 years. To understand the pattern of this process, we explored its possible subdivision into phases (periods). This article presents the first part of the proposed periodization describing the characteristics and time frame of the first three stages (from the beginning of the 19th century to the late 1910s).*

*Key words:* history of medicine; clinical medicine; internal diseases; periods of development.

*For citation:* Borodulin V. I., Banzeliuk E. N. 200 years of history of National clinic of internal diseases: issues of periodization (stages 1—3). *Problemy sotsialnoy gigieny, zdravookhraneniya i istorii meditsiny*. 2019;27(4):496—501 (In Russ.). DOI: <http://dx.doi.org/10.32687/0869-866X-2019-27-4-496-501>

*For correspondence:* Borodulin V. I., doctor of medical sciences, chief researcher of the N. A. Semashko National Research Institute of Public Health. e-mail: vborodul@mail.ru

*Conflict of interests.* The authors declare absence of conflict of interests.

*Acknowledgment.* The study had no sponsor support

Received 26.03.2019

Accepted 03.04.2019

Да нет никакого времени!  
Есть Вечность, и есть Жизнь.

А. Ф. Лосев

**Введение**

Выдающийся философ, вероятно, прав. Но прав в чисто философском смысле. Практически же понятие времени пронизывает, фиксирует, организует всю нашу жизнь. Так и история: она накрепко привинчена к месту и времени описываемых событий, без места и времени истории нет и быть не может. Историк использует условное понятие времени для хронологической организации исторического материала. Соответственно, любая попытка периодизации — всего лишь способ организации накопленного материала путем его группировки по хронологическому принципу. При этом исследователь проводит выделение этапов, вольно или невольно соотносясь с научными представлениями и менталитетом в целом его эпохи. Понятно, что периодизация необходима как метод структурирования накопленного

знания, но она неизбежно что-то упрощает, «выпрямляет», о чем-то умалчивает, искажая в какой-то мере реальный ход исторического процесса. Из этого следует, что никакая периодизация не может претендовать на абсолютное научное знание и должна рассматриваться как рабочий инструмент. С учетом этих общих соображений рассмотрим вопросы периодизации истории отечественной клиники внутренних болезней<sup>1</sup>.

С конца XVIII в. началось организационное оформление терапии, или внутренней медицины, клиники внутренних болезней, как самостоятельной европейской врачебной специальности и научно-учебной дисциплины. Так, в годы Великой французской революции и термидорианского государствен-

<sup>1</sup>Никаких попыток создания такой периодизации в доступной нам литературе конца XIX — начала XX в. нет.

## История медицины

ного переворота (1789—1799) высшая медицинская школа во Франции уже располагала кафедрами терапии, созданными на базе кафедр практической медицины. Именно такую кафедру возглавил в Париже в 1795 г. один из основоположников европейской клинической медицины Ж. Н. Корвизар. В 1797 г. он же создал кафедру внутренних болезней в Коллеж де Франс, где в течение двух десятилетий сформировалась его крупнейшая в истории терапии клиническая школа: около 300 учеников, включая Р. Т. Г. Лаэннека и Ж. Б. Буйо.

Корвизар и Лаэннек внесли в европейскую научную клинику объективные методы непосредственного исследования больного — перкуссию и аускультацию, они же решительным образом способствовали применению в клиниках секционного контроля врачебной диагностики, что позволяет выделить первую половину XIX в. как самостоятельный важный этап развития европейской клинической медицины. В XIX в. именно терапия, наряду с хирургией, стала материнским стволем, от которого шло нарастающее ветвление новых и все более узких клинических специальностей.

В России терапевтические кафедры были созданы в первой половине XIX в. Так, Матвей Яковлевич Мудров с 1809 г. был ординарным профессором кафедры патологии, терапии и клиники Московского университета. В Виленском университете (1803—1832) — одном из крупнейших, богатейших и передовых университетов Европы<sup>2</sup> — кафедрой и клиникой внутренних болезней заведовали профессор Иоганн Франк (один из реформаторов высшего медицинского образования в Европе), его сын Йозеф Франк и ученик Й. Франка В. Д. Герберский, который после стажировки в Париже у Р. Лаэннека был одним из первых пропагандистов аускультации в России. Наиболее заметный после М. Я. Мудрова отечественный терапевт того времени Карл Карлович Зейдлиц с 1836 г. в течение 10 лет возглавлял кафедру внутренних болезней с терапевтической клиникой Петербургской медико-хирургической академии.

Таким образом, становление отечественной клиники внутренних болезней проходило на протяжении XIX в. А к концу XX в. нарастающая специализация клинической медицины с выделением в самостоятельные специальности гастроэнтерологии, гематологии, кардиологии, нефрологии и других бывших разделов клиники внутренних болезней сопровождалась утратой общетерапевтическими кафедрами своих ведущих позиций. Какие этапы можно выделить на двухвековом пути отечественной терапевтической клиники?

Отметим, прежде всего, что рассматриваемый вопрос, как и любой вопрос, относящийся к проблеме периодизации истории медицинской науки, требует осторожного, взвешенного подхода, с учетом специфики медицины. Применительно к медицине, имеющей дело с человеком — объектом двойственной,

биосоциальной природы — и являющейся как областью естественнонаучного знания, так и врачебным ремеслом (редко поднимающимся до высот искусства), важно учитывать опасность механического переноса на нее критериев, обычно применяемых специалистами по всеобщей истории либо по истории естествознания. Бесперспективность автоматического переноса в медицину критериев, принятых в естественных науках, хорошо видна, например, при попытках выстроить клиническую психиатрию по законам «доказательной медицины»: на основе глобального и безапелляционного наукометрического подхода. Об этой опасности уже не говорят, а громко кричат видные психиатры (что следует из материалов «Независимого психиатрического журнала»).

В XXI в. академик А. М. Сточик справедливо отметил назревшую необходимость коренного пересмотра самой методологии историко-медицинских исследований<sup>3</sup>. Аналогичную точку зрения — о невозможности дальнейшего использования методологии советских историков медицины и их продолжателей — выразил в капитальной дискуссионной статье, посвященной периодизации истории медицины [1], проф. Д. А. Балалыкин. В истории медицины советского периода, соответственно партийно-государственным идеологическим установкам, монополю господствовало опиравшееся на позиции исторического материализма и позитивизма представление о стадийном развитии человеческого общества. Соответственно, речь шла о медицине первобытного и рабовладельческого обществ, эпохи феодализма и капиталистического строя. Наконец, в качестве завершения этой пирамиды фигурировала медицина эпохи социализма. Понятно, что такая калька с общесторических взглядов марксистских историков делала беспомощными попытки периодизации отечественной, в том числе внутренней, медицины [2, 3].

В XXI в. в популярном учебнике истории медицины профессора Т. С. Сорокиной с полным основанием отмечено: «Учебник не ориентирован на разработку периодизации научного медицинского знания — в настоящее время в мире существует несколько подходов к этому вопросу, и ни один из них не является устоявшимся и общепринятым. Поэтому в основу учебника положена современная периодизация всемирной истории» [4]. С таким подходом можно согласиться применительно к общей истории медицины. В частной истории медицины приходится искать другие подходы.

Анализ нашего материала по истории клиники внутренних болезней в России показал бесперспективность попыток структурировать его по хронологии с применением единого критерия — общесторической периодизации либо периодизации, опирающейся на внутреннюю логику развития научного

<sup>2</sup> Виленский университет был закрыт николаевским указом после восстания в Польше и на Украине в 1831 г.

<sup>3</sup> Совершенно иная методология применена, в частности, в учебном пособии: Сточик А. М., Затравкин С. Н. Реформирование практической медицины в процессе научных революций 17—19 веков. М.; 2012.

знания (на языке XX в. — внешняя и внутренняя история науки). Вычленив определенный этап развития терапевтической клиники можно только на основании принципиальных его отличий от предыдущего и последующего этапов в понимании природы и сущности основных болезней, в методах и возможностях диагностики и лечения либо на основании исключительных условий, в которых страна и ее медицина находились в рассматриваемый период.

В связи с этим особого внимания требует принципиальный вопрос о достоверности той истории медицины в СССР, особенно в эпоху сталинизма, т. е. до середины 1950-х годов, которая фигурирует в историко-медицинской литературе. Подмена реальных исторических событий и явлений «заклинаниями» советских историков медицины достигает здесь таких масштабов, что ясна необходимость коренного переосмысления этой истории. В качестве примера можно назвать общепринятый канон: основные принципы советского здравоохранения: централизованная государственная система здравоохранения, бесплатная медицинская помощь, единство профилактики и лечения, с диспансеризацией населения и т. д. — были сформулированы Н. А. Семашко и З. П. Соловьевым. Об этом нам твердили на разных кафедрах вузов в течение полувека. При этом всегда умалчивалось, что после года «великого перелома» (1929) к руководству здравоохранением пришли другие лица, которые выдвигали принципиально иные лозунги и подходы, продиктованные генеральной линией партии большевиков.

Вопросы соотношения общеисторических факторов и факторов внутренней логики развития конкретной области научного знания в истории ее становления и организационного оформления, соотношения подходов традиционной и социальной истории медицины приобретают теперь особую актуальность. В данном исследовании мы применили комбинированный подход, с учетом в предлагаемой систематизации и внутридисциплинарных, и общеисторических факторов, к истории отечественной терапии, что позволило выделить шесть этапов развития клиники внутренних болезней в России.

Традиционные для истории отечественной медицины разделы о медицине в Киевской Руси, Московском царстве и России XVII—XVIII столетий в рассматриваемую периодизацию не включены, поскольку лечебная медицина в России в то время не имела никаких признаков клинической: единичные городские больницы и военные госпитали еще не были клиниками в современном понимании. Под клиникой в строгом смысле слова понимается лечебный стационар с университетской постановкой образования, где одновременно осуществляются лечебный и учебный (клиническое преподавание) процессы и научные исследования.

Сведения в литературе XX в. о специальной клинической палате Московского военного госпиталя, где Е. О. Мухин с 1797 г. вел у постели больного клиническое преподавание, основаны на недоразумении: профессор М. Пекен и адъютант Е. Мухин пре-

подавали не в университете, а на кафедре диагностики и терапии Медико-хирургического училища; никакого отношения к университетскому клиническому преподаванию это не имеет. Принятое в советской историко-медицинской литературе представление о единой «русской терапевтической школе», идущей от «основоположника русской научной медицины проф. С. Г. Зыбелина» [5], т. е. из XVIII в., основывалось не на научном анализе исторического материала, а на идеологических установках советской медицины.

**Первый этап** (первая половина XIX в.): эмпирический характер лечебной медицины; становление клиник, начало университетского преподавания медицины у постели больного, применение в клинике секционного контроля врачебной диагностики, методов перкуссии и аускультации, микроскопического и химического исследования мочи. Крупнейшие имена на этом этапе истории отечественной терапевтической клиники — М. Я. Мудров, К. К. Зейдлиц, Г. И. Сокольский.

Намек на «политическую весну» и конституцию при императоре Александре I не оправдал общих надежд: в завершение своего царствования он оставил Европе «Священный союз» монархов, а России — самую либеральную в Европе конституцию, но для Царства Польского (присоединенной Польши), а для страны в целом — Министерство духовных дел и народного просвещения («министерство затмения», по Карамзину), с погромом университетов, аракчеевщину и декабристов. Самодержавная, крепостническая политика Николая I, сменившего Александра I на троне, неминуемо вела и привела к национальной катастрофе в годы Крымской войны (1853—1856). Такой неблагоприятный общественно-политический фон (факторы внешней истории науки) не воспрепятствовал становлению отечественной клинической медицины, которое было естественным (внутренняя логика развития науки) и своевременным процессом с использованием европейского опыта.

Первой отечественной терапевтической клиникой справедливо считают открытый в 1820 г. новый Клинический институт на 50 кроватей, в том числе 32 — для больных внутренними болезнями. Он был создан в послепожарной Москве (на базе Клинического института, существовавшего с 1805 г., но распластавшего при открытии всего 6 койками) по проекту Матвея Яковлевича Мудрова (родился, по одним источникам, в 1776 г., по другим — в 1772 или 1774 г., умер в 1831 г.), профессора и декана медицинского факультета университета, самого популярного и авторитетного врача России первой трети XIX в., основоположника клинко-анатомического направления в отечественной медицине [6]. В этой первой клинике М. Я. Мудров начал преподавание курса внутренних болезней, которое к концу 1820-х годов уже приобрело черты клинического преподавания. В 1831 г. М. Я. Мудров погиб, заразившись холерой: как старший врач Центральной комиссии по борьбе с холерой он работал в больницах Петербурга во время эпидемии.

Преемником Мудрова на кафедре Московского университета был профессор Иустин Евдокимович Дядьковский (1784—1841) — врач-философ, широко образованный натуралист, развивавший идеи о ведущей роли нервной системы в условиях физиологической нормы и при патологии. Он увлекательно читал лекции, был кумиром («сиреной») университетской молодежи и очень заметной фигурой в культурной жизни Москвы. Его жизнь, деятельность, взгляды получили широкое освещение в советской историко-научной литературе в середине XX в., в том числе в капитальном исследовании А. Г. Лушниковой [7].

Однако роль Дядьковского в истории отечественной клиники представляется более спорной. В его время магистральный путь развития клиники состоял в разработке патологической анатомии и клинико-анатомических сопоставлений, в совершенствовании методов непосредственного физического исследования больного и в становлении клинического характера университетского преподавания. Но у нас нет никаких сведений о том, что Дядьковский сам применял или демонстрировал студентам методы перкуссии и аускультации, широко пользовался секционной проверкой врачебных наблюдений или осуществлял клиническое преподавание. Он разрабатывал оригинальную классификацию болезней («нозографий») и общие принципы лекарственной терапии (при еще не родившейся экспериментальной фармакологии), руководил сотрудниками в опытах «над отправлением нервной системы» (в духе «раннего нервизма» — экспериментальная физиология еще не создала необходимых для этого предпосылок). Следов этой деятельности в современной клинике не отыскать.

Вклад в историю отечественной клиники внутренних болезней младшего современника Дядьковского — профессора Медико-хирургической академии (МХА, Петербург) Карла Карловича (Карла Иоганна) фон Зейдлица (1798—1885) значительно более весом. Он родился в Ревеле (Таллин) в дворянской немецкой семье, окончил Дерптский университет (1821) со степенью доктора медицины, служил армейским и военно-морским врачом. С 1836 г. проф. Зейдлиц в течение 10 лет руководил кафедрой терапевтической клиники МХА. Он ввел в преподавание перкуссию и аускультацию как обязательные методы при обследовании каждого больного, микроскопирование крови и мочи и химическое исследование мочи, сопоставление клинических и секционных данных. Клиника Зейдлица была первой вполне «европейской» терапевтической клиникой в России, а сам он пользовался европейской известностью. Он был активным участником подготовки реформы врачебного образования, проводившейся с 1840-х годов XIX в. [8]. Среди его учеников — выдающиеся терапевты второй половины XIX в. Н. Ф. Здекауэр и В. Е. Экк. Вместе с тем К. К. Зейдлиц, как и подавляющее большинство его коллег, не оставил капитальных медицинских трудов, принципиально обогативших отечественную терапию.

Единственным профессором медицины первой половины XIX в. в России, который оставил научное наследие в области терапии, сопоставимое с достижениями европейской медицинской мысли, был московский профессор Г. И. Сокольский — его и можно называть предтечей научной терапии второй половины века. Григорий Иванович Сокольский (1807—1886), сын известного московского священника, окончил Московский университет (1828) и Профессорский институт при Дерптском университете (1832). В 1835 г. он был назначен профессором Казанского университета, но вскоре по настойчивой собственной просьбе был переведен на кафедру частной патологии и терапии Московского университета, которую возглавлял более 10 лет (1836—1848). После преждевременной отставки, связанной, видимо, с его подчеркнутым независимым поведением и резкими критическими высказываниями в адрес университетского руководства, был частнопрактикующим врачом. В лекции «О врачебном исследовании с помощью слуха, особенно при посредстве стетоскопа» (1835) — первом крупном исследовании, посвященном методам перкуссии по Ауэнбруггеру—Корвизару и аускультации по Лаэннеку, он дал сравнительную оценку их диагностических возможностей, отметив обязательность использования обоих методов, дополняющих друг друга, и поддержал предложение пользоваться при перкуссии органов не плессиметром, а наложенными на грудь пациента одним или двумя пальцами левой руки врача. В исследовании «О ревматизме мышечной ткани сердца» (1836) и в главе «Ревматизм сердца» своего основного труда — клинических лекций «Учение о грудных болезнях» (1838) — на основании клинических наблюдений, начатых в 1831 г., с использованием перкуссии и аускультации и сопоставления их с секционными данными он независимо от выдающегося парижского клинициста Ж. Б. Буйо описал закономерное поражение сердца при суставном ревматизме и охарактеризовал клинико-анатомические формы ревмокардита. Именно с работ Буйо и Сокольского начинается постепенный переход к современному пониманию ревматизма как системного заболевания (поэтому в советской литературе ревматизм называли «болезнью Сокольского—Буйо», помещая в соответствии с установками советского времени имя отечественного автора на первое место).

Считая медицину областью естественных наук, Г. И. Сокольский требовал ее изучения не только у постели больного, но и в химической лаборатории, и в секционной, чтобы «заслуги патологической анатомии приложить к практической медицине». Вместе с М. Я. Мудровым, а также А. И. Овером и Н. И. Пироговым он может быть назван основателем клинико-анатомического направления в отечественной медицине [9].

Исключительно заметной фигурой в медицине того времени был и Александр Иванович Овер (1804—1864) — ученик М. Я. Мудрова и учитель Г. А. Захарина. Он был московским больничным хирургом и терапевтом, а затем профессором Мо-

сковской медико-хирургической академии и Московского университета, где основал кафедру факультетской терапии. Он прославился выдающимся мастерством диагноста, значительную роль в реформе клинического преподавания в России и творческим подвигом — созданием клинико-анатомического атласа, отмеченного наградами во многих странах.

В целом же рассматриваемый этап развития внутренней медицины, кроме постепенного внедрения методов объективной и лабораторной диагностики и секционного контроля выставляемых диагнозов, мало отличался от состояния отечественной медицины XVIII в., характеризуясь практически полным отсутствием научно обоснованной классификации болезней, методологической опорой на описание клинической казуистики и в значительной степени теми же терапевтическими средствами, включая широкое использование рвотных, слабительных и кровопусканий.

**Второй этап** (вторая половина XIX в.): становление научной клинической медицины, при решающем влиянии патоморфологии, а затем и бактериологии, формирование клинической школы С. П. Боткина и других терапевтических научных школ, становление земской медицины.

На этом этапе существенное влияние на развитие медицины, в том числе терапевтической клиники, оказали реформы 1860-х годов, проведенные царем-освободителем Александром II, отменившие крепостное право и определившие мировоззрение передовых деятелей медицины. Земская реформа обусловила становление земской медицины, ставшей отличительной особенностью развития клинической медицины в дореволюционной России в конце XIX в. и в первые десятилетия XX в.

Во второй половине XIX в. развитие научной клинической медицины опиралось на объективные, в том числе первые лабораторные, методики исследования. Нашли отражение в отечественной медицине и два существенных прорыва, сделанных западноевропейскими коллегами. Во-первых, речь идет о переходе от теории гуморальной патологии (последний крупный представитель — Карл Рокитанский) к целлюлярной патологии Рудольфа Вирхова (1858). Следует, однако, отметить, что в России параллельно уже формировались представления о функциональной патологии (Боткин, Остроумов), которые в западной медицине стали играть заметную роль лишь с начала XX в. Во-вторых, резко возросшее значение в теории внутренних болезней роли микробиологического и инфекционного направлений хотя и не имело еще прямого выхода на клинику (средств для уничтожения микроорганизмов в живом пациенте еще не было), но уже обусловило распространение карантинных мер, представлений об асептике и антисептике. В лечении болезней во второй половине XIX в. все большее значение приобретают собственно медикаменты по сравнению с прежними методами (кровопускания, рвотные и слабительные). Начи-

нает формироваться аптечная индустрия с появлением «патентованных» препаратов.

Проведенная в середине XIX в. реформа клинического преподавания обусловила формирование в университетах и ВМА первых крупных терапевтических школ, ставшее характерной чертой этого этапа. Сергей Петрович Боткин (1832—1889; МХА, Петербург) [10] и Григорий Антонович Захарьин (1830—1897; Московский университет) [11, 12] заложили основы научной клинической медицины в России. Борьба московской (захарьинской) и петербургской (боткинской) клинических школ явилась научным спором о путях дальнейшего развития клинической медицины и стала (несмотря на скандальный привкус, который сопровождал дискуссию в специальной и общей печати) исключительно яркой страницей научно-общественной врачебной жизни. История вынесла свой вердикт: в XX в. развитие клиники в России пошло тем путем, который наметил С. П. Боткин.

Существенный вклад в развитие клиники внутренних болезней в России на этом этапе ее истории связан также с именами выдающихся отечественных терапевтов второй половины XIX в.: А. А. Остроумова, К. М. Павлинова и М. П. Черинова (Московский университет); В. А. Манассеина, Н. Ф. Здекауэра и Э. Э. Эйхвальда (МХА, затем ВМА, Петербург); Ф. Ф. Меринга (Университет Св. Владимира, Киев) и Н. А. Виноградова (Казанский университет). В рассматриваемый период появились первые признаки грядущей дифференциации терапии, выделились в качестве самостоятельных научно-учебных дисциплин педиатрия и клиника инфекционных болезней.

**Третий этап** (1900—1910-е годы): институционализация терапии, прежде всего проведение съездов и создание научных обществ терапевтов, обусловившие формирование терапевтической элиты, начало инструментальной диагностики внутренних болезней и клинико-экспериментальное направление исследований ведущих терапевтов, расцвет отечественной терапии, клиника внутренних болезней в годы Первой мировой войны.

Царствование Николая II (1894—1917) не продолжилось и четверти века, но вместило две войны и две революции: со времен Великой смуты, которая привела Романовых на престол, Россия не знала подобных бед. И сам император, и самодержавие в целом доказали свою абсолютную неспособность управлять Россией, привели ее к краху, к Гражданской войне, к смене не только политического, но и социально-экономического уклада жизни, с другой культурой, наукой, медициной. Таким был бесславный конец Российской империи Романовых. Вместе с тем в мирные годы между русско-японской и Первой мировой войнами страна энергично продвигалась в своем развитии по европейскому капиталистическому пути. Наблюдался экономический подъем, быстро росло население, по уровню промышленного производства Россия вошла в пятерку ведущих европейских стран.



История медицины

В первые десятилетия XX в. научная (европейская) клиника внутренних болезней на терапевтических кафедрах ВМА и медицинских факультетов российских университетов уже соответствовала стандартам медицины ведущих зарубежных стран. Наряду с преимущественным развитием методов инструментально-лабораторной диагностики болезней органов дыхания, кровообращения, пищеварения, почек и мочевых путей (рентгенодиагностика, электрокардиография, звуковой метод измерения артериального давления, цистоскопия и т. д.), третий этап характеризовался становлением функционального подхода к проблемам патологии и в ведущих клиниках Западной Европы, и в России. Об этом свидетельствуют материалы съездов терапевтов, монографии и периодическая печать.

Первая мировая война (1914—1918) оборвала нормальное течение жизни, в том числе научной, и сопровождалась ужасающими медицинскими последствиями, но, в отличие от истории хирургии, в истории клиники внутренних болезней она не оказала существенного влияния на дальнейшее развитие научных направлений и не привела к появлению военно-полевой терапии.

На третьем этапе лидерами сформировавшейся терапевтической элиты являлись ученики С. П. Боткина Василий Николаевич Сиротинин (1855—1934) [13], Николай Яковлевич Чистович (1860—1926) [14, 15] и Михаил Владимирович Яновский (1854—1927; все — ВМА, Петербург) [16, 17], Василий Дмитриевич Шервинский (1849—1941; Московский университет) [18]; Василий Парменович Образцов (1851—1920) [19] и Феофил Гаврилович Яновский (1860—1928; оба — Университет Св. Владимира, Киев) [20]. Научные клинические школы В. П. Образцова, В. Д. Шервинского — Л. Е. Голубина, В. М. Яновского и Ф. Г. Яновского, Н. Я. Чистовича сыграли решающую роль в передаче эстафеты клинических знаний терапевтической элите в СССР.

Исследование не имело спонсорской поддержки.  
Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

ЛИТЕРАТУРА

1. Балалыкин Д. А. О проблеме периодизации истории медицины. *История медицины*. 2016;3(3):245—64.
2. Заблудовский П. Е. История медицины. Петров Б. Д. (ред.). М.: Медгиз; 1954.
3. Лушников А. Г. Клиника внутренних болезней в России. М.: Медгиз; 1962.
4. Сорокина Т. С. История медицины. М.: Академия; 2018. Т. 1. С. 11.
5. Лушников А. Г. Клиника внутренних болезней в России первой половины 19-го века. М.; 1959.
6. Смотров В. Н. Мудров. 1776—1831. М.; 1947.
7. Лушников А. Г. И. Е. Дядьковский и клиника внутренних болезней первой половины 19-го века. М.; 1953.
8. Сточик А. М., Пальцев М. А., Затравкин С. Н. Московский университет в реформе высшего медицинского образования 40—60-х годов XIX века. М.; 2004.
9. Бородулин В. И., Тополянский В. Д. Московский врач Григорий Сокольский — российский наследник Лаэннека: загадки жизни, карьеры, исторической судьбы. Альманах истории медицины: неизвестные и спорные страницы. М.: Издательство «Династия»; 2014. С. 153—83.

10. Сиротинин В. Н. С. П. Боткин (биографический очерк). В кн.: Курс клиники внутренних болезней профессора Сергея Петровича Боткина. СПб.; 1912. С. 3—60.
11. Плетнев Д. Д. Русские терапевтические школы. Захарьин, Боткин, Остроумов — основоположители русской клинической медицины. М.—Пг.; 1923.
12. Тополянский В. Д. Доктор Захарьин: легенды и реальность. М.; 2009.
13. Бородулин В. И., Поддубный М. В., Тополянский А. В. Наследник С. П. Боткина Василий Николаевич Сиротинин (1855—1934) и медицина России на сломе эпох. М.; 2016.
14. Тушинский М. Д., Чистович А. Н. Н. Я. Чистович. Л.; 1963.
15. Бородулин В. И., Поддубный М. В., Тополянский А. В. Николай Яковлевич Чистович (1860—1926) и традиция врачебного подвижничества в отечественной медицине. *Военно-медицинский журнал*. 2018;339(10):80—4.
16. Куршаков Н. А., Прессман Л. П. М. В. Яновский. К столетию со дня рождения (1854—1954). М.; 1954.
17. Бородулин В. И. М. В. Яновский и его школа. В кн.: Очерки истории отечественной кардиологии. М.; 1988. С. 88—111.
18. Циклик А. М. В. Д. Шервинский. М.; 1972.
19. Бородулин В. И., Васильев К. К., Поддубный М. В., Тополянский А. В. Классик отечественной медицины В. П. Образцов (1851—1920): мифы и быль. М.; 2018.
20. Аронов Г. Е. Феофил Гаврилович Яновский. Киев; 1988.

Поступила 26.03.2019  
Принята в печать 03.04.2019

REFERENCES

1. Balalykin D. A. On the problem of periodization of the history of medicine. *Istorija mediciny*. 2016;3(3):245—64 (in Russian).
2. Zabudovskij P. E. History of medicine. B. D. Petrov (ed.). Moscow: Medgiz; 1954 (in Russian).
3. Lushnikov A. G. Internal medicine in Russia. Moscow: Medgiz; 1962 (in Russian).
4. Sorokina T. S. History of medicine. Moscow: Akademija; 2018. Vol. 1. P. 11 (in Russian).
5. Lushnikov A. G. Internal medicine in Russia during first half of the 19th century. Moscow; 1959 (in Russian).
6. Smotrov V. N. Mudrov. 1776—1831. Moscow; 1947 (in Russian).
7. Lushnikov A. G. I. E. Djad'kovskij and internal medicine of the first half of the 19th century. Moscow; 1953 (in Russian).
8. Stochik A. M., Palcev M. A., Zatravkin S. N. Moscow University in the reform of higher medical education in 40<sup>th</sup>—60<sup>th</sup> of the 19<sup>th</sup> century. Moscow; 2004 (in Russian).
9. Borodulin V. I., Topolyanskiy V. D. Moscow doctor Grigory Sokolsky — Russian heir of Laennec: mysteries of life, career, historical destiny. In: Almanac of medical history: unknown and controversial pages. Moscow: Dinastiya; 2014. P. 153—83 (in Russian).
10. Sirotnin V. N. S. P. Botkin (biographical sketch). In.: Study course of internal diseases from Professor Sergei Petrovich Botkin. St. Petersburg: 1912. P. 3—60 (in Russian).
11. Pletnev D. D. Russian therapeutic schools. Zakhar'in, Botkin, Ostroumov — the founders of Russian clinical medicine. Moscow-Petrograd; 1923 (in Russian).
12. Topolyanskiy V. D. Doktor Zakhar'in: legends and reality. Moscow; 2009 (in Russian).
13. Borodulin V. I., Poddubnyy M. V., Topolyanskiy A. V. The heir to S. P. Botkin, V. N. Sirotnin (1855—1934) and medicine of Russia at the turn of epochs. Moscow; 2016 (in Russian).
14. Tushinskiy M. D., Chistovich A. N. N. Ja. Chistovich. Leningrad; 1963 (in Russian).
15. Borodulin V. I., Poddubnyy M. V., Topolyanskiy A. V. Nikolai Yakovlevich Chistovich (1860—1926) and the tradition of medical devotion in Russian medicine. *Voенно-медицинский журнал*. 2018;339(10):80—4 (in Russian).
16. Kurshakov N. A., Pressman L. P. M. V. Janovsky. To the centenary of the birth (1854—1954). Moscow; 1954 (in Russian).
17. Borodulin V. I. M. V. Janovsky and his school. In: Essays on the history of Russian cardiology [*Oчерki istorii otechestvennoi kardiologii*]. Moscow: 1988. P. 88—111 (in Russian).
18. Ciklik A. M. V. D. Shervinsky. Moscow; 1972 (in Russian).
19. Borodulin V. I., Vasiliev K. K., Poddubnyy M. V., Topolyanskiy A. V. V. P. Obratstov, a doctor from classics of Russian medicine (1851—1920): myths and reality. Moscow; 2018 (in Russian).
20. Aronov G. E. Feofil Gavrilovich Janovsky. Kiev; 1988 (in Russian).

© Егорышева И. В., 2019  
УДК 614.2**Егорышева И. В.****РОЛЬ ГОСУДАРСТВА В СТАНОВЛЕНИИ И РАЗВИТИИ ЗЕМСКОЙ МЕДИЦИНЫ В 60—90-е годы XIX в.**

ФГБНУ «Национальный научно-исследовательский институт общественного здоровья им. Н. А. Семашко» Минобрнауки России, 105064, г. Москва

*В статье рассмотрены политика правительства по отношению к земским органам самоуправления, влияние ужесточения административного и политического надзора на становление и развитие земской медицины, достижения земских врачей в борьбе за общедоступную, квалифицированную помощь населению вопреки правительственному курсу на ограничение самостоятельности земских учреждений.*

*Ключевые слова:* земская медицина; земское самоуправление; государственные органы управления здравоохранением.

**Для цитирования:** Егорышева И. В. Роль государства в становлении и развитии земской медицины в 60—90-е годы XIX в. Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. 2019;27(4):502—506. DOI: <http://dx.doi.org/10.32687/0869-866X-2019-27-4-502-506>

**Для корреспонденции:** Егорышева Ирина Валентиновна, канд. ист. наук, ведущий научный сотрудник отдела истории медицины ФГБНУ «Национальный НИИ общественного здоровья имени Н. А. Семашко», e-mail: [egorysheva@rambler.ru](mailto:egorysheva@rambler.ru)

**Egorysheva I. V.****THE ROLE OF THE STATE IN BECOMING AND DEVELOPMENT OF ZEMSTVO MEDICINE IN 1860—1890**

The Federal State Budget Scientific Institution «The N. A. Semashko National Research Institute of Public Health», 105064, Moscow, Russia

*The article discusses the government's policy towards the Zemstvo self-government bodies, the influence of increased administrative and political oversight on the establishment and development of Zemstvo medicine, the achievements of the zemstvo doctors in the struggle for public, qualified assistance to the population despite the government policy of limiting the independence of Zemstvo institutions.*

*Keywords:* Zemstvo medicine, Zemstvo self-government, public health authorities.

**For citation:** Egorysheva I. V. The role of the state in becoming and development of Zemstvo medicine in 1860—1890. *Problemy sotsialnoy gigieny, zdravookhraneniya i istorii meditsiny*. 2019;27(4):502—506 (In Russ.). DOI: <http://dx.doi.org/10.32687/0869-866X-2019-27-4-502-506>

**For correspondence:** Egorysheva I. V., candidate of historical sciences, leading researcher of the Department of History of Medicine of the N. A. Semashko National Research Institute of Public Health. e-mail: [egorysheva@rambler.ru](mailto:egorysheva@rambler.ru)

**Conflict of interests.** The authors declare absence of conflict of interests.

**Acknowledgment.** The study had no sponsor support

Received 01.04.2019  
Accepted 03.04.2019

Многочисленные исследования, посвященные земской медицине, главным образом, посвящены ее достижениям и значительно в меньшей степени отражают условия, в которых проходило ее развитие.

После отмены крепостного права в 1861 г. Российской империя нуждалась в создании системы хозяйственного и социального управления, соответствующей новым условиям. Огромная заболеваемость и смертность населения снижали его налоговую платежность, вели к снижению прибылей крупных землевладельцев и фабрикантов, эпидемии угрожали самим властям имущим. Все это требовало от государства организации более эффективной медицинской помощи. Необходимость перемен признавалась и в правительственных кругах. В июле 1862 г. Медицинский департамент направил министру внутренних дел доклад о необходимости преобразований губернских врачебных учреждений с резкой критикой медицины приказов общественного призрения. Основное внимание в докладе было обращено на расширение прав местных органов по управлению врачебным делом [1].

1 января 1864 г. было утверждено «Положение о губернских и уездных земских учреждениях»<sup>1</sup>. Зем-

ские органы делились на распорядительные (собрания гласных) и исполнительные (земские управы). Ведущие позиции были отданы помещикам, ставшим в земствах полновластными хозяевами. Введение земского самоуправления должно было успокоить либеральную часть общества и возместить дворянству утрату прежней власти. Земское самоуправление к 1876 г. было создано в 34 губерниях Европейской России. В компетенцию земств вошли вопросы местного хозяйства, распределение земских налогов и государственных податей, устройство учебных и благотворительных заведений. Своего единого координирующего центра земские организации не имели.

Медицинская помощь населению была отнесена к необязательным повинностям. По закону 1864 г. земства должны были только содержать переданные им учреждения приказов общественного призрения, а также обеспечить организацию оспопрививания. Следует отметить, что приказные больницы имелись в губернских и не во всех уездных городах, передача

<sup>1</sup> Полное собрание законов Российской империи (ПСЗРИ). Собрание 2-е (ПСЗРИ-2) Т. XXXIX. Ч. 1. СПб.; 1867. № 40457.

## История медицины

их земствам не обеспечивала сельское население лечебной помощью. Медицинским обеспечением населения руководили земские управы, на заседаниях которых врачи пользовались лишь правом совещательного голоса. Медицинский персонал в земских организациях находился в статусе наемных служащих, государственные льготы на них не распространялись. Численность медицинского персонала зависела от усмотрения и финансовых возможностей земства<sup>2</sup>.

Первоначально Министерство внутренних дел (МВД) сохранило за собой лишь общий надзор за деятельностью земских организаций. Министерство приходило на помощь только в тех случаях, когда возникали потребности, превосходящие местные средства или имеющие общегосударственное значение, например при крупномасштабных эпидемиях. На местах земства находились в ведении губернаторов. Врачебные отделения губернских правлений являлись контролирующими органами. Губернский врачебный инспектор с правом голоса присутствовал на заседаниях земских губернских собраний и земских врачебных съездов. В отчеты губернаторов включались сведения о деятельности земских органов с краткой информацией о медицинской помощи.

Административно-хозяйственные функции МВД постепенно стали вытесняться административно-полицейскими задачами [2]. Правительство уже с 1860-х годов начинает проводить курс на усиление губернаторской власти. Постановление Комитета министров от 22 июля 1866 г. предоставляло губернаторам право проводить ревизии во всех учреждениях губернии, по подозрению в неблагонадежности не утверждать в должности чиновников любого ведомства, закрывать научные общества. Согласно распоряжению Государственного совета, в июне 1867 г. постановления земских, городских, дворянских собраний не разрешалось публиковать без разрешения губернатора. Закон от 19 августа 1879 г. позволял удалять неблагонадежных земских служащих [3].

Необязательность земской медицины на начальном этапе освободила ее от жесткой опеки государственной администрации, позволяла врачам самим искать рациональные формы организации медицинской помощи. Земские врачи отрицательно относились к любым попыткам правительства стандартизировать медицинскую помощь. Показательна в этом отношении статья «Нужно ли регламентировать земскую медицину» (1883) известного гигиениста М. Я. Капустина, имевшего опыт работы земского врача. В ответ на предложение МВД определить обязательное число врачей для каждого уезда М. Я. Капустин, защищая права земств самостоятельно решать вопросы организации медицинской помощи, писал: «Земская медицина, по нашему мнению, тем и хороша, что возникла и поддерживается местными нуждами в размерах и формах местных

потребностей. <...> Все ее недостатки и несовершенства имеют, если можно так высказаться, и ту хорошую сторону, что, будучи раз сознаны, могут быть устранены или ограничены компетентностью каждого уездного собрания» [4]. Координирующими центрами земской медицины стали губернские земские врачебные съезды, а с 1883 г. и Пироговские съезды. И хотя их решения носили рекомендательный характер, они, разъясняя необходимость медико-санитарных мероприятий, оказывали общественное давление на земское руководство [5].

Расходы на земскую медицину оплачивались из средств губернского земского сбора. Земствам было разрешено устанавливать дополнительные сборы с населения на медицинские нужды, принимать пожертвования. Постепенно медицинская помощь населению стала одним из наиболее важных направлений деятельности земских организаций.

В становлении земских организаций огромную роль сыграл энтузиазм интеллигенции, находившейся под влиянием народнических идей и рассматривавший свою работу как выполнение общественного долга. Во второй половине XIX в. земская интеллигенция стала основой развития либерального движения. В создании земства она видела ту почву, на основе которой можно было осуществить культурное преобразование и оздоровление страны. В 1860—1880-е годы основное внимание земских врачей было уделено поиску оптимальной системы организации земской медицины. Шла борьба за искоренение фельдшеризма, замену разъездной системы медицинского обслуживания населения стационарной, развитие санитарной службы, создание сети врачебных участков с небольшими лечебницами, достижение бесплатности и общедоступности медицинской помощи. Некоторые губернские больницы, созданные на основе находившихся в упадке приказных больниц, к концу XIX в. не уступали по своему уровню университетским клиникам. В них имелись разные баракы, терапевтические, акушерские и хирургические отделения, аптеки, организован амбулаторный прием. С 1872 г. создавались фельдшерские школы.

Наибольших успехов достигло Московское земство, ставшее экспериментальной базой для апробации передовых форм организации медицинской помощи. Созданная Е. А. Осиповым программа санитарно-статистических исследований (1875) легла в основу многочисленных работ в земских губерниях. Важную роль в превращении Московской земской организации в образцовый центр земской медицины сыграл председатель Московской земской губернской управы Д. А. Наумов (1865—1893), привлеченный на службу в земстве высококвалифицированных врачей (Е. А. Осипова, Ф. Ф. Эрисмана, П. И. Куркина, И. В. Попова, В. С. Лебедева, П. А. Пескова, В. А. Архангельского, А. В. Погожева).

В связи с тем что промышленные предприятия из-за антисанитарных условий труда и быта рабочих являлись рассадником инфекционных заболеваний, земские организации с конца 1870-х годов ходатай-

<sup>2</sup> ПСЗРИ-2. Т. XXXIX. Отд. 1. № 40458. Ст. 78—80. С. 20—21.

ствовавали о предоставлении им права санитарного надзора за состоянием фабрик и заводов. Политическое недоверие к врачам, опасения предоставления им большей самостоятельности служили причиной отклонения подобных ходатайств. Московское земство, добившись в 1879 г. разрешения на организацию санитарного описания фабрик и заводов, провело под руководством Ф. Ф. Эрисмана исследование влияния условий труда и быта на здоровье рабочих на 1080 фабриках и заводах Московской губернии. Труды Ф. Ф. Эрисмана и его коллег оказали огромное влияние на постановку работы фабричной инспекции, созданной в России в 1882 г., и развитие фабричного законодательства. Земства неоднократно поднимали вопрос об объединении фабричной и земской медицины, но только в 1887 г. МВД разрешило заключать частные соглашения с владельцами предприятий о совместном содержании лечебных учреждений, обслуживавших одновременно крестьян и рабочих.

Согласно указу Сената, земства с 1875 г. обязаны были без ограничения госпитализировать психически больных, однако состояние доставшихся земствам приказных больниц и скудное финансирование затрудняли выполнение указа. В 1879 г. в результате многочисленных ходатайств было издано постановление о выдаче земствам пятидесятипроцентных государственных пособий на строительство психиатрических больниц и выделено 2 млн руб. Этим пособием воспользовались 23 губернских земства [6].

Борьба с эпидемиями являлась одной из острых проблем земской медицины. В 1879 г. Московское земство обращалось к правительству с просьбой о разрешении совместных с другими губерниями противоэпидемических мероприятий, но Комитет министров отклонил эту просьбу. Наконец, в 1886 г. организация борьбы с инфекционными заболеваниями была отнесена к обязанностям земств, а в 1887 г. издан указ о разрешении земствам устанавливать связи между собой [7, 8].

Для решения текущих вопросов земской медицины в 1880-е годы при управах стали создаваться совещательные органы — уездные врачебно-санитарные советы, состоящие из членов земских управ и всех земских врачей. В губернские советы, кроме членов управ, входили представители уездных врачей и губернской администрации.

Рост либеральных настроений в обществе и революционный терроризм послужили основанием для усиления полицейского и административного надзора за земскими организациями. Причиной проведения серии контрреформ 1880—1890-х годов стало убийство Александра II. «Положение об усилении и чрезвычайной охране» (1881) дало губернским властям право вводить режим чрезвычайного управления и высылать из губернии нежелательных лиц<sup>3</sup>. Основной удар был направлен на врачей, которых при их активном участии в организационных вопросах земской медицины невозможно было рассматри-

вать лишь как простых служащих. Деятельность врачей порой действительно приобретала политический характер. Достаточно вспомнить статьи Д. Н. Жбанкова с требованиями отмены телесных наказаний, выступления, разоблачающие существующие порядки. Это вынуждало земства увольнять таких высококвалифицированных врачей, как М. Я. Капустин, Д. Н. Жбанков, А. И. Шингарев, Н. И. Тезяков, М. С. Уваров.

В 1882 г. министром внутренних дел был назначен граф Д. А. Толстой (1823—1889). При нем была ограничена свобода печати, значительно расширено влияние администрации на местное управление. В 1888 г. Д. А. Толстой обратился в Государственный совет с проектом нового Положения о губернских и уездных учреждениях. Выступая против предоставленной земству возможности «самостоятельной, через посредство выборных исполнительных его органов, деятельности по предметам местного хозяйства и благоустройства», он писал, что МВД в то же время «отвергает возможность упразднения земского представительства». По его мнению, «предстоящая земская реформа... должна быть направлена к уничтожению обособленности земства, к введению земских учреждений в общую систему государственного управления и к урегулированию земского представительства как в устройстве, так и в деятельности оно» [6, с. 194].

12 июня 1890 г. правительство ввело «Положение о губернских и уездных земских учреждениях», увеличившее представительство дворян в земских учреждениях и усилившее контроль со стороны администрации<sup>4</sup>. Губернатор мог приостанавливать любые постановления земских собраний. Была введена служебная ответственность председателей и членов земских управ перед администрацией, установлены предельные размеры земского обложения, что заметно сократило бюджет земских организаций. Положение 1890 г. лишило также земские санитарные советы организационно-распорядительных функций, оставив за ними только совещательную роль.

10 июня 1893 г. Государственным советом был утвержден новый Устав лечебных заведений, предназначенный для больниц, находящихся в ведении МВД, в том числе земских. По числу кроватей больницы были разделены на 4 класса, в соответствии с чем для каждого класса были определены штаты, плата за лечение, источники финансирования, организация больничных аптек, амбулаторной помощи при больницах. Устав 1893 г. полностью подчинял больницы губернской администрации. Кандидатуры главных врачей больниц первых трех классов утверждались министром внутренних дел<sup>5</sup>. Управление земскими больницами, созданными и содержащимися земствами, должно было перейти в ведение

<sup>4</sup> ПСЗРИ-3. Т. X. Отд. 1. № 6927.

<sup>5</sup> Устав лечебных заведений ведомства Министерства внутренних дел. Вестник общественной гигиены, судебной и практической медицины 1893. Т. XIX. Кн. 2-я. Отд. 1. С. 18—29.

<sup>3</sup> ПСЗРИ-3. Т. 1. СПб.; 1885. № 351. С. 261—6.

История медицины

правительства, что представляло угрозу существованию земской медицины.

Не все земства имели финансовые возможности реформировать больницы в соответствии с требованиями устава. В то же время перевод больниц в более низкий класс означал сокращение числа больничных коек, следовательно, снижение уровня доступности стационарной помощи. В результате резкого сопротивления медицинской общественности закон так и не был применен по отношению к земским учреждениям. По распоряжению Сената (1894) земским больницам было предоставлено право самим устанавливать правила внутреннего распорядка, определять число отделений, количество врачей<sup>6</sup>.

Как говорил В. И. Долженков на VI Пироговском съезде (1896), «в России нельзя действовать одинаково для всех местностей и нельзя оздоровить ее по шаблону... нельзя одинаковыми мерами оздоровить и Север, и Юг России, где усиленная смертность зависит от различных причин. Всякое центральное учреждение имеет большую склонность к централизации, регламентации и установке прочных однообразных штатов, что очень печально отзовется на развивающемся врачебно-санитарном деле в России» [9].

Правительственные реформы отрицательно сказались на работе наиболее авторитетной московской земской организации. В 1893 г. председателем губернской земской управы был назначен Д. Н. Шипов, призванный «подтянуть» земскую интеллигенцию. Е. А. Осипову, возглавлявшему в это время губернское земское санитарное бюро, удалось склонить на сторону земских врачей Д. Н. Шипова, который помог отстоять независимость земских лечебниц. Однако Е. А. Осипов сознавал, что он лично негоден правительству, ходатайства московских санитарных врачей в правительственные органы игнорируются, а земские гласные нового состава пренебрежительно относятся к работе врачей. Чтобы не ставить под удар общее дело, в 1895 г. Е. А. Осипов оставил земскую службу [10].

Давление на земские организации продолжалось. Положение 1890 г. позволяло земским губернским учреждениям издавать обязательные для местной администрации постановления по вопросам санитарных условий жизни и труда населения. На этом основании земские санитарные врачи требовали улучшения условий труда рабочих, что не устраивало владельцев предприятий. В 1900 г. министр внутренних дел В. К. Плеве дал разъяснение органам местного самоуправления, что врачебно-санитарная помощь фабричным рабочим должна входить в обязанность не земства, а губернских по фабричным делам присутствий [11].

Содержание больниц, фельдшерских и акушерских школ, строительство участковых и междуездных

врачебных участков, борьба с эпидемиями — все это увеличивало расходы на земскую медицину, в связи с чем росли и земские сборы. Закон от 12 июня 1900 г. ограничил повышение земских смет тремя процентами по сравнению предыдущим годом, что вызвало серьезные опасения у земских врачей [12]. Губернаторам было дано право отменять решения земского собрания, если с его точки зрения налог не был достаточно обоснован<sup>7</sup>. Циркуляром МВД от 23 августа 1901 г. были введены ограничения в области земской междуездной переписки. Именно в это время активно создавались земские междуездные медицинские участки, по поводу чего и велась основная переписка [13].

Реформы начала 1890-х годов не изменили оппозиционной сущности земских органов, не сумев подорвать позиции интеллигенции как основной силы земского движения. К этому времени среди земцев дворян, вопреки надеждам правительства, уже преобладали либералы. Мероприятия, направленные против земства, не достигли своей цели. Несмотря на многочисленные ограничения, земская медицина продолжала развиваться. Заслуги земской медицины широко известны: она разработала рациональные принципы развития медицинской помощи сельскому населению и апробировала их на практике, внесла огромный вклад в развитие санитарной статистики и т. д. К 1913 г. из всех расходов на медицину в Российской империи 34,4% составляли земские ассигнования<sup>8</sup>. Однако в условиях постоянного административного давления, недостаточного финансирования, территориальной ограниченности земские врачи не смогли решить намеченные ими задачи обеспечения населения страны общедоступной медицинской помощью.

Исследование не имело спонсорской поддержки.  
Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

ЛИТЕРАТУРА

1. Извлечение из доклада Медицинского департамента Министру внутренних дел о преобразовании губернских врачебных учреждений. Июль 1862 г. В кн.: Труды Высочайше учрежденной междуправительственной комиссии по пересмотру врачебно-санитарного законодательства. СПб.; 1913. Т. 2. С. 1—195.
2. Ерошкин Н. П. История государственных учреждений дореволюционной России. М.; 1983. 207 с.
3. Земское самоуправление в России 1864—1918. М.; 2005. Т. 1. С. 218—24.
4. Капустин М. Я. Нужно ли регламентировать земскую медицину. *Врач*. 1883;(16):254.
5. Мицкевич С. И. Записки врача-общественника (1888—1918). М.; 1969. 61 с.
6. Адрианов С. А. Министерство внутренних дел. Исторический очерк (1802—1902). СПб.; 1901. 147 с.
7. Смирнова Е. М. Государство, общество и здравоохранение Российской провинции в XVIII — начале XX вв. (по материалам Верхней Волги). Ярославль; 2015. 208 с.
8. Карпов Л. Н. Земская санитарная организация в России. Л.; 1964. С. 12.
9. С VI Съезда русских врачей в Киеве. *Врач*. 1900;(20):590.

<sup>7</sup> ПСЗРИ-3. Т. XX. Ч. 1. СПб.; 1902. № 18862.

<sup>8</sup> Цифровые сведения о расходах на врачебно-санитарную часть. Труды Высочайше учрежденной междуправительственной комиссии по пересмотру врачебно-санитарного законодательства. СПб.; 1913. Т. 2. С. 7—9.

<sup>6</sup> Инструкция по управлению лечебными заведениями ведомства Министерства внутренних дел. Собрание узаконений и распоряжений правительства, издаваемое при Правительствующем Сенате. СПб.; 1894. Второе полугодие. №113. Ст. 825. С. 2498—2530.

10. Базанов В. А. Е. А. Осипов. М.; 1974. С. 60—1.
11. Кузьмин В. Ю. Власть, общество и земская медицина. Самара; 2003. С. 67—8.
12. Жбанков Д. Н. О влиянии закрепления земских смет на земскую медицину. *Врач*. 1900;(49):1482—4.
13. Арутюнов Ю. А. Земская медицина Московской губернии во второй половине XIX — начале XX вв. М.; 2000. С. 66.

Поступила 01.04.2019  
Принята в печать 03.04.2019

## REFERENCES

1. Extract from the report of the Medical Department to the Minister of the Interior on the re-education of provincial medical institutions. July 1862. In: Proceedings of the Highest Established Interdepartmental Commission for the revision of medical and sanitary legislation [*Trudy Vysochayshe uchrezhdennoy mezhdudedomstvennoy komissii po peresmotru vrachebno-sanitarnogo zakonodatel'stva*]. St. Petersburg; 1913. Vol. 2. P. 1—195 (in Russian).
2. Eroshkin N. P. The history of state institutions of pre-revolutionary Russia [*Istoriya gosudarstvennykh uchrezhdeniy dorevol'yutsionnoy Rossii*]. Moscow; 1983. 207 p. (in Russian).
3. Zemsky self-government in Russia 1864—1918 [*Zemskoye samoupravleniye v Rossii 1864—1918*]. Moscow; 2005. Vol. 1. P. 218—24 (in Russian).
4. Kapustin M. Ya. Is it necessary to regulate zemstvo medicine. *Vrach*. 1883;(16):254 (in Russian).
5. Mitskevich S. I. Notes of the doctor-the public man (1888—1918) [*Zapiski vracha-obshchestvennika (1888—1918)*]. Moscow; 1969. 61 p. (in Russian).
6. Adrianov S. A. Ministry of the Interior. Historical essay (1802—1902) [*Ministerstvo vnutrennikh del. Istoricheskiy ocherk (1802—1902)*]. St. Petersburg; 1901. 147 p. (in Russian).
7. Smirnova E. M. The state, society and health care of the Russian province in XVIII — early XX centuries (based on materials of the Upper Volga) [*Gosudarstvo, obshchestvo i ravookhraneniye Rossiyskoy provintsii v XIX—nachale XX vv. (po materialam Verkhney Volgi)*]. Yaroslavl; 2015. 208 p. (in Russian).
8. Karpov L. N. Zemsky sanitary organization in Russia [*Zemskaya sanitarnaya organizatsiya v Rossii*]. Leningrad; 1964. P. 12 (in Russian).
9. From the VI Congress of Russian doctors in Kiev. *Vrach*. 1896;(20):590 (in Russian).
10. Bazanov V. A. E. A. Osipov. Moscow; 1974. P. 60—1 (in Russian).
11. Kuzmin V. Yu. Power, society and rural medicine [*Vlast, obshchestvo i zemskaya meditsyna*]. Samara; 2003. P. 67—8 (in Russian).
12. Zhbankov D. N. On the effect of fixing Zemstvo estimates on Zemstvo medicine *Vrach*. 1900;(49):1482—4 (in Russian).
13. Arutyunov Yu. A. Zemsky medicine in the Moscow province in the second half of the 19th — early 20th centuries [*Zemskaya meditsina Moskovskoy gubernii vo vtoroy polovine XIX — nachale XX v.*]. Moscow; 2000. P. 66 (in Russian).

**Шерстнева Е. В.**

## ИСТОРИЯ СОЗДАНИЯ СОВЕТСКОГО ПЕНИЦИЛЛИНА: ВЫМЫСЕЛ И ФАКТЫ

ФГБНУ «Национальный научно-исследовательский институт общественного здоровья им. Н. А. Семашко» Минобрнауки России, 105064, г. Москва

*История создания в СССР пенициллина остается темой малоизученной, но обросшей большим количеством фактических неточностей и мифов. С открытием доступа к ранее засекреченным материалам Государственного архива Российской Федерации появилась возможность развеять многие из них, осветить события, подтвердив факты документально.*

*Ключевые слова:* пенициллин; пенициллиновое производство; З. В. Ермолева; Народный комиссариат здравоохранения СССР.

**Для цитирования:** Шерстнева Е. В. История создания советского пенициллина: вымысел и факты. Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. 2019;27(4):507—512. DOI: <http://dx.doi.org/10.32687/0869-866X-2019-27-4-507-512>

**Для корреспонденции:** Шерстнева Елена Владимировна, канд. ист. наук, старший научный сотрудник отдела истории медицины и здравоохранения ФГБНУ «Национальный научно-исследовательский институт общественного здоровья им. Н. А. Семашко», e-mail: [lena\\_scherstneva@mail.ru](mailto:lenscherstneva@mail.ru)

**Sherstneva E. V.**

## THE HISTORY OF DEVELOPMENT OF THE SOVIET PENICILLIN: FABRICATION AND FACTS

The Federal State Budget Scientific Institution «The N. A. Semashko National Research Institute of Public Health», 105064, Moscow, Russia

*The history of creation of penicillin in the USSR remains a topic of little-studied, but overgrown with a large number of factual inaccuracies and myths. With the opening of access to previously classified materials of the State archive of the Russian Federation, it became possible to dispel many of them, to cover the events, confirming the facts documented.*

*Keywords:* penicillin; penicillin production; Z. V. Ermolev; people's Commissariat Of the USSR.

**For citation:** Sherstneva E. V. The history of development of the Soviet penicillin: fabrication and facts. *Problemy sotsialnoy gigiyeny, zdravookhraneniya i istorii meditsiny*. 2019;27(4):507—512 (In Russ.). DOI: <http://dx.doi.org/10.32687/0869-866X-2019-27-4-507-512>

**For correspondence:** Sherstneva E. V., candidate of historical sciences, senior researcher of the Department of History of Medicine of the N. A. Semashko National Research Institute of Public Health. e-mail: [lena\\_scherstneva@mail.ru](mailto:lenscherstneva@mail.ru)

**Conflict of interests.** The authors declare absence of conflict of interests.

**Acknowledgment.** The study had no sponsor support

Received 16.03.2019  
Accepted 03.04.2019

История создания в СССР пенициллина — препарата, имевшего стратегическое значение и послужившего резкому снижению смертности населения, — стала в послевоенный период темой для литературного творчества, активно эксплуатируемой в пропагандистских целях, а потому к нашим дням она обросла большим количеством мифов. В то же время в сети Интернет циркулирует немалое количество публикаций разоблачающего характера без ссылок на какие-либо источники. Но с открытием для исследователей ранее засекреченных архивных документов появилась возможность корректно осветить данный вопрос, подкрепив изложение подлинными документами. Сделать это необходимо прежде всего потому, что столь важный эпизод в истории страны до сих пор не получил серьезного рассмотрения в научной литературе: одни авторы стараются не углубляться в эту весьма щекотливую тему [1—3], другие хоть и отмечают зарубежный приоритет, но все же в целом склонны к версии, рожденной советской историографией [4—6]. Но ведь именно в советское время этот сюжет был искажен по причинам идеологического порядка, и даже в авторитетном 3-м издании Большой медицинской энциклопедии (БМЭ) содержится ряд утверждений, требующих пересмотра.

Так, в БМЭ, а вслед за ней и в иных источниках, утверждается, что в СССР работы по изучению пенициллина «были начаты в 1942 г. независимо от английских ученых», «первый советский пенициллин был получен в 1942 году», а «в 1943 году было... организовано промышленное производство пенициллина» [7], причем с проблемой обеспечения армии и гражданского населения этим препаратом страна справилась самостоятельно. Однако обращение к архивным документам опровергает эти утверждения.

Работа с фондами Народного комиссариата здравоохранения СССР, Совета министров СССР в Государственном архиве Российской Федерации (ГАРФ) показала, что документы с информацией о пенициллине все без исключения имеют гриф «Секретно» или «Совершенно секретно». Архивные дела содержат многочисленные «справки по пенициллину» (чаще без указания источника информации), что свидетельствует о хорошей осведомленности руководства страны о состоянии исследований и производства пенициллина за рубежом и о том, что оно уделяло этому вопросу пристальное внимание. В справках приводилась даже такая любопытная подробность: поначалу интерес к открытию Флеминга был невелик, «в то же время в Институте ме-

дицинского исследования Рокфеллера доктор Дубов открыл вещество, названное Грамицидин. Он оказался высокоактивным в отношении патогенных микробов, но и очень токсичным, а потому не получил широкого терапевтического применения, но работа над ним имела значение в том смысле, что в связи с этой работой снова возрос интерес к пенициллину. Вопросом о пенициллине стали заниматься многие ученые, в том числе в Англии и Америке<sup>1</sup>. В донесениях сообщалось о работе проф. Говарда Флори и Эрнста Чейна (Оксфордский университет, Англия), усовершенствовавших в 1938 г. технику извлечения пенициллина из плесени и нашедших способ получения его водного раствора, и о разработке в 1940 г. способов получения пенициллина в крупных масштабах. Согласно приведенным данным, «Клиническое применение пенициллина в Америке началось в 1940 г. Врачи Bushnell General Hospital в Brigham City начали применять пенициллин для лечения незаживающих переломов, ран с давней инфекцией и др. ...», сообщалось, «что пенициллин обладает ясно выраженными бактериостатическими и бактериолитическими свойствами, этим он отличается от сульфопрепаратов, обладающих только бактериостатическими. Сравнительные исследования показали, что пенициллин в 1000 раз более активен, чем сульфаниламид, в отношении аэробных и анаэробных грамположительных бактерий»<sup>2</sup>. Руководство страны и Наркомздрава СССР было поставлено в известность, что «в начале 1942 г. в США была начата организация производства пенициллина в промышленном масштабе», а в 1943 г. производством пенициллина занимались 13 американских, 2 канадских фирмы, с июня 1944 — 21 фирма»<sup>3</sup>, что «Активность пенициллина измеряется в оксфордских единицах. Оксфордская единица — это такое количество пенициллина, которое, будучи растворенным в 50 мл мясного экстракта, прекращает рост *Staphylococcus aureus*. За стандарт оксфорда принят препарат активностью 42 единицы в 1 мг»<sup>4</sup>. В донесениях содержалась исчерпывающая информация даже об объеме производства пенициллина: в 1943 г. в США он составил 21 192 млн оксфордских единиц (окс. ед.), соответствующих 12 873 (!) граммам пенициллина, а с января по март 1944 г. было выпущено 40 000 млн окс. ед. Это была выработка уже 21 завода. Советским руководителям была известна даже стоимость пенициллина, которая «составляла в первый период его производства около 20 долларов за 100 000 окс. ед., снизилась в 1944 г. до 3,5 доллара, т. е. на 84%, и имеет тенденцию к дальнейшему снижению»<sup>5</sup>. И это притом, что вся информация о пенициллине являлась в США государственной тайной, производство курировалось Военно-промышленным комитетом, 86% препарата распределялось только в армию и

флот, остальные 14% — в учреждения, занимающиеся изучением пенициллина<sup>6</sup>, а в гражданский оборот он был допущен лишь в марте 1945 г. Поэтому мысль о том, что профессор З. В. Ермольева, работавшая на передовой советской микробиологии, находившаяся в постоянном контакте с Наркомздравом СССР, не располагала детальной информацией о состоянии работ по пенициллину за рубежом, совершенно неосостоятельна. Более того, параллельно с работами по пенициллину во Всесоюзном институте экспериментальной медицины (ВИЭМ) велись и работы по грамицидину<sup>7</sup>, который также с легкой руки советских авторов стал изобретением советских ученых, как, впрочем, несколько позднее и стрептомицин.

Миф о «независимости» отечественных разработок развеивает Стенограмма состоявшегося в Москве 5 февраля 1944 г. заседания Президиума Ученого медицинского совета Наркомздрава СССР совместно с учеными из Англии и США. Член иностранной делегации профессор Г. Флори, один из создателей пенициллина и впоследствии нобелевский лауреат, констатировал: «На меня особенно большое впечатление произвела та энергия и то искусство, с которым вы получили результаты с пенициллином в Москве за короткий срок»<sup>8</sup>. Возглавлявший делегацию зарубежных ученых проф. Хайстингс, представлявший Комитет медицинских исследований и Национальный исследовательский совет США, в своем приветственном слове также поздравил советских исследователей с тем, «что они так быстро и так оперативно наладили работу по производству этого могущественного агента». Дипломатичность и союзнические отношения не позволили им выразить свое удивление, которое было бы вполне оправданным. Ведь над созданием препарата в Англии и США работала многочисленная международная команда ученых разных специальностей (порядка 400—500 квалифицированных специалистов), в распоряжении которых было первоклассное лабораторное оборудование, и тем не менее путь от открытия А. Флеминга (1929) до запуска препарата в производство (1942) занял почти 13 лет. Отдел же биохимии микробов ВИЭМ, состоявший всего из 9 сотрудников, включая руководителя<sup>9</sup>, начавший исследования в этом направлении, по утверждению самой З. В. Ермольевой, лишь в октябре 1942 г. [8, с. 38], работавший в тяжелейших условиях войны, испытывавший, судя по частым обращениям к наркому здравоохранения, постоянные трудности с электроснабжением, химическими реактивами, аппаратурой<sup>10</sup>, в начале 1944 г. смог предъявить зарубежным гостям не только «советский пенициллин», но и линию его производства, хоть и на лабораторном уровне<sup>11</sup>.

<sup>6</sup> Там же. Л. 69—61.

<sup>7</sup> ГАРФ. Ф. 6742. Оп. 1. Ед. 207. Л. 15, 35.

<sup>8</sup> Там же. Ед. 251. Л. 7.

<sup>9</sup> ГАРФ. Ф. 6742. Оп. 1. Ед. 237. Л. 15.

<sup>10</sup> ГАРФ. Ф. 8009. Оп. 20. Ед. 21. Л. 178, 179.

<sup>11</sup> ГАРФ. Ф. 6742. Оп. 1. Ед. 251. Л. 4.

<sup>1</sup> ГАРФ. Ф. 8009. Оп. 20. Ед. 21. Л. 60.

<sup>2</sup> Там же. Л. 48, 51.

<sup>3</sup> Там же. Л. 43.

<sup>4</sup> Там же. Л. 58.

<sup>5</sup> Там же. Л. 263—261.



История медицины

Зарубежным коллегам З. В. Ермольева, конечно же, не могла предложить тот сценарий развития событий («независимо от иностранных ученых»), который был преподнесен позднее всему советскому народу. На заседании Президиума Ученого медицинского совета она чистосердечно заявляла: «Работа по пенициллину привлекла наше внимание потому, что автором этого препарата является Флеминг, являющийся также автором лизоцима, с которым наша лаборатория работала много лет. <...> На препарат пенициллина мы обратили особое внимание с начала войны, когда появились работы Флори и Абрагама, когда мы получили сведения о методе очистки этого препарата и его клиническом применении<sup>12</sup>. Таким образом, сама проф. З. В. Ермольева в 1944 г. не претендовала на первенство, видя заслугу лишь в выделении другого активного штамма — *Penicillium crustosum*. В своей монографии «Пенициллин» (1946) она также не забывала ссылаться на зарубежные авторитеты.

Сомнения в независимости отечественных разработок подкрепляет и очень незначительное количество научных публикаций самой З. В. Ермольевой и ее сотрудников о пенициллине. На это обращал внимание еще Н. Н. Бурденко. В своих «Письмах хирургам фронтов о пенициллине» (1945) он отмечал: «В советской литературе сообщений о пенициллине, как по вопросам теоретическим, так и практическим, опубликовано мало. <...> Вся русская литература опубликована главным образом в 1944 году... количество работ не выходит из первого десятка». Причем в этих статьях интерес для него представляло в первую очередь «изложение по иностранным источникам механизма действия пенициллина на микробов, определения чувствительности и устойчивости микробов к действию препарата и цитофилатических свойств препарата» [9, с. 16—17].

Важная находка еще больше убеждает в неправомерности утверждений о независимости советских разработок, в том числе в области технологии производства пенициллина. Речь идет об обнаруженных в материалах фонда Совета министров СССР ГАРФ письмах доктора биологических наук Н. Бородина (с штампом «Рассекречено»). Этот человек, находясь официально в Англии в командировке по изучению производства эндокринных препаратов, фактически занимался шпионажем, снабжая руководство нашей страны секретной информацией о пенициллиновом производстве и научных разработках в этой области в Англии и США. В одной из своих «докладных записок», отправленных в начале 1946 г. министру мясомолочной промышленности П. Смирнову (пенициллиновое производство планировали широко развернуть на базе мясо-молочных предприятий), переправленной последним заместителю председателя Совмина СССР А. И. Микояну, министру пищевой промышленности В. П. Зотову и министру здравоохранения Г. А. Митереву, он, в частности, сообщал: «Засекреченные работы по химии пенициллина,

проделанные до конца 1945 года в Англии и Америке, представлены более чем 600 докладами, которые занимают у доктора Чейна целый сейф. Используя хорошее отношение ко мне доктора Чейна и доктора Флори, мне удалось сфотографировать в течение ночи совершенно секретный индекс 610 совершенно секретных работ по химии пенициллина... разумеется без ведома Флори и Чейна. <...> Посылаемый материал дает полную информацию о всех работах, проделанных по химии пенициллина и его производных по 27.11.1945 и является государственной тайной США и Англии»<sup>13</sup>. Н. Бородин подчеркивал, что «только работы, перечисленные в этом индексе... потребовали напряженного труда 400 высококвалифицированных английских и американских специалистов в течение 5 лет»<sup>14</sup>. В своей следующей «докладной» он вновь сообщает: «В настоящее время мне также удалось добыть и сфотографировать в течение ночи 7 совершенно секретных научно-исследовательских работ по пенициллинам из перечисленных в индексе. Фотокопии этих 7 работ каждую в 1 экземпляре я прилагаю к этой докладной записке»<sup>15</sup>. В апреле 1946 г. к письму уже к самому А. И. Микояну он приложил «семь папок с перечисленными в тексте совершенно секретными работами по пенициллинам»<sup>16</sup>.

Данный архивный источник, во-первых, прямо указывает на вклад отечественного промышленного шпионажа в развитие в СССР производства пенициллина, а во-вторых, дает представление о тех научных и материальных ресурсах, которые необходимы для самостоятельного овладения этой чрезвычайно сложной технологией (по подсчетам Бородина, это 2000 человеко-лет<sup>17</sup>) и которыми не могла располагать воюющая страна.

Намеренное преувеличение советской историографией роли З. В. Ермольевой и всей советской науки в ее лице в создании пенициллина породило еще один популярный в историографии миф — о присуждении ей в 1943 г. Сталинской премии 1-й степени за его разработку. Это утверждение звучит и в одном из последних учебников по истории медицины [6, с. 298].

Действительно, проф. З. В. Ермольева выдвигалась на Сталинскую премию за разработку пенициллина (вместе с Т. И. Балезиной, М. М. Левитовым, В. А. Авериним), но значительно позже, в 1949 г., о чем имеются документальные подтверждения в ГАРФ<sup>18</sup>, однако положительного решения о присуждении ей премии принято не было. Более того, в том же году Премия им. С. И. Спасокукоцкого за книгу «Пенициллин (Применение в хирургической практике)» (1948) была присуждена полковнику медицинской службы проф. П. Л. Сельцовскому<sup>19</sup>. И это,

<sup>13</sup> ГАРФ. Ф. 5446. Оп. 48а. Ед. 2630. Л. 94—93.

<sup>14</sup> Там же. Л. 106.

<sup>15</sup> Там же. Л. 112.

<sup>16</sup> Там же. Л. 102.

<sup>17</sup> Там же. Л. 105.

<sup>18</sup> ГАРФ. Ф. 8009. Оп. 2. Ед. 1437.

<sup>19</sup> Там же. Ед. 1419.

<sup>12</sup> Там же. Л. 8, 9.

кстати, указывает на вполне трезвую оценку тогдашним руководством страны заслуг З. В. Ермольевой и ее команды в разработке пенициллина. Не исключено и то, что таким образом начиналось сведение счетов с ученым, не сумевшим преодолеть лабораторного уровня производства пенициллина методом поверхностной ферментации (когда за рубежом уже перешли к прогрессивному методу глубинной ферментации и производству в промышленных масштабах) и обеспечить крупномасштабное производство.

Документ из личного дела З. В. Ермольевой, рекомендующий ее в члены-корреспонденты АМН СССР, свидетельствует, что в 1943 г. награждена она была вовсе не за создание пенициллина, а за разработанный ею в годы войны «метод диагностики и фагопрофилактики инфекций, сослуживший большую службу в противоэпидемической работе. Эта работа была увенчана в 1943 г. Сталинской премией<sup>20</sup>». Попутно стоит прояснить еще одно обстоятельство: во многих источниках и даже на памятной мемориальной доске в г. Фролово, где З. В. Ермольева родилась, датой смерти значится 1975 г. Однако скончалась она 2 декабря 1974 г., о чем имеется документальное подтверждение в ее личном деле<sup>21</sup>.

Повод для рождения еще одного мифа, широко растиражированного в советские годы, — о преимуществах советского пенициллина — дал уже упоминавшийся выше визит иностранных ученых в начале 1944 г. в СССР. Интерес советской стороны к этому визиту, по утверждению З. В. Ермольевой, состоял в том, чтобы в диалоге с иностранцами «получить некоторые детали технологического процесса и особенно — подробную химическую характеристику препарата». В ходе визита предполагался обмен штаммами пенициллина. «Этот взаимный обмен даст нам возможность узнать подробности, с которыми мы не знакомы», — утверждала она<sup>22</sup>. Полученный от Г. Флори штамм был исследован в сравнении с отечественным в клинике профессора И. Г. Руфанова. По его заключению, направленному нарком здравоохранения СССР 15 марта 1944 г., отечественный пенициллин не уступал английскому и американскому, а «в некоторых отношениях пенициллин ВИЭМ превосходит иностранный препарат, требуя для излечения сепсиса значительно меньшего количества единиц»<sup>23</sup>. В условиях ограниченного рамками лаборатории выпуска этого препарата данное его качество было бы весьма важным. Однако Н. Н. Бурденко уже в том же 1944 г. выразил на этот счет большие сомнения и заявил, «что утверждение о более сильном действии отечественного препарата по сравнению с заграничным нуждается в проверке» [9, с. 28]. Несколько позднее, осуществив ряд клинических наблюдений, он сделал убедительный вывод, дипломатично указав: «...утверждения некоторых

товарищей, что лечебная единица препарата ВИЭМ должна приниматься равной 20 единицам Флори, не имеют под собой достаточной основы... Лечебные дозы пенициллина должны быть большие и уравненные с дозами, принятыми английскими и американскими врачами по литературным данным» [9, с. 48, 50].

Более того, тогда же Н. Н. Бурденко уличил И. Г. Руфанова в неправомерном расширении спектра противомикробного действия отечественного пенициллина: «Вероятно, по недосмотру редактора, в статью И. Г. Руфанова вкралась досадная ошибка — указание на воздействие пенициллина на кишечную палочку и синегнойную палочку, которые, по литературным данным, относятся к бактериям резистентным по отношению к пенициллину» [9, с. 21]. Видимо, контроль работ по пенициллину со стороны политического руководства страны (когда еще были свежи в памяти годы Большого террора) побуждал к искажению фактов и приводил к появлению ожидаемых «наверху» заявлений, не имеющих с действительностью ничего общего.

В результате в утвержденной Наркомздравом СССР 27 июля 1945 г. Инструкции по применению пенициллина хоть и указывалось, что он «является продуктом жизнедеятельности грибка *Penicillium crustosum* (Ермольева—Балезина) и *Penicillium notatum* (Флеминг)», но предусматривалась единая дозировка при терапии заболеваний<sup>24</sup>. Кроме того, такая формулировка наводит на мысль о том, что в производство был пущен не только советский штамм. Тем более что в сообщении З. В. Ермольевой заместителю наркома А. Г. Натрадзе от 6 октября 1944 г. говорится, что 14 августа 1944 г. проф. Стрелковым, представителем Наркомздрава в Торгпредстве в Вашингтоне, ей были переданы «для повторного испытания» штаммы № 832 и 1249 Б-21 (такие же, которые предоставил Флори) и новые штаммы — «пенициллиум хризогенум № 1951 Б-25 и 23248»<sup>25</sup>.

Распространенное советской историографией утверждение о том, что в 1943 г. в СССР началось промышленное производство пенициллина, является огромной натяжкой и связано, видимо, со стремлением синхронизировать этот процесс с США и Великобританией. По утверждению самой З. В. Ермольевой, руководимый ею отдел биохимии микробов ВИЭМ (располагался он на ул. Обуха д. 8, сегодня это посольство Индии) в октябре 1942 г. только приступил к выделению активных штаммов плесневого грибка *Penicillium* [8, с. 38]. И архивные документы фонда ВИЭМ ГАРФ свидетельствуют, что тема «Получение пенициллина и его практическое применение» была заявлена в плане научно-исследовательской работы названного отдела только на 1943 г. На второй квартал 1943 г. была запланирована «Разработка методов очистки и концентрирования пенициллина. Испытание препарата пенициллина в клинике». Исполнителями темы в документе числились:

<sup>20</sup> Научный архив РАМН, Фонд РАМН. Оп.1—8/2. Ед. 83. Л. 25—26.

<sup>21</sup> Там же. Л. 111.

<sup>22</sup> ГАРФ. Ф. 6742. Оп. 1. Ед. 251. Л. 9.

<sup>23</sup> Там же. Ед. 257. Л. 1.

<sup>24</sup> ГАРФ. Ф. 8009. Оп. 2. Ед. 821. Л. 1—3.

<sup>25</sup> Там же. Оп.20. Ед. 21. Л. 299.

История медицины

«Максимова, Блинникова, Каплун, Жиллабо, Дорфман, Касторская, Левитов, Вышепан»<sup>26</sup>. По утверждению Н. Н. Бурденко, «Т. И. Каплун изолировала наиболее активный штамм» [9, с. 18]. Необходимо пояснить, что Каплун — девичья фамилия Тамары Иосифовны Балезиной, которой З. В. Ермольева в своей монографии приписала эту заслугу и которая летом 1944 г. защитила диссертацию по пенициллину на соискание кандидатской степени. Любопытно, что всенародно известной она стала под фамилией супруга, хотя в момент «открытия», будучи замужем, носила девичью фамилию.

Как внушалось долгое время, образец целительной плесени, уже 93-й по счету, соскребли со стенки бомбоубежища во время воздушной тревоги. Однако в наши дни появилась и другая версия событий, согласно которой Т. И. Балезина, по ее же признанию, «взяла плесень, которая поразила культуру вредоносной бактерии, выращенной в соседней “военной” лаборатории» [10]. Конечно, ссылка автора публикации на устные заявления Т. И. Балезиной не очень убедительна, но нельзя полностью их игнорировать, учитывая следующий факт: супруг Т. И. Балезиной, Степан Афанасьевич Балезин, ученый-химик, в годы войны являлся старшим помощником уполномоченного по науке государственного комитета обороны и был причастен к делам военной разведки в научной сфере [11], он принимал живое участие в организации производства пенициллина [12]. Возможно, Т. И. Балезина решила на признание потому, что обстановка в стране уже не требовала сохранения тайны создания антибиотика.

Первая апробация пенициллина состоялась 20 июля 1943 г. в клинике проф. Руфанова [9, с. 24], затем он был апробирован в ряде лечебных учреждений при сепсисе, ожогах, обморожениях, раневых гнойных инфекциях, гонорее. Но, безусловно, ни о каком промышленном производстве пенициллина в 1943 г. не могло быть и речи. Это подтверждает содержание докладной записки З. В. Ермольевой «Об опытных партиях пенициллина, полученных в лаборатории ВИЭМ», направленной в марте 1944 г. наркому здравоохранения СССР Г. А. Митереву, хранящейся в ГАРФ. Из записки следует, что лаборатория ВИЭМ действительно выпускала ежемесячно 200—300 л нативного (жидкого) и очищенного пенициллина, что в условиях лабораторного эксперимента был получен сухой пенициллин методом высушивания в замороженном виде при высоком вакууме (этот метод был разработан Флори и Чейном). И в этой же записке З. В. Ермольева обращалась к наркому с предложением приступить к организации промышленного производства пенициллина на базе принадлежавшего Наркомздраву РСФСР завода № 13 и фабрике эндокринных препаратов, отводя на налаживание производства два месяца<sup>27</sup>.

23 августа 1944 г. при заместителе наркома здравоохранения СССР А. Г. Натрадзе состоялось заседа-

ние по вопросу «О состоянии исследовательских работ по пенициллину и ходе его освоения в заводских условиях». Из стенограммы заседания следует, что к концу лета 1944 г. завод эндокринных препаратов только налаживал производство раствора пенициллина, а «методика по сушке его так и не была передана заводу, несмотря на многократные обращения к проф. Стрелкову и Ермольевой». Завод № 13 так и не заработал, ожидая поставки на него специальной полузаводской установки для выпуска сухого пенициллина<sup>28</sup>.

Спустя месяц Приказом Наркомздрав СССР от 28 сентября 1944 г. было дано распоряжение организовать в четвертом квартале 1944 г. на заводе им. Карпова производство жидкого пенициллина, а также опытный цех по производству пенициллина на московском заводе эндокринных и витаминных препаратов, закончив работы по монтажу опытного цеха к 1 ноября 1944 г.<sup>29</sup>, что совершенно не совпадает с информацией в БМЭ и иных источниках, относящих эти события к 1943 г. К тому же и эти производства с трудом можно было назвать промышленными. В справке о выпуске пенициллина, составленной в первом квартале 1945 г., говорится: «На заводах № 40 и им. Карпова организованы полузаводские установки. Оборудование лабораторного типа». Г. А. Митерев в своем рапорте заместителю председателя Совнаркома СССР Молотову от 15 марта 1945 г. отмечал, что «Наркомздравом организовано опытное производство пенициллина на заводах им. Карпова и № 40». И действительно, общая мощность их составляла всего 500 млн окс. ед. в год, а это было каплей в море, поскольку, как отмечал нарком здравоохранения, «расход на курс лечения составляет от 50 тыс. до 1,5 млн окс. ед. в зависимости от заболевания». В США только один крупный завод выпускал в год 500 млрд окс. ед. пенициллина<sup>30</sup>.

Эти факты ставят под большое сомнение укоренившееся мнение, что СССР самостоятельно, без помощи союзников, обеспечил себя антибиотиком. Более того, другие архивные документы полностью опровергают этот вымысел. В донесении ГВСУ Красной Армии заместителю председателя СНК СССР А. И. Микояну от 3 ноября 1945 г. прямо сказано: «В течение 1945 года нами получено 10 млрд окс. ед. импортного и 120 млн окс. ед. отечественного пенициллина»<sup>31</sup>. Такое соотношение объемов поставок впечатляет. Поставки антибиотика продолжались и в последующие годы, в том числе по линии ЮНРРА<sup>32</sup>. В секретном письме заместителя председателя объединения «Разноэкспорт» К. Волкова министру внешней торговли А. Микояну сообщалось о поставках в СССР из США на пароходах в составе прочих медицинских грузов в мае-июне 1946 г. пенициллина об-

<sup>28</sup> ГАРФ. Ф. 8009. Оп. 20. Ед. 21. Л. 6—4.

<sup>29</sup> Там же. Л. 14.

<sup>30</sup> Там же. Л. 287—286.

<sup>31</sup> ГАРФ. Ф. 5446. Оп. 48а. Ед. 2630. Л. 14.

<sup>32</sup> UNRRA — сокращение от английского United Nations Relief and Rehabilitation Administration — Администрация помощи и восстановления Объединенных Наций.

<sup>26</sup> ГАРФ. Ф. 6742. Оп. 1. Ед. 237. Л. 15, 35.

<sup>27</sup> Там же. Ед. 257. Л. 2—5.

щим объемом в 102 360 млн окс. ед. (и это только за два месяца)<sup>33</sup>. Следовательно, говорить об отсутствии помощи союзников неправомерно, другое дело, что предоставляться она начала в конце войны.

Таким образом, обращение к архивным источникам позволило прояснить многие факты из истории создания пенициллина и организации его производства в СССР, уточнить хронологию событий, опровергнуть мифы, которые поначалу рождались из необходимости конспирации, из страха не оправдать ожиданий руководства страны, а позднее, в условиях обострения отношений между государствами разных политических систем, из попыток утвердить приоритеты советской науки в обход принципов научной этики.

Исследование не имело спонсорской поддержки.  
Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

#### ЛИТЕРАТУРА

1. Егоров Н. С. Основы учения об антибиотиках. М.: Наука; 2004.
2. Чибилев Х. Ш., Северцев В. А., Чибилев Т. Х. История развития фармацевтического производства в России. М.: Российская академия естествознания; 2006.
3. Семенченко В. Ф. История фармации: учебник для студентов. М.: Альфа; 2010.
4. Данилова Е. А. История развития химико-фармацевтической промышленности. Иваново: Ивановский государственный химико-технологический университет; 2013.
5. Сизенцев А. И., Мисетов И. А., Каримов И. Ф. Антибиотики и химиотерапевтические препараты. Оренбург: Изд-во Оренбургского государственного университета; 2012.
6. Сорокина Т. С. История медицины. Т. 2. М.: Издательский центр «Академия»; 2018.
7. Большая медицинская энциклопедия. 3-е изд. Т. 18. М.: Медицина; 1982. С. 459.

8. Ермольева З. В. Пенициллин. М.; 1946.
9. Бурденко Н. Н. Письма хирургам фронтов о пенициллине. М.; 1945.
10. Доступно по ссылке: <https://medportal.ru/enc/infection/reading/72/>, дата обращения 06.05.2019.
11. Лота В. И. Ключи от ада: атомная эпопея тайного противоборства разведок великих держав. М.; 2009.
12. Доступно по ссылке: <https://litlife.club/books/311704/read?page=1>

Поступила 16.03.2019  
Принята в печать 03.04.2019

#### REFERENCES

1. Egorov N. C. The basis of the doctrine about antibiotics [*Osnovy ucheniya ob antibiotikah*]. Moscow: Nauka; 2004 (in Russian).
2. Chibisov H. S., Severtsev V. A., Chibisov T. H. History of development of pharmaceutical production in Russia [*Istoriya razvitiya farmaceuticheskogo proizvodstva v Rossii*] Moscow: Russian Academy of natural Sciences; 2006 (in Russian).
3. Semenchenko V. F. History of pharmacy: textbook for students [*Istoriya farmacii: uchebnik dlya studentov*] Moscow: Alpha; 2010 (in Russian).
4. Danilova E. A. History of development of the chemical and pharmaceutical industry [*Istoriya razvitiya himiko-farmaceuticheskoy promyshlennosti*]. Ivanovo; 2013 (in Russian).
5. Sizentsev A. I., Misetov I. A., Karimov I. F. Antibiotics and chemotherapy drugs [*Antibiotiki i khimioterapevticheskie preparaty*]. Orenburg: Orenburg state University; 2012 (in Russian).
6. Sorokina T. S. History of medicine [*Istoriya mediciny*]. Vol. 2. Moscow: Publishing center «Academy»; 2018 (in Russian).
7. Great medical encyclopedia [*Bol'shaya medicinskaya enciklopediya*]. 3<sup>rd</sup> ed. Vol. 18. Moscow: Medicine; 1982. P. 459—60 (in Russian).
8. Ermol'eva Z. V. Penicillin [*Penicillin*]. Moscow; 1946 (in Russian).
9. Burdenko N. N. Letters surgeons fronts of penicillin [*Pis'ma hirurgam frontov o penicilline*]. Moscow; 1945 (in Russian).
10. Available from: <https://medportal.ru/enc/infection/reading/72/>, accessed 06.05.2019.
11. Lota V. I. Keys to hell: the atomic epic of the secret confrontation intelligence of the great powers [*Kliuchi ot ada atomnaia epopeia tainogo protivoborstva razvedok velikikh derzhav*]. Moscow; 2009 (in Russian).
12. Available from: <https://litlife.club/books/311704/read?page=1>

<sup>33</sup> ГАРФ. Ф. 5446. Оп. 48а. Ед. 2630. Л. 114.