

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.nriph.ru

Зав. редакцией

Щеглова Татьяна Даниловна

Тел.: +7 (495) 916-29-60

E-mail: 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.

Подписка:

через интернет:
www.akc.ru, www.pressa-rf.ru,
www.pochta.ru

на электронную версию:
elibrary.ru

ISSN 0869-866X. Пробл. соц. гиг., здравоохран. и истории мед. 2019. Т. 27. № 2. 105—211.



Издатель: закрытое акционерное общество «Шико»,

119571, Москва, ул. 26 Бакинских Комиссаров, дом 7, кор. 6.
ОГРН 1027739732822

Переводчик *В. С. Нечаев*

Корректор *И. И. Жданюк*

Сдано в набор 30.01.2019

Подписано в печать 12.04.2019.

Формат 60 × 88%. Печать офсетная. Печ. л. 14. Усл. печ. л. 13,69. Уч.-изд. л. 13,81.

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

2

Том 27

2019

МАРТ—АПРЕЛЬ

РЕДАКЦИОННАЯ КОЛЛЕГИЯ:

Главный редактор:

ЩЕПИН В. О. — член-корр. РАН, д. м. н., проф.

АЛЕКСАНДРОВА О. Ю. — д. м. н., проф.

НЕЧАЕВ В. С. (ответственный секретарь) — д. м. н., проф.

ГАЙДАРОВ Г. М. — д. м. н., проф.

ДЕНИСОВ И. Н. — акад. РАН, д. м. н., проф.

ЗАТРАВКИН С. Н. (зам. главного редактора) — д. м. н., проф.

КАКОРИНА Е. П. — д. м. н., проф.

КОНЦЕВАЯ А. В. — д. м. н., проф.

ЛИНДЕНБРАТЕН А. Л. — д. м. н., проф.

МЕДИК В. А. — член-корр. РАН, д. м. н., проф.

МЕШКОВ Д. О. — д. м. н.

ПАЛЬЦЕВ М. А. — акад. РАН, д. м. н., проф.

ПОДДУБНЫЙ М. В. — к. м. н.

СЕМЕНОВ В. Ю. — д. м. н., проф.

СОН И. М. — д. м. н., проф.

СОРОКИНА Т. С. — д. м. н., проф.

СТАРОДУБОВ В. И. — акад. РАН, д. м. н., проф.

ХАБРИЕВ Р. У. — акад. РАН, д. м. н., проф.

ЧИЧЕРИН Л. П. — д. м. н., проф.

ШЛЯФЕР С. И. — д. м. н., проф.

ЩЕПИН О. П. — акад. РАН, д. м. н., проф.

РЕДАКЦИОННЫЙ СОВЕТ:

Васильев К. К. — д. м. н., проф. (Украина)

Вишняков Н. И. — д. м. н., проф.

Герасименко Н. Ф. — акад. РАН, д. м. н., проф.

Касымова Г. П. — д. м. н., проф. (Казахстан)

Кича Д. И. — д. м. н., проф.

Красненков В. Л. — д. м. н., проф.

Лучкевич В. С. — д. м. н., проф.

Низамов И. Г. — д. м. н., проф.

Полунина Н. В. — член-корр. РАН, д. м. н., проф.

Решетников А. В. — акад. РАН, д. м. н., проф.

Салакс Ю. Ю. — д. м. н., проф. (Латвия)

Саурина О. С. — д. м. н., проф.

Царик Г. Н. — д. м. н., проф.

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

Managing editor

Scheglova T. D.

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

E-mail: ttcheglova@gmail.com

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

Subscription via the Internet:
www.akc.ru, www.pressa-rf.ru,
www.pochta.ru

Subscription to the electronic version of the
journal: 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

2

Volume 27

2019

MARCH—APRIL

EDITORIAL BOARD:

Editor-in-Chief:

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

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

NECHAEV V. S. (executive secretary) — MD, PhD, DSc, prof.

GAIDAROV G. M. — MD, PhD, DSc, prof.

DENISOV I. N. — academician of RAS, MD, PhD, DSc, prof.

ZATRAVKIN S. N. (deputy Editor-in-Chief) — MD, PhD, DSc, prof.

KAKORINA Ye. P. — MD, PhD, DSc, prof.

KONTSEVAIA A. V. — MD, PhD, DSc, prof.

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

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

MESHKOV D. O. — MD, PhD, DSc

PALTSEV M. A. — academician of RAS, MD, PhD, DSc, prof.

PODDUBNIY M. V. — MD, PhD

SEMENOV V. Yu. — MD, PhD, DSc, prof.

SON I. M. — MD, PhD, DSc, prof.

SOROKINA T. S. — MD, PhD, DSc, prof.

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

CHICHERIN L. P. — MD, PhD, DSc, prof.

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

SHLIAFER S. I. — MD, PhD, DSc, prof.

SCHEPIN O. P. — academician of RAS, MD, PhD, DSc, prof.

EDITORIAL COUNCIL:

Vasiliyev K. K. — MD, PhD, DSc, prof.

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

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

Kasimova G. P. — MD, PhD, DSc, prof.

Kitcha D. I. — MD, PhD, DSc, prof.

Krasnenkov V. L. — MD, PhD, DSc, prof.

Luchkevich V. S. — MD, PhD, DSc, prof.

Nizamov I. G. — MD, PhD, DSc, prof.

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

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

Salaks Yu. Yu. — MD, PhD, DSc, prof.

Saurina O. S. — MD, PhD, DSc, prof.

Tzarik G. N. — MD, PhD, DSc, prof.

Здоровье и общество

Щепин В. О., Тельнова Е. А., Проклова Т. Н. Состояние и проблемы лекарственного обеспечения льготных категорий граждан	108
Елисеева Ю. В. Медико-социальные аспекты сохранения здоровья подростков	113
Савина А. А., Леонов С. А., Сон И. М., Михайлова Ю. В., Фейгина С. И., Кудрина В. Г. Основные тенденции первичной заболеваемости населения в субъектах Российской Федерации в 2008—2017 гг.	118
Аскаророва З. Ф., Давлетшин Р. А., Аскаророва Р. А. Тенденции инвалидности взрослого и детского населения в Республике Башкортостан (2000—2015)	123
Согияйнен А. А., Чичерин Л. П., Щепин В. О. Региональные особенности качества жизни граждан призывного возраста	128
Сагина О. В., Забалуева Э. Ю., Несяева Е. В. Состояние стоматологического здоровья женщин при некоторых гинекологических заболеваниях	131
Сандаков Я. П., Кочубей А. В. Комплаентность больных, находящихся под диспансерным наблюдением	135
Семенова Н. Б. Трансформация бурятских семей как фактор, определяющий здоровье популяции	139

Реформы здравоохранения

Линденбратен А. Л., Чувакин П. П., Гришина Н. К., Сaitгареев Р. Р., Значкова Е. А., Атаева Н. Б. Оценка эффективности медицинских организаций, оказывающих первичную медико-санитарную помощь в условиях подушевого финансирования	144
Роцин Д. О., Плутницкий А. Н. Нормативное регулирование и практика воздействия на недобросовестных участников медицинского и фармацевтического рынка в сети Интернет	147
Калининская А. А., Сон И. М., Шляфер С. И. Проблемы и перспективы развития сельского здравоохранения	152
Кинчагулова М. В., Брынза Н. С., Горбунова О. П., Сунгатуллина Л. А. Мотивация участников программы «Земский доктор» в Тюменской области и оценка их удовлетворенности условиями труда и жизни в сельской местности	158
Шипова В. М., Гриднев О. В., Вартанян Э. А. Актуальные проблемы планирования объема акушерско-гинекологической помощи	163
Салманов Ю. М., Сульдин А. М., Брынза Н. С. О переадресации вызовов службы скорой медицинской помощи по поводу неотложных состояний в территориальные медицинские организации	167
Ильинцев Е. В., Ильинцева Е. О., Пономарев С. Б. Организация медицинской пропаганды среди личного состава уголовно-исполнительной системы Российской Федерации	170
Магомедова З. А., Петрова И. А., Нецаев В. С. Медико-этические аспекты организации медицинской реабилитации	174

Образование и кадры

Мигунова Ю. В., Садыков Р. М. Кадровое обеспечение медицинских организаций в Республике Башкортостан	177
Сибурин Т. А., Волнухин А. В., Резе А. Г. Внутриорганизационное обучение в амбулаторно-поликлинических организациях	182
Масякин А. В. Модернизация кадрового обеспечения психиатрической службы г. Москвы в 2010—2017 гг.	187
Иванова М. А., Сачек О. И., Люцко В. В., Оськов Ю. И., Голубев Н. А. Обеспеченность врачами-инфекционистами в Российской Федерации в 2013—2017 гг.	192

История медицины

Коноплева Е. Л., Остапенко В. М. Условия труда земского медицинского персонала Смоленской губернии в начале XX в.	196
Косолапов А. Б., Кикун П. Ф., Маслов Д. В., Ананьев В. Ю. История санитарного дела и санитарно-эпидемиологической службы Приморского края	200
Васина Т. А. Организация медицинской помощи в горнозаводских округах Камско-Вятского региона в дореформенный период (конец XVIII — первая половина XIX в.)	204
Памяти Олега Прокопьевича Щепина	210

Health and Society

Shchepin V. O., Telnova E. A., Proklova T. N. The state and problems of pharmaceutical support of preferential categories of citizen	108
Eliseeva Iu. V. The medical social aspects of adolescents' health maintenance	113
Savina A. A., Leonov S. A., Son I. M., Mihailova Iu. V., Feiginova S. I., Kudrina V. G. The main trends in primary morbidity of population in the subjects of the Russian Federation in 2008—2017	118
Askarova Z. F., Davletshin R. A., Askarov R. A. The trends in disability of adult and children population of the Republic of Bashkortostan in 2000—2015	123
Sogiyainen A. A., Chicherin L. P., Shchepin V. O. The regional characteristics of quality of life of citizen of military age	128
Sagina O. V., Zabalueva E. Iu., Nesiaeva E. V. The condition of stomatological health in women under particular gynecological diseases	131
Sandakov Ia. P., Kochubei A. V. The compliance of patients under dispensary observation	135
Semenova N. B. The transformation of Buryat families as a factor determining population health	139

Health Care Reforms

Lindenbraten A. L., Chuvatkin P. P., Grishina N. K., Saitgareev R. R., Znachkova E. A., Ataeva N. B. The evaluation of efficiency of medical organizations providing primary medical sanitary care in conditions of capitation financing	144
Roshchin D. O., Plutneytckii A. N. The standard regulation and practice of pressure on unfair participants of medical and pharmaceutical market in the Internet	147
Kalininskaia A. A., Son I. M., Shliafer S. I. The problems and perspectives of development of rural health care	152
Kinchagulova M. V., Brynza N. S., Gorbunova O. P., Sungatullina L. A. The motivation of participants of the "Zemstvo doctor" program in the Tyumen oblast and evaluation of their satisfaction with conditions of work and life in rural territory	158
Shipova V. M., Gridnev O. V., Vartanjan E. A. The actual problems of planning of volume of obstetrics gynecological care	163
Salmanov Iu. M., Suldin A. M., Brynza N. S. About redirection of calls of acute medical care service because of emergency conditions in territorial medical organizations	167
Ilintcev E. V., Ilintceva E. O., Ponomarev S. B. The organization of medical propaganda among crew of penal executive system of Russian Federation	170
Magomedova Z. A., Petrova I. A., Nechaev V. S. The medical ethical aspects of organization of medical rehabilitation	174

Education and Personnel

Migunova Iu. V., Sadykov R. M. The personnel support of medical organizations in the Republic of Bashkortostan	177
Siburina T. A., Volnuhin A. V., Reze A. G. The intraorganizational training in ambulatory polyclinic organizations	182
Masiakin A. V. The modernization of personnel support of the Moscow psychiatric service in 2010—2017	187
Ivanova M. A., Sachek O. I., Liutcko V. V., Oskov Iu. I., Golubev N. A. The provision with infectiologists in the Russian Federation in 2013—2017	192

History of Medicine

Konoplyova E. L., Ostapenko V. M. The conditions of work of Zemstvo medical personnel in the Smolensk gubernia in the beginning of XX century	196
Kosolapov A. B., Kiku P. F., Maslov D. V., Ananьев V. Iu. The history of sanitary epidemiological service of the Primorskiy Krai	200
Vasina T. A. The organization of medical care in the mining and smelting okrugs of the Kama Vyatka region in the pre-reform period (end of XVIII — first half of XIX centuries)	204
To the memory of Oleg Prokopyevich Schepin	210

Здоровье и общество

© Коллектив авторов, 2019
УДК 614.27:364.444

Щепин В. О., Тельнова Е. А., Проклова Т. Н.

СОСТОЯНИЕ И ПРОБЛЕМЫ ЛЕКАРСТВЕННОГО ОБЕСПЕЧЕНИЯ ЛЬГОТНЫХ КАТЕГОРИЙ ГРАЖДАН

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

Программа дополнительного льготного лекарственного обеспечения отдельных категорий граждан на федеральном уровне функционирует с 2005 г. За это время она оказала серьезное влияние на качество лекарственного обеспечения, доступность лекарственных средств, развитие фармацевтического рынка в целом, однако интерес к ней остался прежним. В статье представлен анализ состояния лекарственного обеспечения отдельных категорий граждан за 2017—2018 гг. и выявленные при этом проблемы, требующие решения. Установлено, что в подавляющем большинстве случаев проблемы с лекарственным обеспечением носят организационный характер: снижение объемов, в том числе недостатки в закупке и логистике поставок, несвоевременное проведение аукционов, некорректное составление заявок, недостаточный контроль за управлением товарными запасами со стороны органов управления здравоохранением; неэффективное использование уже закупленных лекарственных препаратов, в результате чего возникают проблемы с доступностью лекарственных средств.

Для анализа и подготовки статьи использовались открытые данные официальных сайтов Минздрава и Росздравнадзора.

Ключевые слова: программа льготного лекарственного обеспечения; отдельные категории граждан; лекарственные средства; лекарственные препараты; высокочатратные нозологии; доступность лекарственного обеспечения; жизненно необходимые и важнейшие лекарственные средства; рецепты; наркотические средства.

Для цитирования: Щепин В. О., Тельнова Е. А., Проклова Т. Н. Состояние и проблемы лекарственного обеспечения льготных категорий граждан. Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. 2019;27(2):108—112. DOI: <http://dx.doi.org/10.32687/0869-866X-2019-27-2-108-112>

Для корреспонденции: Тельнова Елена Алексеевна, д-р фарм. наук., главный научный сотрудник, e-mail: telnovaea@yandex.ru.

Shchepin V. O., Telnova E. A., Proklova T. N.

THE STATE AND PROBLEMS OF PHARMACEUTICAL SUPPORT OF PREFERENTIAL CATEGORIES OF CITIZEN

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

The Federal program of supplementary preferential pharmaceutical support of particular categories of citizen functions since 2005. During this period, it seriously impacted on quality of pharmaceutical support, accessibility of medications, development of pharmaceutical market in general. The article presents analysis of state of pharmaceutical support of particular categories of citizen during 2017—2018. The established problems requiring solution are discussed too.

It is established that in majority of cases the problems with pharmaceutical support have organizational specificity. The health care authorities allow decreasing of volumes including shortcomings in purchase and logistic of deliver, untimely holding of auctions, inconsistent compiling of applications and insufficient control of trade stock management. The problems with accessibility of pharmaceuticals occur because of inefficient application of already bought items. The open access data of official web-site of Minzdrav of Russia and Roszdravnadzor were used for analysis and preparation of article.

Keywords: preferential pharmaceutical support; preferential categories of citizen; pharmaceuticals; medications; money-losing nosologies; accessibility of pharmaceutical support; vitally needed and most important pharmaceuticals; prescriptions; narcotic drugs.

For citation: Shchepin V. O., Telnova E. A., Proklova T. N. The state and problems of pharmaceutical support of preferential categories of citizen. *Problemi socialnoi gigieni, zdravookhraneniya i istorii meditsini*. 2019;27(2):108—112 (In Russ.). DOI: <http://dx.doi.org/10.32687/0869-866X-2019-27-2-108-112>

For correspondence: Telnova E. A., doctor of pharmacological sciences, chief researcher of the Federal State Budget Scientific Institution “The N. A. Semashko National Research Institute of Public Health”. e-mail: telnovaea@yandex.ru

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

Acknowledgment. The study had no sponsor support

Received 21.06.2018
Accepted 20.09.2018

Программа льготного лекарственного обеспечения (ЛО) отдельных категорий граждан серьезно повлияла на решение вопросов доступности лекарственных средств (ЛС), а также на развитие фармацевтического рынка в России в целом.

Работа по совершенствованию ЛО населения продолжается постоянно, вопрос льготного ЛО остается актуальным.

Материалы и методы

Национальным научно-исследовательским институтом общественного здоровья им. Н. А. Семашко проанализировано состояние льготного ЛО граждан Российской Федерации.

В настоящее время ЛО населения Российской Федерации производится в рамках территориальных программ государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи за счет средств различных уровней бюджетной системы Российской Федерации, в том числе:

- средств обязательного медицинского страхования на стационарном этапе оказания медицинской помощи (в том числе при оказании высокотехнологичных видов медицинской помощи);
- средств федерального бюджета, выделяемых в том числе в рамках реализации Федерального закона от 17.07.1999 № 178-ФЗ «О государственной социальной помощи»;
- централизованных закупок Минздрава России в рамках реализации постановления Правительства Российской Федерации от 26.12.2011 № 1155 «О закупках лекарственных препаратов, предназначенных для обеспечения лиц, больных гемофилией, муковисцидозом, гипофизарным нанизмом, болезнью Гоше, злокачественными новообразованиями лимфоидной, кроветворной и родственных им тканей, рассеянным склерозом, лиц после трансплантации органов и(или) тканей», а также оказания медицинской помощи лицам, инфицированным вирусами иммунодефицита человека, в том числе в сочетании с вирусами гепатитов В и(или) С;
- средств бюджетов субъектов Российской Федерации в рамках реализации постановления Правительства Российской Федерации от 30.07.1994 № 890 «О государственной поддержке развития медицинской промышленности и улучшении обеспечения населения и учреждений здравоохранения лекарственными средствами и изделиями медицинского назначения»;
- средств Фонда социального страхования в части компенсации расходов на лекарственные препараты (ЛП), приобретенные в рамках индивидуальных программ реабилитации инвалидов;
- социальных налоговых вычетов налогоплательщикам, оплатившим за счет собственных средств ЛП, назначенные лечащим врачом налогоплательщику или его супругу (супруге), родителям и(или) детям в возрасте до 18 лет и приобретенные в порядке, установленном п. 3 ст. 219 Налогового Кодекса Российской Федерации.

Результаты исследования

В 2017 г. на закупку лекарств для льготных категорий граждан было потрачено 115,4 млрд руб., что на 6,6% больше, чем в 2016 г. В то же время сохранилась тенденция к сокращению объемов реализации ЛС в упаковках. Так, в 2017 г. было закуплено 80,0 млн упаковок (–1% относительно 2016 г.). Если рассматривать отдельно две части программы — обеспечение необходимыми лекарственными средствами (ОНЛС) отдельных категорий граждан и высокозатратные нозологии (ВЗН), то можно отметить, что в 2017 г. впервые доля ВЗН превысила объемы финансирования программы ОНЛС (51,2% против 47,6% в 2016 г.). В натуральном выражении объем потребления ЛП по программе ВЗН также резко вырос: он составил порядка 4,8 млн упаковок, что на 33,4% больше, чем в 2016 г. На программу ОНЛС в 2017 г. было потрачено 56,4 млрд руб., что на 0,6% меньше, чем в 2016 г. При этом доля подпрограммы ОНЛС в общем объеме льготного ЛО сократилась на 3,6% и составила 48,8%. В натуральном выражении сохраняется тенденция к снижению объемов закупки: было реализовано около 75,2 млн упаковок, что на 2,6% меньше, чем в 2016 г. В результате средневзвешенная стоимость одного рецепта выросла на 2% и составила 749,3 руб.

По данным органов управления здравоохранением субъектов Российской Федерации, по состоянию на 30.04.2018 на территории Российской Федерации в реализации государственных программ льготного ЛО задействованы 10 196 пунктов отпуска ЛП (из них 3830 ФАП), 8425 медицинских организаций, 236 260 врачей и 18 725 фельдшеров, осуществляющих выписку ЛП.

В рамках осуществления субъектами Российской Федерации переданных полномочий по организации льготного ЛО отдельных категорий граждан в регионы поставлены ЛП на общую сумму 14 696 554 тыс. руб.

В рамках реализации постановления Правительства Российской Федерации от 26.12.2011 № 1155 по состоянию на 30.04.2018 выписаны и обеспечены 280 889 рецептов на общую сумму 14 200 142 тыс. руб., из них 2330 рецептов на сумму 94 022 тыс. руб. обеспечены за счет средств региональных бюджетов.

На отсроченном обеспечении находятся 39 рецептов.

В рамках реализации органами государственной власти субъектов Российской Федерации переданных полномочий Российской Федерации по организации льготного ЛО отдельных категорий граждан выписаны и обеспечены 15 233 270 рецептов на сумму 21 438 052 тыс. руб., 3 040 256 из них на сумму 9 249 849 тыс. руб. обеспечены за счет средств региональных бюджетов.

На отсроченном обеспечении находятся 7703 рецепта. Доля рецептов, находящихся на отсроченном обеспечении, составляет 0,05% предъявленных в аптечные организации.

Финансирование льготного лекарственного обеспечения по состоянию на 12.03.2018 г.

Год	Норматив, руб.		Финансирование, тыс. руб.			Затраты фактические, мониторинг, тыс. руб.	
	субвенции	с учетом трансфертов	субвенции	трансферты	всего	федеральные	региональные
2016	758	1073,1	33 005 081	13 720 000	46 725 081	45 191 802	71 155 797
2017	807,2	1080,7	34 271 279	11 613 294	45 884 573	40 864 902	82 550 958
2018	823,4	1125,5	31 651 453	11 613 294	43 264 747	6 528 452	14 957 355

Наибольшее количество рецептов на отсроченном обеспечении (в абсолютных показателях) выписывается:

в Алтайском крае — 1498 (0,84% общего количества рецептов, предъявленных в аптечные учреждения);

в Москве — 820 (0,02%);

в Московской области — 502 (0,12%);

в Республике Башкортостан — 480 (0,37%);

в Удмуртской Республике — 258 (0,41%);

в Архангельской области — 257 (0,14%);

в Республике Карелия — 203 (0,24%);

в Республике Мордовия — 192 (0,87%);

в Севастополе — 188 (0,82%);

в Республике Алтай — 186 (0,74%);

в Республике Бурятия — 175 (0,28%);

в Калужской области — 162 (0,12%);

в Курской области — 149 (0,16%);

в Вологодской области — 149 (0,16%).

Таким образом, программа работает, однако при кажущейся стабильности ее реализации есть индикаторы, которые показывают, что общая ситуация с ЛО отдельных категорий граждан в настоящее время вызывает серьезное беспокойство.

В соответствии с Федеральным законом от 19.12.2016 № 422-ФЗ норматив финансовых затрат в месяц на одного льготополучателя установлен в размере 807,2 руб. (в 2016 г. — 758 руб.; в 2018 г. — 823,4 руб.; см. таблицу).

Обсуждение

По итогам 2017 г. в 26 субъектах Российской Федерации наблюдалось снижение объемов затрат региональных бюджетов на льготное ЛО по отношению к 2016 г., наиболее заметное (более 10%) в Калужской (16%), Астраханской (11%), Кировской (18%), Оренбургской (18%) областях, республиках Башкортостан (12%), Мордовия (25%), Дагестан (34%), Кабардино-Балкарская (54%), Удмуртская (31%) и Чувашская (15%) республиках, Красноярском (20%) и Алтайском (17%) краях.

Объем средств, предусмотренных в федеральном бюджете в виде субвенций бюджетам субъектов Российской Федерации на осуществление переданных полномочий по организации льготного ЛО, определяется исходя из численности граждан, включенных в Федеральный регистр лиц, имеющих право на получение государственной социальной помощи (далее — Федеральный регистр) и не отказавшихся от получения социальной услуги в виде обеспечения ЛП, а также устанавливаемого ежегодно норматива финансовых затрат в месяц на одного гражданина.

Необходимо отметить, что доля граждан, отказавшихся от набора социальных услуг, на 2018 г. составила 76% (11 746 596 человек) общей численности граждан, включенных в Федеральный регистр. При этом в Брянской, Орловской Тульской и Рязанской областях данный показатель составил более 90%. Еще в 26 субъектах Российской Федерации отказом от получения набора социальных услуг воспользовались 80—90% граждан. Наименьшее количество отказов отмечено в регионах Дальневосточного федерального округа, Севастополе (49%), Ненецком автономном округе (26%) и Республике Тыва (49%).

Подобная ситуация оказывает существенную нагрузку на бюджеты субъектов Российской Федерации, выполняющих вышеуказанные социальные обязательства со стороны государства, где граждане фактически могут получать и лекарственные, и денежные средства.

Одним из недостатков существующей системы ЛО является отсутствие разграничения расходных обязательств федерального и региональных бюджетов, в том числе в зависимости от социальной категории льготополучателя, категории заболевания, а также обязательных перечней ЛП.

Один из основных критериев доступности ЛО — это обращения граждан (в том числе в федеральные органы исполнительной власти). Так, в 2017 г. в центральный аппарат Росздравнадзора поступило 8759 обращений граждан по вопросам ЛО (28% от общего количества обращений), что на 25% больше аналогичного показателя 2016 г. (6025 обращений).

Наибольшее количество обращений в расчете на 100 тыс. населения поступило из Севастополя (26,2), Московской (17,8), Ульяновской (17,1), Мурманской (14,2), Псковской (12,2) областей, Республики Мордовия (11,4), Калининградской (11,2), Орловской (11,1) областей, Республики Хакасия (10,9), Волгоградской области (10,8), Краснодарского края (10,6) и Кировской области (10,2).

Подавляющее большинство обращений затрагивало вопросы отсутствия необходимых ЛП в аптечных организациях (56,3%), отказов в выписке рецептов (26,5%), длительного отсроченного обеспечения (6,9%), синонимической замены (5,2%), обеспечения анальгетиками, в том числе наркотическими (6,7%), отсутствия препарата в перечне жизненно необходимых и важнейших лекарственных препаратов (ЖНВЛП) (1,4%). Кроме того, 1,4% поступивших обращений затрагивали вопросы применения цен на ЛП. В разрезе нозологических форм заболеваний наибольшее количество обращений касалось предоставления ЛП для лечения диабета (29,5%), онколо-

Здоровье и общество

гических заболеваний (10,6%), бронхиальной астмы (3,2%), болезней психоневрологического профиля (3,4%). По состоянию на 30.04.2018 в центральный аппарат Росздравнадзора поступило 3982 обращения граждан по вопросам ЛО (32% всех обращений). Большинство (70,4%) обращений, как и в прошлом году, затрагивало вопросы отсутствия необходимых ЛП в аптечных организациях, отказов в выписке рецептов (22,9%) и длительного отсроченного обеспечения (6,8%).

Наибольшее количество обращений в расчете на 100 тыс. населения в 2018 г. поступало из Калининградской (6,4), Московской (5,8), Ульяновской (5,2) областей, Севастополя (4,1), Псковской (3,6), Курской (3,6) областей, Алтайского края (2,9), Тамбовской (2,8) и Рязанской (2,6) областей.

В аптечных организациях отмечен ограниченный ассортимент ЛП, недостаточный для исполнения заявки медицинских организаций в полном объеме и своевременного получения пациентами ЛП по выписанным рецептам (Мурманская, Амурская, Смоленская, Калужская, Владимирская, Тверская и Орловская области, Республика Коми, Республика Дагестан).

Крайне ограниченный ассортимент наркотических и психотропных ЛП по ряду наименований в Тверской, Вологодской, Орловской и Мурманской областях, Республике Коми создает угрозу вследствие неадекватной обезболивающей терапии. В Смоленской и Мурманской областях отмечена низкая доступность ЛО пациентов, в том числе наркотических средств для льготных категорий граждан, что свидетельствует о неисполнении распоряжения Правительства Российской Федерации от 01.07.2016 № 1403-р по повышению доступности наркотических средств и психотропных веществ для использования в медицинских целях и нарушает права граждан на доступную медицинскую помощь, предусмотренную Федеральным законом от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации».

Ассортиментная доступность достигается закупками, осуществляемыми субъектами бюджетной системы Российской Федерации для государственных и муниципальных нужд в рамках территориальных программ государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи, в том числе организации льготного ЛО за счет средств региональных бюджетов, ЛС в соответствии с обязательными перечнями ЛС, утвержденными Правительством Российской Федерации. При этом постановлением Правительства Российской Федерации от 30.07.1994 № 890 «О государственной поддержке развития медицинской промышленности и улучшении обеспечения населения и учреждений здравоохранения лекарственными средствами и изделиями медицинского назначения» обязанности по ЛО отдельных групп населения, либо лиц, страдающих определенными видами заболеваний, независимо от наличия у гражданина права на набор социальных услуг в соответствии с Федеральным законом от 17.07.1999

№ 178-ФЗ «О государственной социальной помощи», возложена на региональные бюджеты (включая обеспечение препаратами, не включенными в перечень ЖНВЛП, федеральной льготы, а также ЛП, не зарегистрированных для медицинского применения на территории Российской Федерации по жизненным показаниям). Анализ территориальных программ государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи (ТППГ) субъектов Российской Федерации на 2017 г., показал, что в 64 регионах Перечень ЛП, отпускаемых населению в соответствии с перечнем групп населения и категорий заболеваний, при амбулаторном лечении которых ЛС и изделия медицинского назначения отпускаются по рецептам врачей бесплатно, а также в соответствии с перечнем групп населения, при амбулаторном лечении которых ЛС отпускаются по рецептам врачей с 50% скидкой, не соответствует Перечню на 2017 г., утвержденному распоряжением Правительства Российской Федерации от 28.12.2016 № 2885-р. При этом в 50 регионах в ТППГ были включены препараты, не входящие в ЖНВЛП, в 17 регионах в Перечень были включены ЛП по торговым наименованиям. В 41 субъекте Российской Федерации в ТППГ не предусмотрен Перечень ЛП для оказания медицинской помощи в стационарных условиях. Только в 31 регионе при наличии в ТППГ данного Перечня он соответствует ЖНВЛП. Так в Пермском крае — это 135 наименований ЖНВЛП. В 16 регионах в указанный Перечень включены ЛП, не входящие в ЖНВЛП (в 6 регионах — по торговым наименованиям).

В то же время имеет место списание невостребованных ЛП по причине истечения срока годности. Случаи списания ЛП, поставленных в регионы в рамках реализации постановления Правительства Российской Федерации от 26.12.2011 № 1155, установлены в Рязанской области и Севастополе.

Одним из индикаторов, наглядно характеризующих ситуацию с ЛО, является положение с так называемыми непредъявленными (разница между выписанными и обслуженными) рецептами. По данным мониторинга, на 30.04.2018 г. выписано 14 659 186 рецептов, 14 344 155 обслужено, 315 070 не предъявлено. По состоянию на 07.05.2018 г. непредъявленных рецептов уже 821 781 (15 194 519 выписано минус 14 372 738 обслужено). Имеет место тенденция к увеличению количества подобных рецептов, в связи с чем их количество нельзя не учитывать.

Причин такого количества непредъявленных рецептов может быть несколько: отсутствие необходимого препарата в аптеке; отказ в приеме рецепта на обеспечение; недостоверные данные органа управления здравоохранением.

Предоставление органами управления здравоохранением субъектов Российской Федерации недостоверных сведений в части количества выписанных, обслуженных, а также зарегистрированных на отсроченном обеспечении рецептов имеет место в Смоленской, Рязанской, Тульской, Брянской, Волго-

градской, Калужской, Амурской областях, Чеченской Республике.

Так, на территории Ульяновской области было установлено, что более 45 тыс. рецептов (около 13% общего количества выписанных в рамках реализации региональными органами государственной власти переданных полномочий Российской Федерации в части ЛО отдельных категорий граждан) не были обеспечены ЛП в связи с окончанием срока действия рецепта, при этом в официальной отчетности Министерства здравоохранения, семьи и социального благополучия Ульяновской области данные показатели отсутствовали.

Существуют сложности в отношении преемственности лекарственной терапии при переходе от стационарного (особенно федерального) на амбулаторный уровень, в том числе дорогостоящими препаратами и препаратами не основного профиля на региональном уровне.

Невозможность получения необходимого ЛП в регионе по месту жительства вынуждает граждан к перемещению в другие регионы, где такая лекарственная помощь оказывается и обеспечена доступность федеральных центров высокотехнологичной медицинской помощи.

В подавляющем большинстве случаев выявляемые проблемы с ЛО носят организационный характер:

- недостатки в закупке и логистике поставок ЛП;
- несвоевременное проведение аукционов (Чеченская Республика и Республика Коми);
- некорректное составление заявки;
- недостаточный контроль за управлением товарными запасами со стороны органов управления здравоохранения;
- неэффективное использование закупленных ЛС, в том числе списание невостребованных ЛП по причине истечения срока годности, в том числе случаи списания ЛП, поставленных в регионы в рамках реализации постановления Правительства Российской Федерации от 26.12.2011 № 1155 (Рязанская область и Севастополь);
- отсутствие единой информационной системы, обеспечивающей взаимодействие органов управления здравоохранением региона, медицинского информационно-аналитического центра, медицинских и фармацевтических организаций, участвующих в ЛО, а также сопровождение рецепта с момента выписки до получения ЛП пациентом;
- низкая физическая доступность ЛО для жителей удаленных и труднодоступных районов, что в отдельных случаях приводит к невозможности получения пациентами своевременной лекарственной помощи;
- случаи отказов в выписке рецептов на ЛП, назначенные по медицинским показаниям;
- несвоевременное обеспечение ЛП по выписанным рецептам, что является нарушением тре-

- бований приказа Минздравсоцразвития России от 29.12.2004 № 328;
- отказы в постановке на отсроченное обслуживание при отсутствии ЛП в аптеке, что является нарушением требований приказа Минздравсоцразвития России от 11.07.2017 № 403н;
- предоставление органами управления здравоохранением субъектов Российской Федерации недостоверных сведений в части количества выписанных и обслуженных рецептов, а также рецептов, зарегистрированных на отсроченном обеспечении;
- низкая физическая доступность ЛО для жителей удаленных и труднодоступных районов, что в отдельных случаях приводит к невозможности получения пациентами своевременной лекарственной помощи;
- низкая доступность обеспечения обезболивающими ЛП по льготным рецептам в отдельных районах сельской местности;
- нарушения в отдельных медицинских организациях в работе врачебных комиссий по оценке качества, обоснованности и эффективности лечебно-диагностических мероприятий;
- формальная работа в части решения вопросов назначения ЛП и коррекции лечения, оформления медицинской документации;
- нарушение требований приказа Минздрава России от 20.12.2012 № 1175н «Об утверждении порядка назначения и выписывания лекарственных препаратов».

Большинство системных недостатков, приведших к сложившейся неблагоприятной ситуации, отмечались ранее неоднократно

Выводы

1. В ряде субъектов вопросам ЛО населения не уделяется должного внимания в результате чего пациенты выходят из программы.

2. В ряде регионов не выполняются переданные полномочия по организации ЛО отдельных категорий граждан, результатом чего становится снижение доступности ЛО отдельных категорий граждан необходимыми ЛС.

Полученные данные позволяют утверждать, что назрели серьезные изменения и программа требует совершенствования.

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

ЛИТЕРАТУРА

1. Официальный Интернет-портал Росстата. http://www.gks.ru/free_doc/doc_2017/zdrav17.pdf
2. Официальный сайт roszdravnadzor.msk-i.ru

Поступила 21.06.2018
Принята в печать 20.09.2018

REFERENCES

1. The official Internet portal of the Rosstat. [*Ofitsialnyi internet-portal Rosstata*]. http://www.gks.ru/free_doc/doc_2017/zdrav17.pdf (in Russian).
2. Official website [*Ofitsialnyi sait*] roszdravnadzor.msk-i.ru

Елисеева Ю. В.

МЕДИКО-СОЦИАЛЬНЫЕ АСПЕКТЫ СОХРАНЕНИЯ ЗДОРОВЬЯ ПОДРОСТКОВ

ФГБОУ ВО «Саратовский государственный медицинский университет им. В. И. Разумовского» Минздрава России, 410012, г. Саратов

Проведено сравнительное изучение общих закономерностей и особенностей влияния медико-социальных факторов и образа жизни на отдельные показатели здоровья подростков 15—17 лет, посещающих различные учебные организации. Установлено, что учащиеся старшего подросткового возраста объединяет специфический образ жизни, характеризующийся высокой продолжительностью использования компьютера, низкой двигательной активностью, широкой распространенностью вредных привычек, дефицитом основных питательных веществ в рационе. Выявлены более высокие показатели личностной и реактивной тревожности среди школьников по сравнению с учащимися техникума. Определена количественная оценка жалоб подростков на самочувствие.

К л ю ч е в ы е с л о в а: подростки; образ жизни; медико-социальные факторы; физическое развитие; тревожность; самочувствие.

Для цитирования: Елисеева Ю. В. Медико-социальные аспекты сохранения здоровья подростков. Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. 2019;27(2):113—117. DOI: <http://dx.doi.org/10.32687/0869-866X-2019-27-2-113-117>

Для корреспонденции: Елисеева Юлия Викторовна, канд. мед. наук, доцент кафедры общей гигиены и экологии ФГБОУ ВО «Саратовский государственный медицинский университет им. В. И. Разумовского» Минздрава России, e-mail: eliseeva-gig@mail.ru

Eliseeva Iu. V.

THE MEDICAL SOCIAL ASPECTS OF ADOLESCENTS' HEALTH MAINTENANCE

The Federal State Budget Educational Institution of Higher Education “The V. I. Razumovsky Saratov State Medical University” of Minzdrav of Russia, 410012, Saratov, Russia

The study was carried out analyzing common patterns and features of effect of medical social factors and life-style to particular indices of health of adolescents aged 15—17 years attending various educational organizations. It is established that students of elder adolescent age are cooperated on the basis of particular life-style, characterized by long duration of using computer, low motional activity, wide prevalence of bad habits, deficiency of basic nutrients in diet. The study established high indices of personal and reactive anxiety among school children as compared with students of technical school. The quantitative evaluation of adolescents' complaints about general state feelings.

К e y w o r d s: adolescents; life-style; medical social factors; physical development; anxiety; general state feeling.

For citation: Eliseeva Iu.V. The medical social aspects of adolescents' health maintenance. *Problemi socialnoi gigieni, zdravookhraneniya i istorii meditsini*. 2019;27(2):113—117 (In Russ.). DOI: <http://dx.doi.org/10.32687/0869-866X-2019-27-2-113-117>

For correspondence: Eliseeva Iu.V, candidate of medical sciences, associate professor of the Chair of common hygiene and ecology of the Federal State Budget Educational Institution of Higher Education “The V. I. Razumovsky Saratov State Medical University”. e-mail: eliseeva-gig@mail.ru

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

Acknowledgment. The study had no sponsor support

Received 20.04.2017
Accepted 25.05.2017

В последние годы состояние здоровья детей и подростков ухудшается и рассматривается как угрожающее национальной безопасности страны. Наибольшее распространение морфофункциональных отклонений и хронических заболеваний отмечается среди современных подростков [1—3]. Негативные сдвиги в состоянии здоровья детей подросткового возраста уже привели к серьезным медико-социальным последствиям — ухудшению репродуктивного здоровья, ограничению возможности получения профессионального образования, уменьшению числа юношей, годных к военной службе [4—6]. Острота проблем, связанных с формированием здоровья подростков, обусловлена и тем, что в этом возрасте интенсивные ростовые процессы совпадают с новыми социальными нагрузками: изменением образа жизни и поведения, необходимостью профессионального самоопределения. Формирование акцентуации личности, недостаточность самооценки и само-

регуляции поведения повышают риск психологической дезадаптации, формирования невротических нарушений на фоне крайней чувствительности к социальным факторам и повышенной распространенности поведенческих факторов риска [4, 7]. В сопровождении многочисленных интенсифицирующих факторов современного образовательного пространства ведущим ограничением жизнедеятельности подростков является способность к обучению [1]. Это еще раз подчеркивает необходимость проведения своевременной первичной и вторичной профилактики среди подростковой группы населения, формирования здоровой окружающей среды и образа жизни [3, 8, 9].

Целью исследования явилось изучение взаимосвязи образа жизни, процессов формирования гигиенической активности и показателей здоровья у подростков 15—17 лет, посещающих различные образовательные организации.

Материалы и методы

Анализ медико-социальных факторов и образа жизни проводился на основании анкетирования 15—17-летних учащихся трех общеобразовательных школ ($n=489$) и учебного заведения среднего профессионального образования «Саратовский техникум железнодорожного транспорта» ($n=290$). В ходе анкетного опроса изучены жилищно-бытовые условия, организация режима дня, питания, двигательной активности, поведенческие факторы риска. У учащихся, подверженных регулярному табакокурению, определялся курительный статус (тест К. Фагерстрема), тип курительного поведения (анкета Д. Хорна), уровень мотивации к отказу от табакокурения [10].

Оценка физического развития учащихся осуществлялась согласно общепринятым методикам по региональным стандартам для детей и подростков г. Саратова. Оценка уровней личностной и реактивной тревожности подростков проводилась по тесту Ч. Д. Спилберга [10]. Количественная оценка жалоб на самочувствие, ранжированных по 4-балльной шкале (ответы типа «часто», «скорее да», «редко», «скорее нет»), давалась с использованием безразмерного индекса, изменяющегося от -1 до $+1$ и рассчитываемого по формуле:

$$I_n = [(a - d) + (b - c)/2]/n,$$

где a — число респондентов, ответивших на вопрос «часто», b — «скорее да», c — «редко», d — «скорее нет», n — число опрошенных.

Статистическую обработку данных осуществляли с использованием методов вариационной статистики и корреляционного анализа. Применялись параметрический критерий Стьюдента (t) и непараметрический χ^2 , критерий ранговой корреляции Спирмена.

Результаты исследования

Среди компонентов ресурсной базы любого образа жизни очевидным представлялось изучение материально-бытовой обеспеченности. Более половины (56,6%) обследованных школьников и 63,4% учащихся техникума считали свое материальное положение удовлетворительным, 41,8 и 29,8% — хорошим, 1,6 и 6,8% — неудовлетворительным. Оценка материального положения во многом обуславливалась условиями проживания. У респондентов с «неудовлетворительным» материальным состоянием определены неудовлетворительные условия проживания (жилая площадь на 1 человека менее 6 м^2 , неутепленный санитарный узел и др.). На момент опроса 96,1% школьников проживали в отдельной квартире, 3,3% — в частном доме, 0,6% — в комнате коммунальной квартиры. Из учащихся техникума проживали в квартире 69,2%, в общежитии — 24%, в частном доме — 6,8% респондентов.

Исследованием выявлены нарушения в режиме дня подростков. Продолжительность сна менее 7 ч отметили 16,4% школьников и 21,2% учащихся техникума, более 8 ч — 29,9 и 17,5% соответственно. Вы-

явлена тенденция к снижению продолжительности сна по мере увеличения возраста школьников. В группе 15-летних девушек средняя длительность ночного сна составила $8,5 \pm 0,5$ ч, 17-летних — $6,8 \pm 0,7$ ч ($p < 0,05$).

Самой распространенной ежедневной затратой времени респондентов являлись просмотр телепередач и использование интернета. Большинство (74%) учащихся школ отметили, что проводили у телевизора не менее 2—3 ч в день. Подростки, получающие профессиональное образование, в 39% случаев тратили на просмотр телепередач в среднем 1 ч в день, в 47,9% случаев — 2—3 ч. Анализ результатов показал широкую распространенность использования интернета среди подростков (96%). Возраст не был связан со временем потребления информации через доступные электронные средства и современные гаджеты ($r = -0,48$), однако статус учебного заведения имел значение ($r = 0,87$). Средняя продолжительность типичного использования интернета среди учащихся школ составила $5,8 \pm 1,4$, учащихся техникума — $3,6 \pm 2$ ч в день. Больше всего времени в интернете (до 80%) респонденты уделяли общению, однако поиск информации, чаты и сетевые игры у подростков также были довольно продолжительны (до 2 ч в день). Определено, что учащиеся, проводящие в интернете много времени, обычно распределяли его между несколькими занятиями. Наиболее частым являлось совмещение выполнения домашних заданий с поиском информации в Сети или общением в чате. Подобная «многозадачность» восприятия сведений преимущественно в текстовом виде у многих респондентов, по их мнению, не влияла на их способность учиться. Многие подростки при выполнении нескольких занятий описывали свое состояние как «комфортное». Но очевидно, что самим учащимся трудно объективно оценить степень воздействия помех при получении знаний.

Распространенность активного отдыха в виде регулярных занятий физической культурой и спортом в секциях была крайне низкой (до 15% среди школьников, 7,5% среди учащихся техникума). Показатели низкой физической активности подростков имели отрицательные корреляционные взаимосвязи с возрастом ($r = -0,47$), жилищными условиями ($r = -0,81$), однако была выявлена прямая корреляционная связь с продолжительностью пользования интернетом ($r = 0,63$). В то же время до 90% всех респондентов хотели бы повысить двигательную активность, мотивируя это желанием улучшить фигуру (31,8%), развить физические качества (30,5%), укрепить здоровье (19,1%), уметь постоять за себя (10,2%), общаться или иметь друзей (8,4%).

Режим питания подростков свидетельствовал о сокращении числа приемов пищи в течение дня, увеличении перерывов между приемами пищи. С возрастом уменьшалась доля учащихся, получающих физиологически оптимальное 4—5-разовое питание. В группе 15-летних школьников не менее 4—5 раз в день употребляли пищу 17,2% респондентов, в группе 17-летних — 10,1%; среди учащихся техникума 4—

Здоровье и общество

5-разовым питанием были обеспечены 37 и 20,7% подростков соответственно.

Выявлено, что 57,9% школьников и 77,7% учащихся техникума на завтрак использовали «бутербродное» питание. Регулярным питанием в школах и техникуме обеспечивались 45,6 и 19,2% учащихся соответственно. От еды в школе «из-за ее непривлекательности и невкусности» отказывались 50,3% подростков.

Анализ частоты употребления подростками основных групп пищевых продуктов выявил дисбаланс по качественному составу рационов питания. Более $\frac{1}{3}$ всех респондентов указали, что мясные продукты входили в рацион 1—2 раза в неделю. Для всех групп подростков отмечалась тенденция к увеличению потребления мясных полуфабрикатов. В рацион питания более 70% респондентов колбасные изделия входили 2—3 раза в неделю. Не менее 1 раза в неделю употребляли рыбу 43,4% школьников и 32,9% учащихся техникума.

Анализ частоты употребления молочных продуктов также показал наличие общих тенденций. Так, 30,9% школьников и 25% учащихся техникума указали на потребление молока 2—3 раза в неделю, употребляли молоко редко 10,2 и 8,6% соответственно. Из группы молочных продуктов в ежедневном рационе подростков в порядке убывания присутствовали: молоко, сыр, кисломолочные напитки, творог.

Изучение фактического потребления углеводсодержащих продуктов показал, что до 70% учащихся употребляли макаронные изделия, картофель не менее 2—3 раз, а крупяные изделия — не чаще 1 раза в неделю. Включение в рацион питания свежих овощей и фруктов напрямую зависело от сезона года. Отметим ежедневное включение в рацион кондитерских изделий 80,2% школьников и 55,9% учащихся техникума. В структуре потребления пищевых продуктов отмечен высокий удельный вес *junk food* («нездоровой еды»), к которой относятся фастфуд, чипсы, соленый арахис и пр. Только 15,7% школьников и 21,2% учащихся техникума указали, что не используют их в питании, употребляют их 1 раз в месяц 42,4 и 19,2%, чаще — 41,9 и 59,6% соответственно. Газированные напитки периодически включались в рацион у 60,7% школьников и 43,8% подростков техникума.

Особенности питания подростков и возможные проблемы с качественным и количественным содержанием пищевого набора большинство (89,3%) опрошенных связывали с материальным достатком семьи. Получены положительные корреляции сумм семейного бюджета учащихся, затрачиваемых на питание, с частотой употребления мяса ($r=0,39$), рыбы ($r=0,51$), овощей ($r=0,42$), фруктов ($r=0,36$) и отрицательная корреляция с частотой употребления картофеля ($r=-0,31$). В то же время 80,9% подростков высказались, что имеют определенные знания о рациональном питании. При выборе наиболее важных принципов здорового питания респонденты указали на: «отсутствие в пище консервантов» (92%), «употребление большого количества свежих фруктов и

овощей» (86%), «соблюдение сроков реализации пищевых продуктов» (54%). Причину «бутербродных» приемов пищи 41,5% подростков объяснили трудностью организации питания из-за занятости, связанной с учебой. Около 10% опрошенных не задумывались о нутриентном содержании пищи и считали, например, что колбаса и сосиски по качественному составу идентичны мясу и способны его заменить. Таким образом, по-прежнему актуальной остается проблема образования и культуры населения в вопросах здорового и рационального питания.

Среди неблагоприятных факторов образа жизни по значимости медико-социальных последствий существенная роль принадлежит вредным привычкам. В изучении распространенности вредных привычек приняли участие 120 школьников (средний возраст $16,8 \pm 1,5$ года; распределение по полу: 61,6% — юноши и 38,4% — девушки) и 95 учащихся техникума (средний возраст $16 \pm 0,9$ года; распределение по полу: 73,7% — юноши и 26,3% — девушки).

Все подростки указали на раннее (до 18 лет) начало курения. В группе школьников средний возраст начала курения составил $16,3 \pm 1,6$ года, среди учащихся техникума — $15,3 \pm 2,2$ года. Среди курящих школьников 48,3% курили постоянно, 45% — 4—6 раз в неделю. Из числа учащихся техникума 70,5% курили систематически, 29,5% — 4—6 раз в неделю. Интенсивность курения составила у школьников $8,4 \pm 2$ (у девушек $6,6 \pm 2,8$), в группе юношей техникума — $10,2 \pm 4,5$ (у девушек — $6,8 \pm 2,5$) сигарет, выкуренных в сутки.

Отвечая на вопрос «Что повлияло на решение начать курить?», большинство респондентов указали на наличие у них так называемого «поведенческого стереотипа». Так, 54% школьников и 48% учащихся техникума ответили, что начали курить, потому что курят друзья, на курение родителей и других родственников в семье указали 16 и 26% учащихся соответственно, 15—20% подростков связали причины курения со стрессом, около 10% всех опрошенных вообще не задумывались о причинах курения.

При определении курительного статуса установлено, что большая часть респондентов имели слабую степень табачной зависимости. В группе школьников средний уровень никотиновой зависимости составил $3,65 \pm 1,1$ балла, среди учащихся из техникума — $3,75 \pm 1,1$ балла. Выявлена средняя корреляционная взаимосвязь степени никотиновой зависимости с интенсивностью курения ($r=0,55$). Изучение типов курительного поведения у подростков показало, что ведущими у большинства являлись «поддержка» (65—73,5%) и «расслабление» (17,1—24,6%).

При оценке степени мотивации учащихся к отказу от курения выявлено, что средний показатель у школьников составил $5,48 \pm 1$ балл, у учащихся техникума — $5,81 \pm 0,9$ балла, что соответствует среднему уровню мотивации. Анализ корреляционных связей степени мотивации к отказу от курения и другими показателями статуса курения показал, что степень мотивации не имеет прямых или обратных взаимо-

связей с продолжительностью курения, его интенсивностью или степенью никотиновой зависимости.

В результате анализа распространенности потребления алкоголя обследуемыми подростками выявлено, что 60,8% школьников и 74,5% учащихся техникума употребляли те или иные алкогольные напитки в течение последних 6 мес.

По данным анкетного опроса определено, что впервые алкоголь подростки пробуют в очень раннем возрасте (от 12 до 15 лет). В то же время средний возраст начала регулярного приема алкогольных напитков среди школьников составил $15,8 \pm 1,5$ года, учащихся техникума — $15,3 \pm 1,1$ года. Все 100% респондентов указали, что впервые попробовали алкоголь с друзьями. На вопрос «Что повлияло на решение впервые попробовать алкоголь?» 53,4% школьников и 42,1% учащихся техникума ответили, что «пробовать алкоголь принято», ответ «чтобы развеяться» дали 32,5 и 41,1% подростков соответственно. Каждому десятому респонденту алкоголь впервые предложили родители на «семейном празднике», «торжестве», во время «прихода гостей».

При изучении факторов риска потребления алкоголя были выявлены положительные корреляционные связи между частотой потребления спиртных напитков и курением ($r=0,71$), наличием в семье лиц, злоупотребляющих алкоголем ($r=0,59$), «проблемными» отношениями с родителями ($r=0,44$), проживанием в общежитии ($r=0,35$), наличием «свободных» денег ($r=0,24$).

Таким образом, разрушение здорового образа жизни современных подростков определяется отсутствием у них ценностного отношения к здоровью и реализуется через различные формы девиантной активности.

Сравнительный анализ показателей физического развития подростков указывает, что доля юношей с гармоничным физическим развитием в школе и техникуме не имела достоверных различий и составляла 73,2 и 66,7% соответственно. Отмечена тенденция к увеличению числа юношей из техникума с дефицитом массы тела: 21,2% против 13,4% среди школьников. Среди школьниц выявлена тенденция к росту распространенности избытка массы тела (6,8% против 5% у девушек из техникума).

При анализе состояния тревожности учащихся школ выявлено, что количество юношей и девушек с умеренным уровнем реактивной тревожности статистически значимо не различалось. С возрастом увеличивалось количество юношей с высокой реактивной тревожностью — 55% против 25% среди девушек ($p < 0,05$). Высокий уровень личной тревожности определялся у девушек всех возрастов (в группе 15 лет — 40,8%, 17 лет — 68,9%), превышая аналогичные показатели юношей в 1,4—1,5 раза. До 60% учащихся техникума в период прохождения производственно-технологической практики имели высокие уровни реактивной и личной тревожности, которые в сравнении с периодом теоретической подготовки были выше в 2,4 раза.

Приведенные данные подтверждались результатами анкетного опроса, составленного с учетом жалоб подростков на самочувствие после учебного дня. Среди школьников наибольшую распространенность имели жалобы на общую усталость, головную боль, боли в животе, среди школьниц — жалобы на усталость, раздражительность, усталость глаз. Среди учащихся техникума наибольшую количественную оценку имели жалобы на боли в области спины, усталость глаз, сухость и першение в горле.

Анализ корреляционных связей жалоб учащихся и медико-социальных факторов, а также показателей здоровья свидетельствует, что жалобы на усталость имели сильную прямую взаимосвязь с наличием хронических соматических заболеваний у подростков ($r=0,76$). Частота возникновения головной боли имела прямую корреляционную связь с высоким уровнем личной тревожности ($r=0,55$), частотой табакокурения ($r=0,48$). Слабые обратные корреляционные связи были обнаружены с параметрами степени никотиновой зависимости ($r=-0,26$). Жалобы на боли в животе у учащихся имели прямую взаимосвязь с наличием хронического заболевания органов пищеварения ($r=0,81$), приема пищи менее 3 раз в сутки ($r=0,7$), высоким уровнем реактивной тревожности ($r=0,51$), отказами от приемов пищи в учебных заведениях ($r=0,43$), интенсивностью табакокурения ($r=0,33$). Боли в области спины у подростков взаимосвязаны с наличием хронических заболеваний костно-мышечной системы ($r=0,65$), распространенностью пассивных форм отдыха ($r=0,5$). Жалобы на сухость и першение в горле имели высокие прямые корреляционные взаимосвязи с типом учебного заведения ($r=0,79$), наличием заболеваний ЛОР-органов ($r=0,75$).

Заключение

Комплексное углубленное изучение медико-социальных факторов среди современных подростков 15—17 лет позволило установить, что данную возрастную группу учащихся объединяет специфический образ жизни, влияющий на отдельные показатели здоровья. В подростковом возрасте активно формируются и закрепляются жизненные ценности, которые по мере взросления определяют здоровье молодых людей, а также здоровье общества в целом. С целью предупреждения дальнейшего ухудшения здоровья в группе детей старшего подросткового возраста важно проводить профилактические мероприятия по ранней диагностике заболеваний и формированию здорового образа жизни.

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

ЛИТЕРАТУРА

1. Баранов А. А., Намазова-Баранова Л. С., Альбицкий В. Ю., Терлецкая Р. Н., Антонова Е. В. Состояние и проблемы здоровья подростков в России. *Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины*. 2014;(6):10—4.
2. Клещина Ю. В. Мониторинг состояния здоровья и фактического питания современных подростков. *Российский педиатрический журнал*. 2011;(2):38—41.

Здоровье и общество

3. Чичерин Л. П. Медико-социальные аспекты охраны здоровья детей и подростков. *Бюллетень Национального научно-исследовательского института общественного здоровья*. 2010;(4):12—5.
 4. Елисеев Ю. Ю., Войтович А. А., Дубровина Е. А., Елисеева Ю. В. К оценке функционального состояния организма подростков с различным уровнем здоровья в условиях профессионального обучения. *Известия Самарского научного центра РАН*. 2014;16(5—2):850—2.
 5. Лапин Ю. Е. Государственная политика в области охраны здоровья детей. *Здравоохранение в РФ*. 2010;(1):14—8.
 6. Чичерин Л. П., Щепин В. О., Согияйнен А. А. Состояние здоровья подростков как призывного ресурса. *Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины*. 2013;(3):20—4.
 7. Волгина С. Я., Кондратьев А. С., Альбицкий В. Ю., Устинова Н. В., Шавалиев Р. Ф. Подростки с девиантным поведением: особенности личности, качество жизни, организация медико-социальной помощи. *Вопросы современной педиатрии*. 2013;(3):5—11.
 8. Альбицкий В. Ю., Макеев Н. И. Здоровьесберегающее поведение подростков. *Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины*. 2010;(2):21—3.
 9. Васендин В.Н., Чеботарьков С. А., Кобалева Д. А. Здоровый образ жизни как одна из составляющих безопасности человека. *Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины*. 2012;(6):19—20.
 10. Двойников С. И., Тарасова Ю. А., Фомушкина И. А., Костюкова Э. О. Проведение профилактических мероприятий: Учебное пособие. М.: ГЭОТАР-Медиа; 2016.
- Поступила 20.04.2017
Принята в печать 25.05.2017
- REFERENCES
1. Baranov A. A., Namazova-Baranova L. S., Al'bickij V. Ju., Terlecka-ja R. N., Antonova E. V. State and problems of health of teenagers in Russia. *Problemy sotsialnoi gigieny, zdravookhraneniya i istorii meditsiny*. 2014;(6):10—4 (in Russian).
 2. Kleshchina Ju.V. Monitoring of the state of health and actual delivery of modern teenagers. *Rossiiskii pediatricheskii zhurnal*. 2011;(2):38—41 (in Russian).
 3. Chicherin L. P. Medico-social aspects of health protection of children and teenagers. *Bulletin Nacionalnogo nauchno-issledovatel'skogo instituta obshchestvennogo zdorovya*. 2010;(4):12—5 (in Russian).
 4. Eliseev Ju.Ju., Vojtovich A. A., Dubrovina E. A., Eliseeva Ju.V. To assessment of a functional condition of an organism of teenagers with various level of health in the conditions of vocational education. *Izvestiya Samarskogo nauchnogo centra RAN*. 2014;16(5—2):850—2 (in Russian).
 5. Lapin Ju.E. State policy in the field of health protection of children. *Zdravookhranenie Rossiiskoi Federacii*. 2010;(1):14—8 (in Russian).
 6. Chicherin L. P., Shhepin V. O., Sogijajnen A. A. State of health of teenagers as draft resource. *Problemy sotsialnoi gigieny, zdravookhraneniya i istorii meditsiny*. 2013;(3):20—4 (in Russian).
 7. Volgina S.Ja., Kondrat'ev A. S., Al'bickij V.Ju., Ustinova N. V., Shavaliyev R. F. Teenagers with deviant behavior: features of the person, quality of life, organization of the medico-social help. *Voprosy sovremennoi pediatrii*. 2013;(3):5—11 (in Russian).
 8. Al'bickij V.Ju., Makeev N. I. Health saving behavior of teenagers. *Problemy sotsialnoi gigieny, zdravookhraneniya i istorii meditsiny*. 2010;(2):21—3 (in Russian).
 9. Vasendin V.N., Chebotar'kov S. A., Kobaleva D. A. Healthy lifestyle as one of components of safety of the person. *Problemy sotsialnoi gigieny, zdravookhraneniya i istorii meditsiny*. 2012;(6):19—20 (in Russian).
 10. Dvoynikov S. I., Tarasova Ju.A., Fomushkina I. A., Kostjukova Je.O. Holding preventive actions: Manual [*Provedenie profilakticheskikh meroprijatij: Uchebnoe posobie*]. Moscow: GEOTAR-Media; 2016 (in Russian).

© Коллектив авторов, 2019
УДК 614.2:312.6(470-571)«2008—2017»

Савина А. А.¹, Леонов С. А.¹, Сон И. М.¹, Михайлова Ю. В.¹, Фейгинова С. И.¹, Кудрина В. Г.²

ОСНОВНЫЕ ТЕНДЕНЦИИ ПЕРВИЧНОЙ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ НАСЕЛЕНИЯ В СУБЪЕКТАХ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ В 2008—2017 гг.

¹ФГБУ «Центральный НИИ организации и информатизации здравоохранения» Минздрава России, 127254, г. Москва;

²ФГБОУ ДПО «Российская медицинская академия непрерывного профессионального образования» Минздрава России, 125445, г. Москва

Анализ первичной заболеваемости служит важнейшим индикатором определения состояния здоровья всего населения в каждом отдельном субъекте и в целом в Российской Федерации, а также позволяет отслеживать влияние экономических и социальных процессов в стране. В статье представлен анализ первичной заболеваемости в субъектах РФ в 2008—2017 гг. Обозначены тенденции, просчитаны темпы прироста и убыли первичной заболеваемости в каждом конкретном субъекте РФ. Были выявлены субъекты, в которых наблюдается значительный рост определенных классов болезней по МКБ 10-го пересмотра.

Показатели первичной заболеваемости за 10 лет выросли в целом по стране на 0,9%. Снижение регистрировалось только в Центральном (–4,3%) и Приволжском (–1,6%) федеральных округах, в остальных регистрировался прирост. Самый высокий уровень первичной заболеваемости зарегистрирован в Ненецком автономном округе, а самый низкий — в Кабардино-Балкарской Республике. Алтайский край в 2017 г. стал лидером по регистрации первичной заболеваемости новообразований и болезней эндокринной системы, а Пензенская область — в регистрации болезней системы кровообращения в 2017 г. Самый высокий уровень болезней органов дыхания в 2017 г. регистрировался в Чукотском автономном округе, уха и сосцевидного отростка — в Республике Северная Осетия-Алания.

Рост заболеваемости в отмеченных классах болезней в конкретных субъектах РФ требует внимания ведущих узких специалистов с разработкой мероприятий по стабилизации заболеваемости.

К л ю ч е в ы е с л о в а: первичная заболеваемость; темп прироста/убыли; показатели заболеваемости; тенденции первичной заболеваемости.

Для цитирования: Савина А. А., Леонов С. А., Сон И. М., Михайлова Ю. В., Фейгинова С. И., Кудрина В. Г. Основные тенденции первичной заболеваемости населения в субъектах Российской Федерации в 2008—2017 гг. Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. 2019;27(2):118—122. DOI: <http://dx.doi.org/10.32687/0869-866X-2019-27-2-118-122>

Для корреспонденции: Савина Анна Александровна, канд. мед. наук, ведущий научный сотрудник отделения медицинской статистики и документалистики ФГБУ «ЦНИИОИЗ» Минздрава России, e-mail: a.savina@mednet.ru.

Savina A. A.¹, Leonov S. A.¹, Son I. M.¹, Mihailova Iu. V.¹, Feiginova S. I.¹, Kudrina V. G.²

THE MAIN TRENDS IN PRIMARY MORBIDITY OF POPULATION IN THE SUBJECTS OF THE RUSSIAN FEDERATION IN 2008—2017

¹The Federal State Budget Institution “The Central Research Institute for Health Organization and Informatics” of Minzdrav of Russia, 127254, Moscow, Russia;

²The 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 analysis of primary morbidity is the most important indicator of detection of population health in every single subject of the Russian Federation in whole Russia. This approach also permits to monitor impact of economic and social processes on the national level. The article presents analysis of primary morbidity in the subjects of the Russian Federation in 2008—2017. The trends are established, the rates of increase and decrease of primary morbidity in every particular subject of the Russian Federation are calculated. The subjects with significant increase of particular classes of diseases according ICD-10 were identified. During last decade, the indices of primary morbidity increased on the whole up to 0.9%. The decrease was registered only in the Central and Privolzhskiy Federal Okrugs (4.3% and –1.6% correspondingly). In the rest of Federal Okrugs increase was registered. The highest level of primary morbidity was registered in the Nenets Autonomous Okrug and the lowest level in the Kabarda-Balkar Republic. In 2017, the Altai Kray became a leader in registration of primary morbidity of neoplasms and diseases of endocrine system and the Pensa oblast took the lead in registration of primary morbidity of diseases of cardiovascular system. In 2017, the highest level of morbidity of diseases of respiratory system was registered in the Chukchi Autonomous Okrug and of diseases of ear and mastoid bone in the Republic of North Ossetia — Alania. The increase of morbidity in the mentioned classes of diseases in the particular subjects of the Russian Federation requires consideration of leading specialists and corresponding development of measures concerning morbidity stabilizing.

К e y o r d s: primary morbidity; rate of increase/decrease; indices of morbidity; trends of primary morbidity.

For citation: Savina A. A., Leonov S. A., Son I. M., Mihailova Iu. V., Feiginova S. I., Kudrina V. G. The main trends in primary morbidity of population in the subjects of the Russian Federation in 2008—2017. *Problemi socialnoi gigieni, zdravookhraneniya i istorii meditsiny*. 2019;27(2):118—122 (In Russ.). DOI: <http://dx.doi.org/10.32687/0869-866X-2019-27-2-118-122>

For correspondence: Savina A. A., candidate of medical sciences, the leading researcher of the Department of Medical Statistics and documentation of the Federal State Budget Institution “The Central Research Institute for Health Organization and Informatics”. e-mail: a.savina@mednet.ru.

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

Acknowledgment. The study had no sponsor support

Received 12.10.2018
Accepted 29.11.2018

Первичная заболеваемость является важнейшей составляющей комплексной оценки состояния здоровья населения страны. В настоящее время в анали-

зе первичной заболеваемости нуждаются все уровни управленческой системы. Благодаря ей не только определяется потребность населения в различных

Здоровье и общество

видах медицинской помощи, но и прогнозируется развитие сети медицинских организаций. На основании анализа заболеваемости оценивается результативность всей системы здравоохранения, выявляются ее слабые и сильные стороны, что позволяет скорректировать работу отдельных служб медицинской помощи населению конкретно в каждом субъекте РФ. Но в первую очередь эти данные необходимы органам управления здравоохранением для оперативного руководства, перспективного и текущего планирования, совершенствования отдельных медицинских организаций и системы здравоохранения в целом [1].

Целью данной работы являлось определение субъектов с тенденциями к росту или убыли заболеваемости с диагнозом, установленным впервые в жизни, среди всего населения РФ и выявление таких же тенденций в отдельных классах заболеваний по МКБ-10.

Материалы и методы

Использован метод сплошного наблюдения. Показатели первичной заболеваемости всего населения РФ в 2008—2017 гг. изучали по материалам официальной медицинской статистики. Анализировали данные годовой статистической формы № 12, рассматривали данные сборников ФГБУ «ЦНИИОИЗ» МЗ РФ «Заболеваемость населения» за 2008—2017 гг. Рассчитывали и анализировали интенсивные коэффициенты на 100 тыс. населения. Для обработки информации была использована программа Microsoft Excel 2010.

Результаты исследования

Проведен анализ данных заболеваемости с диагнозом, впервые выявленным среди всего населения РФ в 2008—2017 гг. [2—7].

Заболеваемость с впервые выявленным диагнозом на конец 2017 г. регистрировалась у всего населения РФ (77 914,7 на 100 тыс. населения). Темп прироста первичной заболеваемости в целом по РФ с 2008 по 2017 г. составил 0,9%, при этом темп прироста общей заболеваемости в этот период составил 3,6%, что свидетельствует об увеличении числа хронических заболеваний.

Анализ первичной заболеваемости показывает, что во всех федеральных округах отмечается рост уровней, кроме Центрального и Приволжского федеральных округов (табл. 1).

В Центральном федеральном округе с 2011 г. отмечается стойкое снижение показателя впервые выявленной заболеваемости. За 10 лет темп убыли составил -4,3%. В 11 субъектах происходит снижение заболеваемости: самое значительное — в Тамбовской области (-14,4%) и в г. Москве (-13,7%), а самое незначительное — в Тульской области (-1,4%). В 7 субъектах Центрального федерального округа отмечен прирост первичной заболеваемости от 2,5 до 10,5%. Самый высокий (10,5%) зафиксирован в Московской области, самый незначительный (2,5%) — в Воронежской области.

Таблица 1

Темп прироста/убыли первичной заболеваемости среди всего населения в субъектах Российской Федерации (на 100 тыс. населения)

Субъект	Заболеваемость с диагнозом, установленным впервые в жизни, всего		Темп прироста/убыли, %
	2008 г.	2017 г.	
Российская Федерация	77 199,7	77 914,7	0,9
Центральный федеральный округ	72 693,5	69 603,7	-4,3
Северо-Западный федеральный округ	83 308,2	93 549,9	12,3
Южный федеральный округ	67 647,4	68 074,6	0,6
Северо-Кавказский федеральный округ	61 824,8	64 149,7	3,8
Приволжский федеральный округ	85 196,1	83 875,5	-1,6
Уральский федеральный округ	79 969,3	82 634,3	3,3
Сибирский федеральный округ	79 980,9	84 975,0	6,2
Дальневосточный федеральный округ	78 869,6	79 502,7	0,8

В Приволжском федеральном округе темп убыли первичной заболеваемости в округе за 10 лет составил -1,6%. В 10 субъектах фиксируется снижение первичной заболеваемости в пределах от 1,6 до 12%: самое высокое — в Чувашской Республике (-12%), самое незначительное — в Ульяновской области (-1,6%). В 4 субъектах Приволжского федерального округа наблюдается темп прироста от 2,5 до 14,7%. Самый большой отмечен в Республике Марий Эл (14,7%), а самый незначительный — в Саратовской области (2,5%).

Во всех остальных федеральных округах отмечен рост первичной заболеваемости. Так, темп прироста заболеваемости в Северо-Западном федеральном округе составил 12,3%, в Сибирском — 6,2%, в Северо-Кавказском — 3,8%, в Уральском — 3,3%. Немного меньшим он был в Южном (0,6%) и Дальневосточном федеральных округах (0,8%).

Северо-Западный федеральный округ на протяжении 10 лет является лидером по уровню первичной заболеваемости. В 8 субъектах темп прироста колеблется от 0,8 до 21%. Наиболее значительный темп прироста наблюдается в Республике Коми (21,1%), самый низкий — Мурманской области (0,8%). В трех субъектах Северо-Западного федерального округа отмечена тенденция к снижению; самая значительная убыль регистрировалась в Архангельской области без автономного округа (-50,1%). Несмотря на показатели убыли (-21,8%), в Ненецком автономном округе зарегистрированы самые высокие уровни первичной заболеваемости среди всех субъектов РФ.

Сибирский федеральный округ занимает 2-е место по темпу прироста, который за 10 лет составил 6,2%. В целом в 9 субъектах зафиксирован темп прироста в границах 5,5—20,5%. Только в трех субъектах Сибирского федерального округа отмечена убыль в пределах 2%.

В Северо-Кавказском федеральном округе темп прироста первичной заболеваемости составил 3,8%. В 5 субъектах темп прироста варьирует от 3 до 35%. Первичная заболеваемость в Кабардино-Балкарской Республике имела самый низкий уровень в РФ. Толь-

ко в двух субъектах Северо-Кавказского федерального округа отмечалась убыль.

В Уральском федеральном округе за 10 лет темп прироста первичной заболеваемости составил 3,3%. Во всех субъектах Уральского федерального округа отмечен прирост первичной заболеваемости, и только в Тюменской области фиксируется убыль на 57%.

В Дальневосточном федеральном округе темп прироста первичной заболеваемости с 2008 по 2017 г. составил 0,8%. В 4 субъектах темп прироста имел диапазон колебаний от 3,5 до 19%, в 5 других субъектах округа отмечена убыль в пределах 0,7—20%.

В Южном федеральном округе темп прироста первичной заболеваемости за 2008—2017 гг. составил 0,6%. В 4 его субъектах он колебался от 4 до 18%. Темп убыли отмечен в 4 субъектах Южного федерального округа. Поскольку регистрация данных по Республике Крым и г. Севастополю началась с 2014 г., темп убыли рассчитан за 4 последних года.

Анализ первичной заболеваемости за 10-летний период по РФ показал, что в 2008 г. показатель регистрировался на уровне 77 199,7 на 100 тыс. населения, а на конец 2017 г. составил 77 914,7 на 100 тыс. населения. Таким образом, темп прироста составил 0,9%.

При анализе структуры заболеваемости всего населения РФ становится видно, что инфекционные и паразитарные заболевания снизились во всех федеральных округах. Наиболее значительное снижение (–30,2%) отмечено в Северо-Кавказском федеральном округе. В 2017 г. максимальный уровень заболеваемости инфекционными и паразитарными болезнями (5029,9 на 100 тыс. населения) регистрировался в Ненецком автономном округе.

Очень настораживает ситуация с новообразованиями за 10 лет. Отмечается стойкая тенденция к росту заболеваемости в каждом отдельном субъекте и в целом в РФ на 12,6%. Лидером в этом классе болезней стал Алтайский край: в 2017 г. там зарегистрировано впервые выявленных заболеваний 2244,0 на 100 тыс. населения при темпе прироста 43,07%. Высокий уровень в 2017 г. регистрировался и в Республике Коми (1797,3 на 100 тыс. населения) с темпом прироста 83,2%. Самый высокий уровень (22%) болезней эндокринной системы в 2017 г. регистрировался в Алтайском крае (3233,1 на 100 тыс. населения), болезней системы кровообращения (20%) — в Пензенской области (5443,5 на 100 тыс. населения), болезней органов дыхания (16%) — в Чукотском автономном округе (76 813,5 на 100 тыс. населения), болезней уха и сосцевидного отростка (4,2%) — в Республике Северная Осетия-Алания (4378,7 на 100 тыс. населения). Во всех остальных классах болезней регистрировалось снижение уровней первичной заболеваемости. Нельзя не отметить, что рост первичной заболеваемости привел к росту общей заболеваемости по тем же классам.

Обсуждение

Результаты, полученные в ходе сравнительного анализа заболеваемости по отдельным нозологиям, позволили выделить наиболее значимые классы болезней и тенденции их развития для различных субъектов РФ [8]. Заболеваемость населения является фундаментом для планирования ресурсов здравоохранения, которые необходимы для удовлетворения имеющихся потребностей населения по различным видам медицинской помощи [9]. Также она является одним из существенных индикаторов оценки реформирования здравоохранения. В своем интервью в 2017 г. В. Скворцова сказала, что, по оценкам ВОЗ, Россия вошла в тройку мировых лидеров по эффективности борьбы с неинфекционными заболеваниями.

По данным анализа заболеваемости, впервые выявленной у всего населения на территории РФ, видно, что при общем снижении первичной заболеваемости в Центральном федеральном округе, в Московской, Орловской и Тверской областях отмечается тенденция к росту в пределах 10%. В Приволжском федеральном округе отмечена тенденция к росту в Республиках Марий Эл и Удмуртской в пределах 14%. Северо-Западный федеральный округ является лидером по уровню первичной заболеваемости (93 549,9 на 100 тыс. населения). Прирост заболеваемости в пределах 20% регистрируется в Республике Коми и Ленинградской области. Сибирский федеральный округ устойчиво занимает 2-е место по регистрации первичной заболеваемости у всего населения (84 975,0 на 100 тыс. населения). В Северо-Кавказском федеральном округе, напротив, регистрируется самый низкий уровень первичной заболеваемости среди всех субъектов РФ (64 149,7 на 100 тыс. населения). Кабардино-Балкария является субъектом с самым низким уровнем регистрации первичной заболеваемости (43 529,0 на 100 тыс. населения). В Уральском федеральном округе лидером по регистрации первичной заболеваемости является Ямало-Ненецкий автономный округ, он же занимает 3-е место среди всех субъектов по уровню первичной заболеваемости (122 720,3 на 100 тыс. населения), уступая Ненецкому и Чукотскому автономным округам. В Дальневосточном округе настораживает тенденция к росту первичной заболеваемости в Амурской области в пределах 20%, а в Южном Федеральном округе значительный прирост фиксируется в Краснодарском крае (17,8%).

Сведения о заболеваемости населения дают возможность определить уровни и общую структуру заболеваемости населения, установить ведущие факторы риска, обосновать и оценить эффективность внедрения различных лечебно-профилактических мероприятий [10]. Заболеваемость населения по регионам имеет определенную специфику, на которую накладывают отпечаток возрастная структура населения (чем больше прослойка пожилых и людей старческого возраста, тем выше заболеваемость) и территориально-географические особенности регионов

Здоровье и общество

[11]. Так, обращаемость населения в сельской местности ниже, чем в городе, в основном за счет ее территориальных особенностей [12]. Именно поэтому изучение тенденций заболеваемости населения является одной из важнейших задач для экономики страны, одним из индикаторов оценки работы каждого врача в отдельности, медицинской организации и органа управлением здравоохранением в целом [13—15].

Заключение

Показатели первичной заболеваемости за 10 лет выросли в целом по стране на 0,9%. Снижение регистрировалось только в Центральном (–4,3%) и Приволжском (–1,6%) федеральных округах.

Самый высокий уровень первичной заболеваемости зарегистрирован в Ненецком автономном округе (136 192,7 на 100 тыс. населения), а самый низкий — в Кабардино-Балкарской Республике (43 529,0 на 100 тыс. населения).

Алтайский край в 2017 г. стал лидером по регистрации первичной заболеваемости новообразованиями (2244,0 на 100 тыс. населения) и болезнями эндокринной системы (3233,1 на 100 тыс. населения). Лидером в регистрации болезней системы кровообращения в 2017 г. выступила в Пензенская область (5443,5 на 100 тыс. населения). Самый высокий уровень болезней органов дыхания в 2017 г. регистрировался в Чукотском автономном округе (76 813,5 на 100 тыс. населения). Самый высокий уровень болезней уха и сосцевидного отростка в 2017 г. регистрировался в Республике Северная Осетия-Алания (4378,7 на 100 тыс. населения).

Вследствие роста заболеваемости в отмеченных классах болезней конкретным субъектам РФ требуется внимание ведущих узких специалистов с разработкой мероприятий по стабилизации заболеваемости.

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

ЛИТЕРАТУРА

- Щепин О. П., Медик В. А. Здоровье населения региона и приоритеты здравоохранения. М.: ГЭОТАР- Медиа; 2012.
- Заболеваемость населения России в 2008 году. Статистические материалы. Ч. I. М.: РИО «ЦНИИОИЗ»; 2009.
- Заболеваемость населения России в 2010 году. Статистические материалы. Ч. I. М.: РИО «ЦНИИОИЗ»; 2011.
- Заболеваемость населения России в 2012 году. Статистические материалы. Ч. I. М.: РИО «ЦНИИОИЗ»; 2013.
- Заболеваемость населения России в 2014 году. Статистические материалы. Ч. I. М.: РИО «ЦНИИОИЗ»; 2015.
- Заболеваемость населения России в 2016 году. Статистические материалы. Ч. I. М.: РИО «ЦНИИОИЗ»; 2017.
- Заболеваемость населения России в 2017 году. Статистические материалы. Ч. I. М.: РИО «ЦНИИОИЗ»; 2018.
- Страшников Т. Н. Сравнительный анализ общей и первичной заболеваемости у лиц трудоспособного возраста в Российской Федерации и на ее административных территориях. *Современные проблемы науки и образования*. 2014;(2) [Электронный научный журнал]. URL: <http://science-education.ru/ru/article/view?id=12717> (Дата обращения: 07.06.2018).
- Доклад о состоянии здоровья населения и организации здравоохранения по итогам деятельности органов исполнительной власти субъектов Российской Федерации за 2013 год [Интернет]. URL: <http://zdrav.spb.ru/media/komzdrav/documents/> document/file/sostoyanie_zdoroviya_naseleniya.pdf (Дата обращения 02.10.2018).
- Полякова М. А., Ларина Т. Н. Статистическое исследование структурных изменений заболеваемости населения в России. В кн.: Научное сообщество студентов. Междисциплинарные исследования: Электронный сборник статей по материалам XXI студенческой международной научно-практической конференции. Новосибирск: АНС «СибАК»; 2017 [Интернет]. URL: <https://sibac.info/studconf/science/xxi/76758> (Дата обращения 02.10.2018).
- Щербакова Е. М. Заболеваемость населения России, 2015—2016 годы. *Демоскоп Weekly*. 2017;721—2 [Электронный журнал]. URL: <http://www.demoscope.ru/weekly/2017/0721/barometer721.pdf> (Дата обращения 02.10.2018).
- Прохоров Б. Б. Показатели качества общественного здоровья как индикаторы устойчивого развития. В кн.: Устойчивое развитие: ресурсы России. М.: Издательский центр РХТУ; 2004.
- Леонов С. А., Сон И. М., Вайсман Д. Ш. Основные тенденции заболеваемости населения Российской Федерации в 2012—2013 году. *Менеджер здравоохранения*. 2014;(9):6—19.
- Леонов С. А., Сон И. М., Моравская С. В. Заболеваемость населения: региональные особенности и проблемы. Ч. I. Общая заболеваемость населения. Тверь: ТГТ; 2012.
- Леонов С. А., Сон И. М., Моравская С. В. Заболеваемость населения: региональные особенности и проблемы. Ч. II. Первичная заболеваемость населения. М.: РИО «ЦНИИОИЗ»; 2013.

Поступила 12.10.2018
Принята в печать 29.11.2018.

REFERENCES

- Shchepin O. P., Medik V. A. Health of the population in the region and health priorities [*Zdorov'ye naseleniya regiona i priority zdra-vookhraneniya*]. Moscow: GEOTAR-Media; 2012 (in Russian).
- Morbidity of the Russian population in 2008. Statistical materials. Part I [*Zabolevayemost' naseleniya Rossii v 2008 godu. Statisticheskiye materialy. Chast' I*]. Moscow: TSNIIOIZ; 2009 (in Russian).
- Morbidity of the Russian population in 2010. Statistical materials. Part I [*Zabolevayemost' naseleniya Rossii v 2010 godu. Statisticheskiye materialy. Chast' I*]. Moscow: TSNIIOIZ; 2011 (in Russian).
- Morbidity of the Russian population in 2012. Statistical materials. Part I [*Zabolevayemost' naseleniya Rossii v 2012 godu. Statisticheskiye materialy. Chast' I*]. Moscow: TSNIIOIZ; 2013 (in Russian).
- Morbidity of the Russian population in 2014. Statistical materials. Part I [*Zabolevayemost' naseleniya Rossii v 2014 godu. Statisticheskiye materialy. Chast' I*]. Moscow: TSNIIOIZ; 2015 (in Russian).
- Morbidity of the Russian population in 2016. Statistical materials. Part I [*Zabolevayemost' naseleniya Rossii v 2016 godu. Statisticheskiye materialy. Chast' I*]. Moscow: TSNIIOIZ; 2017 (in Russian).
- Morbidity of the Russian population in 2017. Statistical materials. Part I [*Zabolevayemost' naseleniya Rossii v 2017 godu. Statisticheskiye materialy. Chast' I*]. Moscow: TSNIIOIZ; 2018 (in Russian).
- Strashnikova T. N. Comparative analysis of general and primary morbidity in people of working age in the Russian Federation and in its administrative territories [*Sravnitel'nyy analiz obshchey i pervichnoy zabolevayemosti u lits trudospobnogo vozrasta v Rossiyskoy Federatsii i na eye administrativnykh territoriyakh*]. *Sovremennyye problemy nauki i obrazovaniya*. 2014;(2) [serial online]. Available at: <http://science-education.ru/ru/article/view?id=12717> [cited 2018 Jun 7] (in Russian).
- Report on the health of the population and the organization of public health services on the basis of the performance of executive authorities of the constituent entities of the Russia Federation for 2013 [*Doklad o sostoyanii zdorov'ya naseleniya i organizatsii zdra-vookhraneniya po itogam deyatelnosti organov ispolnitel'noy vlasti sub'yektov Rossiyskoy Federatsii za 2013 god*] [Online]. Available at: http://zdrav.spb.ru/media/komzdrav/documents/document/file/sostoyanie_zdoroviya_naseleniya.pdf [cited 2018 Oct 2] (In Russian).
- Polyakova M. A., Larina T. N. Statistical study of structural changes in the incidence of the population in Russia. In: Scientific community of students. Interdisciplinary research. Electronic collection of articles on the materials of the XXI student international scientific-practical conference [*Nauchnoye soobshchestvo studentov. Mezhdisciplinarnyye issledovaniya: Elektronnyy sbornik statey po materialam XXI studencheskoy mezhdunarodnoy nauchno-prakticheskoy konferentsii*]. Novosibirsk: ANS «SibAK»; 2017 [Online]. Available from: <https://sibac.info/studconf/science/xxi/76758> (in Russian).

11. Shcherbakova E. M. Morbidity of the Russian population, 2015—2016 [*Zabolevayemost' naseleniya Rossii, 2015—2016 gody.*] *Demoskop Weekly* [serial online]. 2017;721—2. Available at: <http://www.demoscope.ru/weekly/2017/0721/barometer721.pdf> [cited 2018 Oct 2] (in Russian).
12. Prokhorov B. B. Indicators of the quality of public health as indicators of sustainable development. In: Sustainable Development: Resources of Russia [*Ustoychivoye razvitiye: resursy Rossii*]. Moscow: Publishing Center RKHTU; 2004 (in Russian).
13. Leonov S. A., Son I. M., Vaysman D.S.H. The main trends in the morbidity of the population of the Russian Federation in 2012—2013. *Menedzher zdravookhraneniya*. 2014;(9):6—19 (in Russian).
14. Leonov S. A., Son I. M., Moravskaya S. V. Population morbidity: regional characteristics and problems. Part I. The overall morbidity of the population [*Zabolevayemost' naseleniya: regional'nyye osobennosti i problemy. Chast' I. Obshchaya zabolevayemost' naseleniya*]. Tver: TGT; 2012 (in Russian).
15. Leonov S. A., Son I. M., Moravskaya S. V. Population morbidity: regional characteristics and problems. Part II. The incidence morbidity of the population [*Zabolevayemost' naseleniya: regional'nyye osobennosti i problemy. Chast' II. Pervichnaya zabolevayemost' naseleniya*]. Moscow: TSNIIOIZ; 2013 (in Russian).

Аскарова З. Ф.¹, Давлетшин Р. А.¹, Аскаров Р. А.²

ТЕНДЕНЦИИ ИНВАЛИДНОСТИ ВЗРОСЛОГО И ДЕТСКОГО НАСЕЛЕНИЯ В РЕСПУБЛИКЕ БАШКОРТОСТАН (2000—2015)

¹ФГБОУ ВО «Башкирский государственный медицинский университет» Минздрава России, 450008, г. Уфа;
²ФГБОУ ВО «Российский государственный геологоразведочный университет им. С. Орджоникидзе», 117997, г. Москва

Рассмотрены динамика и основные показатели первичной и общей инвалидности взрослого и детского населения в регионах Республики Башкортостан за 2000—2015 гг. сравнительно с аналогичными показателями Российской Федерации по материалам медицинского информационно-аналитического центра Министерства здравоохранения Республики Башкортостан, Территориального органа Федеральной службы государственной статистики Республики Башкортостан. Представлены особенности показателей и их динамики, структуры ведущих причин инвалидности взрослого и детского населения, различия в уровнях инвалидности. Выявленные тенденции динамики показателей инвалидности в Республике Башкортостан и регионах могут быть положены в основу разработки программ профилактики инвалидности и реабилитации инвалидов.

К л ю ч е в ы е с л о в а : *общая и первичная инвалидность; Республика Башкортостан; взрослое и детское население.*

Для цитирования: Аскарова З. Ф., Давлетшин Р. А., Аскаров Р. А. Традиции инвалидности взрослого и детского населения в Республике Башкортостан (2000—2015). Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. 2019;27(2):123—127. DOI: <http://dx.doi.org/10.32687/0869-866X-2019-27-2-123-127>

Для корреспонденции: Аскарова Загира Фатхулловна, д-р мед. наук, профессор кафедры госпитальной терапии № 2 Башкирского государственного медицинского университета, e-mail: zagira_a@mail.ru

Askarova Z. F.¹, Davletshin R. A.¹, Askarov R. A.²

THE TRENDS IN DISABILITY OF ADULT AND CHILDREN POPULATION OF THE REPUBLIC OF BASHKORTOSTAN IN 2000—2015

¹The Federal State Budget Educational Institution of Higher Education “The Bashkir State Medical University” of Minzdrav of Russia, 450008, Ufa, Russia;

²The Federal State Budget Educational Institution of Higher Education “The S. Ordzhonikidze Russian State Geological Exploration University”, 117997, Moscow, Russia

The article considers dynamics and main indices of primary and total disability of adult and children population in the regions in 2005—2015 as compared to similar indices of the Russian Federation on the basis of the data of Medical Informational Analytical Center of the Ministry of Health Care of the Republic of Bashkortostan, the territorial Agency of Federal Service of State statistics of the Republic of Bashkortostan. The characteristics of indices and their dynamics, structure of leading causes of disability of adult and children population and differences in levels of disability were established. The established tendencies of dynamics of indices of disability in the Republic of Bashkortostan can be taken as a principle in development of programs of prevention of disability and rehabilitation of disable individuals.

К е y o r d s : *total and primary disability; the Republic of Bashkortostan; adult and children population.*

For citation: Askarova Z. F., Davletshin R. A., Askarov R. A. The trends in disability of adult and children population of the Republic of Bashkortostan in 2000—2015. *Problemi socialnoi gigiyeni, zdravookhraneniya i istorii meditsini*. 2019;27(2):123—127 (In Russ.). DOI: <http://dx.doi.org/10.32687/0869-866X-2019-27-2-123-127>

For correspondence: Askarova Z. F., doctor of medical sciences, professor of the Chair of Hospital Therapy № 2 of Federal State Budget Educational Institution of Higher Education “The Bashkir State Medical University”. e-mail: zagira_a@mail.ru

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

Acknowledgment. The study had no sponsor support

Received 29.09.2017
Accepted 10.10.2017

Показатели инвалидности — одни из основных оценочных критериев, характеризующих доступность, качество, эффективность медико-социальной помощи населению, включая проведение профилактических и реабилитационных мероприятий, внедрение инновационных технологий в медицинскую практику [1]. Установлено, что показатели инвалидности населения зависят от множества факторов. Было показано [2], что в структуре факторов, обуславливающих инвалидность, каждый фактор имеет свой уровень влияния: заболеваемость (25%), социально-экономические особенности региона (22%), демографические показатели (18%), деятельность учреждений здравоохранения (17%), экономический фактор (12%), деятельность врачебно-экспертной

службы (6%). По распространенности инвалидности судят о состоянии здоровья населения [3]. Республика Башкортостан (РБ) — одна из наиболее крупных и экономически развитых республик в составе Российской Федерации (РФ), но уровень ее социально-экономического развития по значительному числу показателей находится на относительно слабых позициях, занимая в рейтинге регионов по качеству жизни только 21-е место среди 85 субъектов РФ [4]. Численность населения РБ на начало 2015 г. составила 4 071 987, детского населения (0—17 лет) — 879 824 человека. В республике выделено 54 муниципальных района, 21 город, 2 поселка городского типа, 818 сельских поселений, 4534 сельских населенных пункта. С учетом особенностей природно-экономических

условий и ресурсов, уровня территориальной концентрации и производственной специализации, а также сложившихся социально-экономических связей на территории РБ выделяют 7 социально-экономических регионов [5]. Целью работы стало изучение динамики впервые выявленной инвалидности и распространенности инвалидности взрослого и детского населения в регионах РБ за 2000—2015 гг. сравнительно с аналогичными показателями по РФ.

Материалы и методы

В работе использованы материалы медицинского информационно-аналитического центра Министерства здравоохранения РБ, Территориального органа Федеральной службы государственной статистики РБ, Росстата [6—10]. Статистическая обработка проводилась с использованием пакета прикладных программ Statistica версии 8.0, включающего параметрические и непараметрические методы оценки достоверности различий.

Результаты исследования

Согласно данным Росстата, общее число инвалидов в РБ увеличилось с 182 303 в 2000 г. до 314 010 в 2015 г. (7,7% населения), а в показателях — с 44,4 до 77,1 случая на 1 тыс. населения. За аналогичный период общее число инвалидов по РФ увеличилось от 10 592 до 12 924 тыс. (от 73,2 до 88,4‰). Максимальный рост был зарегистрирован в 2005 г., что объясняется вступлением в силу ФЗ от 22.08.2004 № 122, который «приравнял» инвалидов к категории граждан, имеющих право на получение набора социальных услуг. При сравнении среднескользящего уровня инвалидности с соответствующими показателями по РФ ($85,3 \pm 2‰$) выявлены более низкие показатели общей инвалидности населения РБ ($69,6 \pm 4,6‰$; $t=6,0$; $p<0,001$; рис. 1).

В 2015 г. в общей численности инвалидов инвалиды III группы составили 46,9%, II группы — 40,5% и

I группы — 7,8%, дети-инвалиды — 4,8% (по РФ 10,5; 50,1; 34,8 и 4,7% соответственно в 2014 г.).

Инвалидность взрослого населения. За 2000—2015 гг. численность лиц в возрасте 18 лет и старше, впервые признанных инвалидами, в РБ снизилась с 19 039 до 18 414, а уровень первичной инвалидности — с 63,3 до 58 случаев на 10 тыс. населения (по РФ — от 76,7 до 59‰). При этом в динамике наблюдался скачкообразный рост уровня первичной инвалидности в 2004—2005 гг., далее произошло снижение показателя. В то же время наблюдался рост этого показателя среди взрослого населения Западного (среднегодовой темп прироста 0,2%), Южного (0,4%), Уральского (0,1%) регионов. Максимальные уровни первичной инвалидности взрослого населения отмечаются в Северном ($113,4 \pm 33,2$ на 10 тыс. населения), Западном ($112,5 \pm 30,1‰$), Северо-Западном ($110,8 \pm 28,3‰$), Уральском ($110,6 \pm 33,2‰$) регионах. При сравнительном анализе среднескользящие показатели первичной инвалидности взрослого населения Северо-Восточного региона оказались ниже аналогичных показателей Южного ($p=0,005$), Северо-Западного ($p=0,010$) регионов и по РФ ($p=0,000$) (критерий Kruskal—Wallis). В значениях этого показателя по РБ ($98,5 \pm 21,0‰$) и РФ ($85,3 \pm 6,3‰$; $t=0,74$) существенных различий не выявлено (рис. 2).

За анализируемый период прослеживается изменение структуры первичной инвалидности взрослого населения. Во все годы наблюдения 1-е ранговое место занимают инвалиды вследствие болезней системы кровообращения, доля которых уменьшилась с 35,3% в 2000 г. до 27,6% в 2015 г. (с уровнем $51,2 \pm 17,3$ на 10 тыс. взрослого населения) и не отличалась от аналогичных показателей по РФ. Инвалиды вследствие новообразований занимают 2-е место, удельный вес их увеличился с 18,7 до 36,8%, и в 2015 г. они переместились на 1-е ранговое место с уровнем $16,1 \pm 0,8‰$. Уровень первичного выхода на

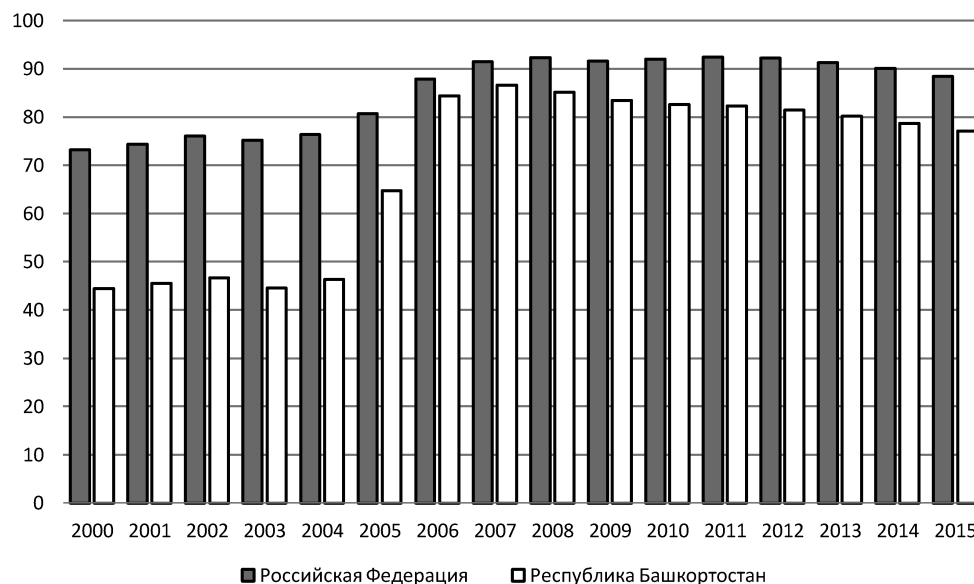


Рис. 1. Динамика общей численности инвалидов в РБ и РФ (на 1 тыс. населения).

Здоровье и общество

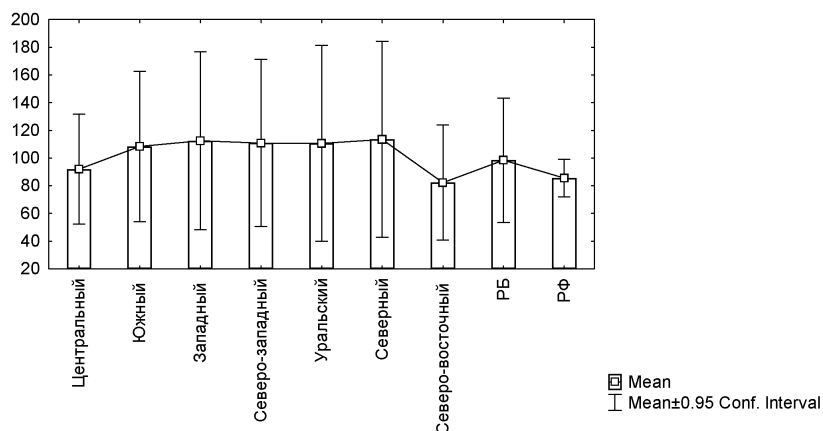


Рис. 2. Уровень первичной инвалидности взрослого населения в регионах Республики Башкортостан в 2000—2015 гг. (на 10 тыс. взрослого населения).

инвалидность вследствие новообразований взрослого населения РБ в 2015 г. составил 21,3 на 10 тыс. населения, что на 80,5% выше уровня 2000 г., при этом среднееголетние показатели превышают аналогичные по РФ ($13,9 \pm 0,7\text{‰}$; $t=5,8$; $p<0,000$). Инвалиды вследствие травм, отравлений и других воздействий внешних причин в 2000 г. занимали 3-е место (6,4%), затем их доля снизилась до 3%, и в 2015 г. они заняли 4-е место с уровнем $3 \pm 0,2\text{‰}$ (по РФ — $4,4 \pm 0,2\text{‰}$). В 2000 г. болезни костно-мышечной системы и соединительной ткани занимали 4-е место (5,9%), а в 2015 г. переместились на 3-е с удельным весом 4,9% и уровнем $5,8 \pm 0,9\text{‰}$ (по РФ — $6,6 \pm 0,3\text{‰}$). В 2000—2015 гг. инвалиды вследствие болезней глаза и его придаточного аппарата занимали 4-е место, что составило $3,8 \pm 0,5$ случая на 10 тыс. взрослого населения и было выше аналогичного показателя по РФ ($2,6 \pm 0,2\text{‰}$; $t=3,3$; $p<0,005$). В динамике удельный вес данной патологии уменьшился с 8,3 до 3,3%. В структуре первичной инвалидности взрослого населения РБ инвалиды вследствие болезней органов дыхания занимали 5-е место. Уровень снизился с $3,6\text{‰}$ в 2000 г. до $1,2\text{‰}$ при среднем значении $4,4 \pm 1,3\text{‰}$ и оказался несколько выше аналогичного показателя по РФ ($2,4 \pm 0,2\text{‰}$; $t=1,81$). Возрос удельный вес впервые признанных инвалидами вследствие туберкулеза в возрасте 18 лет и старше с 2,4% в 2000 г. до 2,8% в 2015 г., вследствие болезней уха и сосцевидного отростка (с 0,1 до 5,1% соответственно), органов пищеварения (с 1,3 до 2,3%), болезней, вызванных ВИЧ-инфекцией (с 0,02 до 0,4%). В то же время снизился удельный вес инвалидов вследствие психических расстройств и расстройств поведения (с 4,4 до 3,3%), болезней нервной системы (с 3,9 до 3,6%), болезней эндокринной системы (с 3,1 до 1,9%). Увеличение уровня первичной инвалидности взрослого населения отмечено от злокачественных новообразований (на 80,5%), болезней органов пищеварения (на 62,7%), туберкулеза всех форм (на 6,9%), болезней уха, от ВИЧ-инфекций (в 15,9 раза). По остальным нозологическим группам наблюдалось снижение уровня первичной инвалидности. В 2015 г. в структуре первичной инвалидности (по

группам инвалидности) инвалиды I группы составляли 15,3%, II — 35,7%, III — 48,9%. Из общего числа инвалидов доля лиц трудоспособного возраста составляла 44,3% (по РФ — 18; 37,7; 44,3; 46,8% соответственно).

Анализ и ранжирование муниципальных образований по уровню среднееголетних показателей первичной инвалидности взрослого населения выявил значительное различие в регионах. В целом в 36 территориях республики показатель оказался выше среднереспубликанских значений. Высокий уровень первичной инвалидности взрослого населения по среднееголетним данным (2000—2015 гг.) зарегистрирован в Еремеевском ($152,6 \pm 50\text{‰}$), Дюртюлинском ($147,0 \pm 53,1\text{‰}$), Зилаирском ($140,9 \pm 55,7\text{‰}$), Татышлинском ($140,6 \pm 53,9\text{‰}$), Чекмагушевском ($140,2 \pm 41,8\text{‰}$), Янаульском ($138,7 \pm 44,4\text{‰}$), Федоровском ($137,6 \pm 46,8\text{‰}$), Краснокамском ($136,3 \pm 43,7\text{‰}$) районах, минимальные — в Дуванском ($70,3 \pm 21,9\text{‰}$), Белокатайском ($70,4 \pm 15,1\text{‰}$), Мишкинском ($71,9 \pm 13,7\text{‰}$), Иглинском ($81,0 \pm 19,3\text{‰}$), Мечетлинском ($81,5 \pm 17,2\text{‰}$) районах и в городах Салават ($81,2 \pm 8,5\text{‰}$) и Стерлитамак ($81,6 \pm 12,7\text{‰}$).

Детская инвалидность. В соответствии с изменением российского законодательства верхняя возрастная граница статуса ребенок-инвалид расширена до 18 лет, что стало учитываться с 2001 г. В связи с этим анализ показателей инвалидности детского населения РБ нами проведен за 2001—2015 гг. Снижение численности детей-инвалидов в 2015 г. по сравнению с 2001 г. составил 23,5% (с 18 826 до 14 393). Значительную долю в 2015 г. составляли дети в возрасте 10—14 лет (33%), затем 5—9 лет (31,1%), 0—4 года (17,8%) и подростки-инвалиды 15—17 лет (18,1%). В целом за 2001—2015 гг. отмечено снижение показателя распространенности детской инвалидности с 175,3 до 163,6 на 10 тыс. детей с варьированием в регионах от 155,2‰ (Центральный регион) до 175,5‰ (Западный регион). При этом отмечено существенное его снижение в 2004—2008 гг., подъем в 2011 г. ($171,3\text{‰}$), относительно стабильный уровень в 2012—2014 гг. с последующим снижением в 2015 г. В то же время динамика показателей распространенности инвалидности детского населения в Уральском, Северном и Южном регионах характеризовалась тенденцией к росту (см. таблицу).

За анализируемый период прослеживается изменение структуры общей детской инвалидности. Увеличился удельный вес психических расстройств и расстройств поведения с 18% в 2001 г. до 33,6% (по РФ 24,7%) в 2015 г., болезней нервной системы (21,7% в 2015 г. против 21% в 2000 г.; по РФ — 20,3%), врожденных аномалий (пороков развития), деформации и хромосомных нарушений (17,4% в 2015 г. против 23,4% в 2001 г.; по РФ — 17,7% в 2015 г.), и на долю трех причин в 2015 г. приходится 72,7% всех

Динамика детской инвалидности в регионах РБ (2001—2015)

Показатель	Год	Западный	Южный	Центральный	Уральский	Северо-Западный	Северный	Северо-Восточный
Общая инвалидность, на 10 тыс. детского населения	2001	187,1	163,8	176,5	167,6	178,6	174,1	186,3
	2002	185,2	170,2	164,8	160,9	174	167,8	187,8
	2003	177	154,8	150,5	152,7	162,2	151,1	174,5
	2004	168,6	143,9	140,7	151,9	155,2	147,7	165,7
	2005	168,4	146,3	141	152,4	148,2	143,2	156,5
	2006	171	151,1	144,3	151,7	140,7	139,4	153,7
	2007	169,5	146,8	146,5	153	141,7	139,6	145,9
	2008	165,3	154,6	149,3	159,5	141,3	144,2	141,7
	2009	169,5	160,9	157,7	168	156,6	156,1	144,4
	2010	176,4	170,2	161,1	176,4	166,2	163,3	146,4
	2011	176,8	178,6	162,4	183,5	166,0	170,6	156,7
	2012	181,1	173,9	159,3	186,1	173,7	169,5	158,1
	2013	181,3	175,0	160,7	183,1	174,1	173,5	165,7
	2014	181,6	178,7	154,8	182,5	168,2	180,7	166,5
	2015	173,9	167	158,4	184	158,1	183,4	169,5
Дети с впервые установленной инвалидностью, абс. число	2001	482	665	634	302	331	67	88
	2002	495	615	598	345	193	68	90
	2003	411	417	523	252	146	55	62
	2004	378	489	587	296	134	61	91
	2005	364	432	523	314	143	59	85
	2006	419	442	581	266	115	56	65
	2007	310	376	512	267	117	62	42
	2008	320	426	524	264	123	68	51
	2009	379	465	601	278	166	81	62
	2010	397	467	618	239	134	82	66
	2011	335	503	591	253	138	81	86
	2012	348	420	598	224	132	49	62
	2013	339	348	685	197	117	70	68
	2014	362	399	591	242	124	83	67
	2015	320	318	584	231	109	57	48

причин инвалидности. Болезни эндокринной системы, расстройства питания и нарушения обмена веществ составили 6,1% в 2015 г. против 5,1% в 2001 г. с уровнем инвалидности за 2001—2015 гг. 9,6 на 10 тыс. детей соответствующего возраста. Болезни уха и сосцевидного отростка — 5,6% против 5,1% (по РФ — 3,7% в 2015 г.), глаза и его придаточного аппарата — 4,6% против 6,3% (по РФ 3,4%), новообразования — 3,6% против 3% (по РФ 4,5%), костно-мышечной системы и соединительной ткани — 2,7% против 4,4% (по РФ 4,7%), болезни крови и кровеносных органов — 1% против 0,9% (по РФ 7,4% в 2015 г.).

В РБ за анализируемый период рост показателей распространенности детской инвалидности наблюдался от болезней, обусловленных психическими расстройствами и расстройствами поведения (с 31,6‰ в 2001 г. до 55‰ в 2015 г.), от новообразований (с 5,2 до 5,9‰), болезней эндокринной системы (с 8,9 до 9,9‰), болезней системы кровообращения (с 0,4 до 1,3‰), болезней уха и сосцевидного отростка. По остальным нозологическим формам отмечено снижение распространенности инвалидности. Изучение различий (критерий Kruskal—Wallis) показало, что среднемноголетние показатели распространенности детской инвалидности западного региона выше аналогичных показателей Северо-Восточного ($p=0,046$) и Центрального ($p=0,000$) регионов (рис. 3).

Анализ и ранжирование муниципальных образований по уровню среднемноголетних показателей распространенности детской инвалидности выявил значительное различие в регионах: в 31 территории республики показатель был выше среднереспубликанских значений. Максимальные уровни показателя общей детской инвалидности отмечены в Туймазинском (298,8±3,1‰), Зилаирском (217,1±9,1‰), Дюртюлинском (205,8±3,2‰), Стерлибашевском (193,6±6,0‰), Кушнаренковском (193,2±5,0‰), Стерлитамакском (192,6±7,7‰), Янаульском (187,3±7,0‰), Бижбулякском (187,0±6,6‰), Балтачевском (183,1±4,1‰), Белорецком (181,9±3,1‰) районах, минимальные — в Абзелиловском (131,3±4,9‰), Федоровском (134,0±2,5‰), Мишкинском (136,6±2,7‰), Бирском (138,5±2,8‰) районах, в городах Октябрьский (137,0±3,7‰), Агидель (139,2±4,5‰). В среднем за 2001—2015 гг. в РБ показатель составил 163,3±2,1‰.

Численность детей, впервые признанных инвалидами, в РБ снизилась с 2608 в 2001 г. до 1700 в 2015 г., уровень инвалидности в 2015 г. составил 19,3 на 10 тыс. детского населения, что ниже уровня 2001 г. на 20,5%, при среднегодовом темпе снижения 1,6%. Анализ региональных особенностей первичной детской инвалидности показал, что в регионах, как и в РБ в целом, произошло ее снижение. Исключением явились Уральский и Северный регионы, где ее уровень повысился у детей 0—17 лет на 6,5 и 26,8% соответственно. В структуре первичной детской инвалидности в 2015 г. среди всех детей-инвалидов 46,5% составляют дети в возрасте 0—4 года, 27,6% — 5—9-летние, 18,5% — 10—14-летние, в возрасте 15—17 лет — 7,3%. Среднемноголетние показатели первичной детской инвалидности в регионах не имеют существенных различий. Однако анализ и ранжирование муниципальных образований по уровню среднемноголетних показателей первичной инвалидности детского населения выявил значительное различие в регионах. Высокий уровень первичной детской инвалидности за 2001—2015 гг. зарегистрирован в Дюртюлинском (32,8±2,0‰), Белорецком (28,6±1,3‰), Зилаирском (27,6±2,6‰), Архангель-

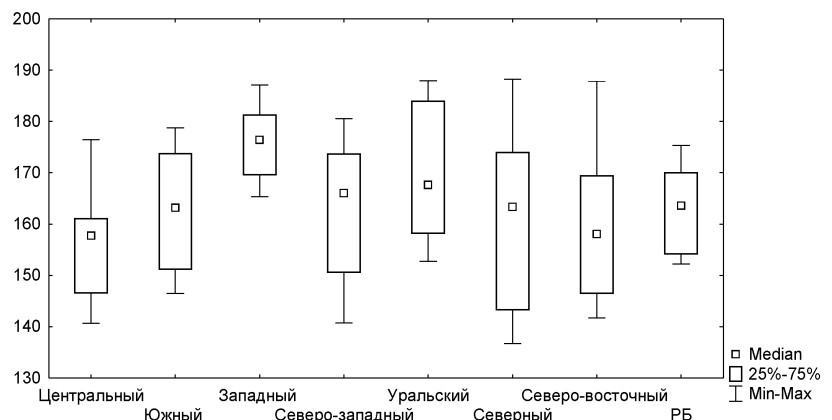


Рис. 3. Распространенность детской инвалидности в регионах РБ в 2001—2015 гг. (на 10 тыс. детского населения).

Здоровье и общество

ском ($27,4 \pm 3,0\text{‰}$), Янаульском ($27,4 \pm 2,5\text{‰}$), Бижбулякском ($26,8 \pm 2,3\text{‰}$), Илишевском ($26,0 \pm 2,6\text{‰}$) районах. Минимальные уровни инвалидности отмеченных в Зианчуринском ($18,9 \pm 1,5\text{‰}$), Хайбуллинском ($18,1 \pm 1,4\text{‰}$), Шаранском ($18,0 \pm 2,2\text{‰}$), Уфимском ($16,4 \pm 1,5\text{‰}$) районах и городах Октябрьский ($17,3 \pm 1,0\text{‰}$) и Агидель ($15,3 \pm 1,7\text{‰}$), тогда как по РБ — $21,8 \pm 0,5\text{‰}$.

Заключение

Анализ первичной и общей инвалидности детского и взрослого населения в регионах РБ за 2000—2015 гг. позволил выявить региональные особенности показателей и их динамики. В республике наблюдалось увеличение общего числа инвалидов и уровня инвалидности, однако среднескользящий уровень инвалидности населения ($69,6 \pm 4,6\text{‰}$) оказался ниже, чем по РФ ($85,3 \pm 2,0\text{‰}$; $t=6,0$; $p<0,001$). Наиболее высокий уровень первичной инвалидности взрослого населения отмечался в Северном, Западном, Южном, Северо-Западном регионах, низкий — в Северо-Восточном. За анализируемый период прослеживается изменение структуры первичной инвалидности взрослого населения. На первом месте в 2015 г. оказались злокачественные новообразования, опередив болезни системы кровообращения, наблюдается увеличение первичной инвалидности взрослого населения от злокачественных новообразований, болезней органов пищеварения, туберкулеза всех форм, болезней уха, ВИЧ-инфекций. Среднескользящие показатели первичной инвалидности взрослого населения РБ от злокачественных новообразований, болезней глаза и его придаточного аппарата превышают аналогичные по РФ.

Распространенность детской инвалидности в РБ имеет тенденцию к снижению, в то же время в Уральском, Северном и Южном регионах наблюдается тенденция к ее росту. Продолжает увеличиваться распространенность инвалидности детского населения, обусловленной психическими расстройствами и расстройствами поведения, новообразованиями, болезнями системы кровообращения, уха и лицевого оттока. Структура общей детской инвалидности в РБ, как и по РФ, характеризуется существенным преобладанием психических расстройств, заболеваний нервной системы и врожденных аномалий. При сравнительном анализе среднескользящие показатели общей детской инвалидности Западного региона оказались выше аналогичных показателей Северо-Восточного и Центрального регионов. В регионах, как и в РБ в целом, произошло снижение показателя первичной детской инвалидности, исключением явились Уральский и Северный регионы, где ее уровень повысился, однако в показателях первичной детской инвалидности по регионам значимых различий не выявлено. Выявленные тенден-

ции динамики показателей инвалидности в РБ и регионах могут быть положены в основу разработки программ профилактики инвалидности и реабилитации инвалидов.

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

ЛИТЕРАТУРА

1. Пузин С. Н., Гришина Л. П., Беличенко В. В. Оценка динамики первичной инвалидности в Российской Федерации за 10 лет (1996—2005) и прогноз на 2006—2010 гг. *Медико-социальная экспертиза и реабилитация*. 2007;(3):32—4.
2. Гришина Л. П., Лаврова Д. И. Инвалидность как многофакторная проблема. *Медико-социальная экспертиза и реабилитация*. 2006;(2):27—30.
3. Гришина Л. П. Основные показатели первичной инвалидности в Российской Федерации. М.: Федеральное бюро медико-социальной экспертизы; 2013.
4. Рейтинг регионов РФ по качеству жизни. 2015. М.: РИА Рейтинг; 2016.
5. Доклад о развитии человеческого потенциала в Республике Башкортостан. Уфа; 2008.
6. Демографические процессы в Республике Башкортостан. Уфа: Башкортостанстат; 2016.
7. Российский статистический ежегодник. 2008. М.: Росстат; 2008.
8. Российский статистический ежегодник. 2016. М.: Росстат; 2016.
9. Здоровье населения и деятельность медицинских организаций Республики Башкортостан в 2015 г. Уфа; 2016.
10. Основные показатели первичной инвалидности взрослого населения РФ в 2014 г. Доступно по ссылке: http://www.gks.ru/wps/wcm/connect/rosstat_main/rosstat/ru/statistics/databases/emiss/ (Дата обращения: 03.06.2017 г.).

Поступила 29.09.2017
Принята в печать 10.10.2017

REFERENCES

1. Puzin S. N., Grishina L. P., Belichenko V. V. Evaluation of the dynamics of primary disability in the Russian Federation for 10 years (1996—2005) and forecast (2006—2010). *Mediko-socialnaja jekspertiza i reabilitacija*. 2007;(3):32—4 (in Russian).
2. Grishina L. P., Lavrova D. I. Disability as a multifactorial problem. *Mediko-socialnaja jekspertiza i reabilitacija*. 2006;(2):27—30 (in Russian).
3. Grishina L. P. Key indicators of primary invalidity in the Russian Federation. M.: The Federal Bureau of Medical and Social Expertise [Osnovnye pokazateli pervichnoj invalidnosti v Rossijskoy Federatsii. Federalnoe byuro mediko-socialnoi ekspertizy. Stat. sb.]. Moscow; 2013 (in Russian).
4. Rating of regions of the Russian Federation for quality of life 2015. [Reyting regionov RF po kachestvu zhizni 2015]. Moscow: RIA Rating; 2016 (in Russian).
5. Report on Human Development in the Republic of Bashkortostan [Doklad o razvittii chelovecheskogo potentsiala v Respublike Bashkortostan]. Ufa; 2008 (in Russian).
6. Demographic processes in the Republic of Bashkortostan [Demograficheskie protsessy v Respublike Bashkortostan. Stat. sb.] Ufa: Bashkortostanstat; 2016 (in Russian).
7. Russian Statistical Yearbook [Rossiyskiy statisticheskiy ezhegodnik]. Moscow: Rosstat; 2008 (in Russian).
8. Russian Statistical Yearbook [Rossiyskiy statisticheskiy ezhegodnik]. Moscow: Rosstat; 2016 (in Russian).
9. Health of the population and the activities of medical organizations of the Republic of Bashkortostan in 2015 [Zdorove naseleniya i deyatel'nost meditsinskikh organizatsiy Respubliki Bashkortostan v 2015 g.]. Ufa; 2016 (in Russian).
10. Basic indicators of primary disability of the adult population of the Russian Federation in 2014 [Osnovnye pokazateli pervichnoj invalidnosti vzroslogo naseleniya RF v 2014 g.]. Available at: http://www.gks.ru/wps/wcm/connect/rosstat_main/rosstat/ru/statistics/databases/emiss/ (accessed 03.06. 2017) (in Russian).

© Коллектив авторов, 2019
УДК 616-091.11-053.7

Согиайнен А. А., Чичерин Л. П., Щепин В. О.

РЕГИОНАЛЬНЫЕ ОСОБЕННОСТИ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ ГРАЖДАН ПРИЗЫВНОГО ВОЗРАСТА

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

Представлен анализ специфики качества жизни граждан призывного возраста в Московской области и Приморском крае Российской Федерации в свете комплексного подхода к оценке контингента с учетом региональных особенностей и многофакторного характера формирования психического и физического здоровья. Сравнительное исследование проведено с применением опросника MOSSF-36 (физическое функционирование, ролевая деятельность, общее состояние здоровья, жизненная активность, психическое здоровье) на контингенте молодых людей призывного возраста 18—27 лет. Рассматриваются различия в показателях качества жизни по регионам России и в динамике за 5 лет.

Ключевые слова: качество жизни, призывной возраст.

Для цитирования: Согиайнен А. А., Чичерин Л. П., Щепин В. О. Региональные особенности качества жизни граждан призывного возраста. Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. 2019;27(2):128—130. DOI: <http://dx.doi.org/10.32687/0869-866X-2019-27-2-128-130>

Для корреспонденции: Согиайнен Александр Алексеевич, канд. мед. наук, генеральный директор Медицинского центра инновационных технологий, соискатель ФГБНУ «Национальный НИИ общественного здоровья им. Н. А. Семашко», e-mail: sogalex@ya.ru.

Sogiiainen A. A., Chicherin L. P., Shchepin V. O.

THE REGIONAL CHARACTERISTICS OF QUALITY OF LIFE OF CITIZEN OF MILITARY AGE

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

The article presents the analysis of characteristics of quality of life of citizen of military age in the Moscow oblast and the Primorsky Krai of the Russian Federation in the light of comprehensive approach to evaluation of the contingent with the regard to regional characteristics and multi-factorial mode of development of mental and physical health. The comparative study was carried out applying the questionnaire MOSSF-36 (physical functioning, role activity, general health condition, live activity, mental health) to contingent of young people of military age. The differences in indices of quality of life are considered depending on regions of Russia and in 5 years dynamics.

Keywords: quality of life; military age.

For citation: Sogiiainen A. A., Chicherin L. P., Shchepin V. O. The regional characteristics of quality of life of citizen of military age. *Problemi socialnoi gigieni, zdravookhraneniya i istorii meditsini*. 2019;27(2):128—130 (In Russ.). DOI: <http://dx.doi.org/10.32687/0869-866X-2019-27-2-128-130>

For correspondence: Sogiiainen A. A., candidate of medical sciences, the applicant of the Federal State Budget Scientific Institution “The N. A. Semashko National Research Institute of Public Health”. e-mail: sogalex@ya.ru.

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

Acknowledgment. The study had no sponsor support

Received 28.01.2019

Accepted 30.01.2019

Сбережение нации путем повышения качества жизни, укрепления здоровья населения и обороны страны Стратегией национальной безопасности России, утвержденной Указом Президента Российской Федерации от 31.12.2015 № 683, обозначено как важнейший национальный интерес на долгосрочную перспективу. При этом здравоохранение, включая существенное развитие профилактической и персонализированной медицины с упором на первичную медико-санитарную помощь, было названо в числе основных стратегических приоритетов, которые обеспечивают национальные интересы государства. В укреплении обороноспособности страны особое место занимает молодежь, в том числе призывного возраста. Она представляет собой социально-демографическую группу, выделяемую на основе возрастных характеристик, социального положения, специфических интересов и ценностей. Согласно Основам государственной молодежной политики Российской Федерации до 2025 г. (распоряжение Правительства от 29.11.2014 № 2403-р), в этот контингент включены лица в возрасте 14—30 лет. По данным Росстата, на эту группу при-

ходит 25,2 млн населения, в том числе 11,5 млн юношей до- и призывного возраста (15—27 лет).

В России разработана система мероприятий по медицинскому обеспечению граждан призывного возраста (Концепция федеральной системы подготовки граждан РФ к военной службе на период до 2020 г., утвержденная распоряжением Правительства от 03.02.2010 № 134-р), которая направлена на улучшение состояния морально-психологического состояния, физической подготовленности и состояния здоровья призывных контингентов.

Уменьшение срока службы по призыву до 12 мес предполагает повышение требований к качеству мероприятий по подготовке граждан к военной службе. В первую очередь это увеличение количества и категории годности к военной службе. В настоящее время специалисты обращают особое внимание на выраженное снижение показателей состояния здоровья, психологических параметров и физического развития подрастающего поколения. Ранее нами в рамках выполнения Концепции были представлены результаты специального комплекс-

Здоровье и общество

ного исследования состояния в Российской Федерации мер по укреплению и сохранению здоровья граждан призывного возраста, научное обоснование механизмов оптимизации медицинского обеспечения при реализации вышеуказанной Концепции, а также освещены организационно-методические и нормативно-правовые проблемы недостаточно изученного аспекта лицензирования и стандартизации военно-врачебной экспертизы [1, 2].

На современном этапе развития общества на ведущие места выходят социальные, психологические, духовные и иные составляющие жизни каждого молодого человека, что согласуется с определением ВОЗ здоровья как полного физического, социального и психологического благополучия человека, а не просто отсутствия заболеваний. Вкупе с другими показателями изучение качества жизни молодежи, в данном случае граждан призывного возраста, позволяет с максимальной точностью оценить весь комплекс здоровья, выявить основные проблемы медицинского обеспечения мероприятий по подготовке их к военной службе. Однако вопросы качества жизни допризывников 15—17 лет и лиц призывного возраста, их приверженности здоровому образу жизни получили недостаточное освещение в научной литературе.

Целью данного исследования явилась оценка качества жизни молодых людей 18—27 лет в динамике за последние 5 лет на примере Московской области и Приморского края.

Материалы и методы

Качество жизни с позиций здравоохранения представляет собой сочетание внешних условий и параметров состояния здоровья конкретного человека, которые позволяют достичь физического, психического, социального благополучия, отражающее степень восприятия обществом в целом и отдельными людьми того факта, как удовлетворяются их потребности [3].

Показатели качества жизни контингента нами были изучены с применением опросника MOSSF-36 (Medical Outcome Study Short Form Health Survey), адаптированного и апробированного Институтом клинико-фармакологических исследований. Выбор данного инструмента был обусловлен тем фактом, что он получил широкое распространение в российских условиях как наиболее простой и удобный инструмент для сбора, статистической обработки и анализа полученных результатов [4].

С целью выявления трендов показателей и региональных особенностей нами был проведен сравнительный анализ качества жизни молодых людей 18—27 лет Приморского края ($n=373$) и Московской области ($n=568$). Помимо этого, в динамике сравнивались показатели качества жизни граждан призывного возраста, которые проживали на территории Московской области в 2012 г. ($n=423$) и 2016 г. ($n=568$).

Для выполнения целей исследования вопросы опросника были разбиты на 8 основных шкал: «жизненная активность», «ролевая деятельность», «пси-

хическое здоровье», «физическое функционирование», «общее состояние здоровья», «интенсивность боли», «ролевое функционирование, обусловленное физическим состоянием», «ролевое функционирование, обусловленное эмоциональным состоянием», которые формируют две укрупненные группы — душевное и физическое благополучие. Максимальное возможное значение каждой шкалы составляет 100, что означает полное благополучие.

Результаты исследования

На территории Московской области в 2012 г. общий балл показателя качества жизни был равен 77. По отдельным параметрам юноши показали следующие результаты: по количеству набранных баллов 1-е ранговое место заняла шкала «физическое функционирование» (91,1 балла), 2-е — «социальное функционирование» (82,2 балла), 3-е — «ролевое функционирование, обусловленное эмоциональным состоянием» (82,1 балла). На 7-м и 8-м ранговых местах находились показатели психического здоровья (71,5 балла) и жизненной активности (66,4 балла), что позволило сделать вывод о наличии среди всей группы граждан призывного возраста психического неблагополучия, а также депрессивно-тревожных состояний, общего снижения жизненной активности.

В целях динамического анализа показателей и расчета направленности линий тренда изучаемых показателей у молодежи, проживающей в Московской области, нами был проведен опрос контингента по данной методике в 2016 г. Обобщенные результаты анализа полученных данных представлены в таблице.

По сравнению с 2012 г. общий балл качества жизни увеличился и составил 80,5 балла. В 2016 г. при исследовании контингента 1-е ранговое место получила шкала «общее состояние здоровья» (94,6 балла), 2-е и 3-е — «физическое функционирование» (85 баллов) и «ролевое функционирование, обусловленное эмоциональным состоянием» (84 балла). Наименьшие показатели наблюдались у шкал «интенсивность боли» (74,6 балла) и «социальное функционирование» (69,1 балла). За прошедший период у контингента улучшилась субъективная оценка состояния здоровья за счет снижения болевых ощу-

Значение шкал опросника SF-36 для юношей 18—27 лет в субъектах РФ (в баллах)

Шкала	Московская область, 2016 г.		Московская область, 2012 г.		Приморский край, 2016 г.	
	М	σ	М	σ	М	σ
Физическое функционирование	85,0	21,4	91,1	16,1	86,4	24,6
Общее состояние здоровья	94,6	24,5	73,7	19,2	81,8	24,7
Интенсивность боли	74,6	16,2	73,5	18,9	90,4	19,7
Социальное функционирование	69,1	18,4	82,2	20,9	91,4	24,7
Психическое здоровье	82,1	18,5	71,5	17,5	78,1	19,5
Жизненная активность	77,4	21,2	66,4	19,6	66,1	12,7
Ролевое функционирование, обусловленное эмоциональным состоянием	83,9	21,2	82,1	30,8	82,7	14,6
Ролевое функционирование, обусловленное физическим состоянием	77,6	18,2	75,6	31,1	73,3	17,4
Средний балл	80,5	—	77,0	—	81,3	—

ний, но увеличились ограничения при общении и социальном взаимодействии из-за общего ухудшения эмоционального состояния.

При сравнительном анализе показателей качества жизни граждан призывного возраста в Московской области (в динамике за 2012 и 2016 гг.) средний балл качества жизни вырос на 4,5% и произошло изменение структуры ранговых мест основных показателей. Социальное функционирование снизилось на 15,9% (с 82,2 до 69,1 балла). Показатель физического функционирования снизился на 6,7%. Выросли показатели «общее состояние здоровья» (+28,4%), «жизненная активность» (+16,6%), «психическое здоровье» (+14,8%).

Для сравнения показателей качества жизни в различных регионах нами был проведен опрос граждан призывного возраста в Приморском крае и установлено, что общий балл качества жизни по всем шкалам составил 81, на первых местах в данном регионе находились «интенсивность боли» (90 баллов) и «физическое функционирование» (86 баллов), далее «ролевое функционирование, обусловленное физическим состоянием» (73 балла) и «жизненная активность» (66 баллов). Вышеперечисленное дает основание предполагать снижение жизненной активности контингента, ограничение повседневной деятельности, которые обусловлены физическим состоянием.

Обсуждение

Результаты проведенного комплексного сравнительного исследования позволяют сделать заключение, что граждане призывного возраста, проживающие в Московской области и Приморском крае, за последние 5 лет показывают высокие баллы качества жизни: 77—81 из 100 возможных баллов, которые имеют выраженную тенденцию к росту.

При сравнительном анализе показателей качества жизни граждан призывного возраста, проживающих на территориях Московской области и Приморского края многие показатели совпадают. Существенные различия выявлены по показателям «интенсивность боли» и «социальное функционирование», которые значительно выше у молодых людей Приморского края (на 21,2 и 32,3%), а показатели «общее состояние здоровья» и «жизненная активность» значительно ниже, чем у данного контингента в Московской области (на 13,5 и 14,6%).

Заключение

Сравнительное изучение проблем качества жизни призывного контингента 18—27 лет на примере двух полярных по многим показателям субъектов Российской Федерации (Московской области и Приморского края) позволило определить выраженную региональную специфику. Выявлено, что выносить экспертные заключения о годности к военной службе, базируясь только на антропометрических данных и уровне физической подготовленности недопустимо. Стала очевидной необходимость комплексного научного подхода к оценке качества жизни лиц, подлежащих призыву на военную службу, с учетом ком-

плекса территориальных особенностей и полифакторного характера формирования психического и физического здоровья данного контингента.

Итоги комплексного изучения проблем здоровья и медицинского обеспечения граждан призывного возраста в Российской Федерации и их апробации, в том числе качества жизни, позволили рекомендовать создать межведомственную рабочую группу, одной из основных функций которой должен стать учет результатов мониторинга данных показателей при проведении лечебно-профилактических мероприятий в период подготовки к военной службе, военно-врачебной экспертизы, непосредственно призыве в Вооруженные силы Российской Федерации с обязательным учетом региональных факторов. Все это направлено на создание эффективной системы практической реализации на местах положений федеральной Концепции подготовки граждан к военной службе.

На ближайшую перспективу Указом Президента РФ от 07.05.2018 № 204 «О национальных целях и стратегических задачах развития Российской Федерации на период до 2024 года» перед соответствующими структурами поставлена задача обеспечения высокого качества жизни общества, каждого человека. В рамках рассматриваемой в статье проблемы остается актуальным изучение в меняющихся условиях среды обитания качества жизни индивидуума, отдельных возрастных, профессиональных и иных групп населения.

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

ЛИТЕРАТУРА

1. Согойянен А. А., Чичерин Л. П., Щепин В. О. Пути совершенствования реализации Концепции федеральной системы подготовки граждан Российской Федерации к военной службе. *Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины*. 2017;25(1):29—33.
2. Согойянен А. А., Щепин В. О., Тельнова Е. А., Чичерин Л. П. Актуальные правовые и организационные проблемы лицензирования военно-врачебной экспертизы. *Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины*. 2017;25(5):290—5.
3. Щепин В. О., ред. Терминология по общественному здоровью и здравоохранению (четвертая редакция). М.: 2008.
4. Новик А. А., Ионава Т. И. Руководство по исследованию качества жизни в медицине. Ю. Л. Шевченко (ред.). М.: ЗАО «ОЛМА Медиа Групп»; 2007.

Поступила 28.01.2019
Принята в печать 30.01.2019

REFERENCES

1. Sogiyaynen A. A., Chicherin L. P., Schepin V. O. Ways to improve the implementation of the Concept of the federal system of training citizens of the Russian Federation for military service. *Problemy social'noj gigieny, zdravoohraneniya i istorii mediciny*. 2017; 25(1):29—33 (in Russian).
2. Sogiyaynen A. A., Schepin V. O., Telnova E. A., Chicherin L. P. Actual legal and organizational problems of licensing military-medical examination. *Problemy social'noj gigieny, zdravoohraneniya i istorii mediciny*. 2017;25(5):290—5 (in Russian).
3. Shchepin V. O., ed. Terminology on public health and health care [*Terminologiya po obshchestvennomu zdorov'yu i zdravoohraneniyu*]. Moscow; 2008 (in Russian).
4. Novik A. A., Ionova T. I. Guide to the study of the quality of life in medicine [*Rukovodstvo po issledovaniyu kachestva zhizni v meditsine*]. Yu. L. Shevchenko (ed.). Moscow: CJSC «OLMA Media Group»; 2007 (in Russian).

Сагина О. В.¹, Забалуева Э. Ю.², Несяева Е. В.²

СОСТОЯНИЕ СТОМАТОЛОГИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ ЖЕНЩИН ПРИ НЕКОТОРЫХ ГИНЕКОЛОГИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ

¹ФГБНУ «Национальный научно-исследовательский институт общественного здоровья им. Н. А. Семашко» Минобрнауки России, 105064, г. Москва;
²МКДЦ ФГБНУ «Научный центр неврологии» Минобрнауки России, 105064, г. Москва

Представлены результаты социологического исследования, в ходе которого определялось влияние гинекологической патологии на фоне гормонального дисбаланса на состояние здоровья женщин с воспалительными заболеваниями тканей пародонта. Выявлено, что гормональный дисбаланс у женщин может привести к серьезным нарушениям в тканях пародонта, проявляющимся развитием воспалительных заболеваний, поэтому своевременное выявление и коррекция этих нарушений имеют огромное значение для женского здоровья.

К л ю ч е в ы е с л о в а : стоматологическая помощь; состояние здоровья; стоматологическое состояние здоровья; социологическое исследование; корреляционная связь; заболевания тканей пародонта.

Для цитирования: Сагина О. В., Забалуева Э. Ю., Несяева Е. В. Состояние стоматологического здоровья женщин при некоторых гинекологических заболеваниях. Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. 2019;27(2):131—134. DOI: <http://dx.doi.org/10.32687/0869-866X-2019-27-2-131-134>

Для корреспонденции: Забалуева Элла Юрьевна, врач стоматолог-терапевт стоматологического отделения ФГБНУ «Научного центра неврологии» г. Москва, e-mail: ella.zabalueva@gmail.com

Sagina O. V.¹, Zabalueva E. Ju.², Nesiaeva E. V.²

THE CONDITION OF STOMATOLOGICAL HEALTH IN WOMEN UNDER PARTICULAR GYNECOLOGICAL DISEASES

¹The Federal State Budget Scientific Institution “The N. A. Semashko National Research Institute of Public Health”, 105064, Moscow, Russia;

²The Federal State Budget Scientific Institution “The Moscow Clinical Diagnostic Center of Neurology”, 105064, Moscow, Russia

The article presents the results of sociological survey analyzing impact of gynecological pathology, against the background of hormonal imbalance, on health of women with inflammatory diseases of periodontal tissues. It is established that hormonal imbalance in women can result in serious damages of periodontal tissues manifested in the form of developing inflammatory diseases. Therefore, timely detection and correction of these damages have an important significance for health of women.

К е y o r d s : dental care; health; dental health; sociological survey; correlation relationship; diseases of periodontal tissue.

For citation: Sagina O. V., Zabalueva E. Ju., Nesiaeva E. V. The condition of stomatological health in women under particular gynecological diseases. *Problemi socialnoi gigieni, zdravookhraneniya i istorii meditsini*. 2019;27(2):131—134 (In Russ.). DOI: <http://dx.doi.org/10.32687/0869-866X-2019-27-2-131-134>

For correspondence: Zabalueva E. Ju., the stomatologist of the Stomatological Department of Federal State Budget Scientific Institution “The Moscow Clinical Diagnostic Center of Neurology”. e-mail: ella.zabalueva@gmail.com

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

Acknowledgment. The study had no sponsor support

Received 04.04.2018
Accepted 24.06.2018

По данным национального эпидемиологического стоматологического обследования населения России, признаки болезней тканей пародонта у людей старше 35 лет встречаются в 81% случаев, к 25—30 годам более 50% населения имеет разнообразные клинические проявления патологии и нередко агрессивный характер течения процесса, что приводит к изменению реактивности организма пациентов и к полной потере зубов [1]. Реабилитация пациентов с пародонтальной патологией требует решения комплекса задач по восстановлению функции зубочелюстной системы и повышению качества жизни [2].

В последние десятилетия отмечается огромный прогресс в изучении связей между заболеваниями тканей пародонта и общим здоровьем человека, однако влияние различных системных факторов на механизм локальной морфофункциональной тканевой реакции является актуальной проблемой пародон-

тологии. Оценка роли гормональной регуляции в функциональном состоянии тканей пародонта уже давно привлекает внимание исследователей. В клинических наблюдениях установлено сочетание соматической патологии с различными воспалительными заболеваниями тканей пародонта. Гормональный дисбаланс у женщин может проявляться развитием воспалительных заболеваний тканей пародонта, поэтому его своевременное выявление и коррекция имеют большое значение для здоровья женщины. К тому же некоторые авторы отмечают, что в обсуждении плана лечения заболеваний тканей пародонта не участвуют врачи-акушеры и гинекологи-эндокринологи [3, 4].

Исследование проведено в целях оценки влияния гинекологических заболеваний на фоне гормонального дисбаланса на усугубление течения пародонтальной патологии у женщин.

Материалы и методы

В исследовании использованы методы математико-статистический, аналитический, социологический, сравнительного анализа.

Для выявления связи между наличием гормонального дисбаланса и воспалительными заболеваниями тканей пародонта у женщин по различным группам пациенток были рассчитаны парные коэффициенты корреляции. Достоверность коэффициентов корреляции (r_{xy}) оценивалась по таблице «Стандартные коэффициенты корреляции» [5] (уровень вероятности $p > 95\%$) [6].

Исследование проводилось среди женщин с гинекологическими заболеваниями и гормональным дисбалансом, подтвержденным лабораторно, после обследования у гинеколога-эндокринолога. В специально разработанной анкете-опроснике отмечали выявленные гинекологические синдромы и заболевания с нарушением менструального цикла или без такового (эндометриоз, миома матки, доброкачественные опухоли репродуктивных органов, гиперплазия эндометрия, преждевременная недостаточность яичников, гипогонадотропная аменорея, климактерический синдром). Рассматривались репродуктивный статус, возраст наступления менархе, анамнез переломов осевого скелета, использование женщинами до начала исследования с лечебной целью комбинированных оральных контрацептивов (КОК) либо менопаузальной гормональной терапии (МГТ), выявлялось наличие профессиональных вредностей, сопутствующей патологии, вредных привычек, определялся характер питания, физической активности.

Были опрошены 123 женщины в возрасте 18—59 лет: 114 пациенток с наличием воспалительных заболеваний тканей пародонта и гинекологическими заболеваниями в анамнезе, сопровождающимися гормональным дисбалансом, без показаний к операции, и 9 здоровых.

В опросе не принимали участие женщины с необходимостью экстренного оперативного вмешательства на органах репродуктивной системы, миомой матки больших размеров (более 12 нед), тяжелой соматической патологией, сахарным диабетом, заболеваниями крови, заболеваниями желудочно-кишечного тракта (ЖКТ) в стадии обострения (язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки), метаболическим синдромом, злокачественными новообразованиями любой локализации.

Из исследования были исключены пациентки, отказавшиеся от участия в нем, с отсутствием мотивации к лечению, с наступившей во время обследования беременностью.

Пациентки с гормональным дисбалансом и воспалительными заболеваниями тканей пародонта были разделены на группы по возрасту в зависимости от репродуктивного статуса:

1-я группа — 57 женщин репродуктивного возраста, 18—35 лет (средний возраст — 26,2±4,2 года);

2-я группа — 20 женщин позднего репродуктивного возраста, 36—44 года (средний возраст — 39,72±2,5 года);

3-я группа — 15 женщин в период менопаузального перехода, 45—52 года (средний возраст 47,6±2,5 года);

4-я группа — 7 женщин в возрасте 43—51 года, в постменопаузе более 5 лет, с преждевременной недостаточностью функции яичников (средний возраст — 47,0±2,5 года);

5-я группа — 15 женщин в постменопаузе, 55—59 лет (средний возраст — 56,3±1,4 года).

Результаты исследования

Среди опрошенных женщин были получены следующие результаты по использованию ими КОК и МГТ: в 1-й группе 52% принимали КОК, 48% не использовали гормонотерапию; во 2-й группе — 54 и 46% соответственно; в 3-й группе 48% пациенток были привержены приему КОК либо МГТ, 52% не принимали такие препараты; в 4-й группе — 54 и 46% соответственно; в 5-й группе — по 50%.

Из 55 пациенток, не принимавших КОК и МГТ, десяти было ранее назначено лечение гинекологом-эндокринологом. Однако современные методы лечения и контрацепции используются женщинами недостаточно, отмечается низкая их приверженность гормонотерапии.

Изучались особенности менструального цикла респондентов (см. таблицу). Материалы исследования свидетельствуют, что цикл урегулировался более года у 32% женщин 1-й группы, у 43% 2-й, у 14% 3-й, у 17% 4-й, у 85% 5-й группы.

Выявлено, что 60,7% пациенток 1-й группы, 50% 2-й, 37,1% 3-й, 16,7% 4-й и 14,5% 5-й отмечали кровоточивость десны с подросткового возраста; 28,5% женщин 1-й группы, 70% 2-й, 100% 3-й, 4-й и 5-й групп — во время беременности.

В ходе исследования выявлено, что при преждевременном (до 45 лет) наступлении климакса чаще наблюдаются заболевания тканей пародонта (81,1%), при своевременном наступлении климакса эта патология возникает реже (55,3%).

Пациентки 2-й группы имели прямую сильную корреляционную связь между наличием в анамнезе угрозы прерывания протекающей беременности и кровоточивостью десны с подросткового возраста. Пациентки этой же группы, регулярно занимающиеся спортом, нередко также наблюдали кровоточивость десны с подросткового периода (коэффициент одинаков в том и другом случае ($r_{xy}=0,802$);

У пациенток 4-й группы обнаруживается полная прямая функциональная связь между кровоточиво-

Особенность менструального цикла у опрошенных женщин (в %)

Особенность	Группа				
	1-я	2-я	3-я	4-я	5-я
Цикл урегулировался более года	32,0	43,0	14,0	17,0	100,0
Регулярный цикл с дисменореями	4,0	10,0	0	100,0	17,5
Нерегулярный цикл	8,0	30,0	29,0	0	8,5

Здоровье и общество

стью десны с подросткового возраста и гормональным дисбалансом в анализах крови по половым стероидам ($r_{xy}=1,000$).

Анализ полученных коэффициентов корреляции свидетельствует о наличии прямой связи средней силы:

- у пациенток 1-й группы с нормальным возрастом наступления менархе (11—15 лет) — между регулярным менструальным циклом и кровоточивостью десны с подросткового возраста ($r_{xy}=0,431$ и $r_{xy}=0,401$ соответственно), а кровоточивость десны во время беременности бывает сопряжена с гормональным дисбалансом в анализах крови по гормонам щитовидной железы ($r_{xy}=0,473$) и наличием у пациенток данной группы заболеваний щитовидной железы ($r_{xy}=0,473$);
- у пациенток 2-й группы — между нерегулярным менструальным циклом и кровоточивостью десны с подросткового возраста ($r_{xy}=0,655$), между кровоточивостью десны во время беременности и наличием в анамнезе снижения артериального давления либо артериальной гипертензии ($r_{xy}=0,667$), а также существует прямая связь средней силы между нормальным сроком урегулирования менструального цикла (до года) и кровоточивостью десны во время беременности ($r_{xy}=0,667$);
- у пациенток 1-й и 2-й групп между наличием в анамнезе инфекций, передающихся половым путем, эктопий шейки матки, доброкачественных опухолей репродуктивных органов и кровоточивостью десны во время беременности в первом случае ($r_{xy}=0,603$), во втором — между большим количеством пломб и болями в зубах ($r_{xy}=0,667$);
- прямая связь средней силы обнаруживалась у пациенток 3-й группы между нарушением гинекологического статуса на фоне гормонального дисбаланса и кровоточивостью десны во время беременности ($r_{xy}=0,527$), последний фактор коррелировал с гормональным дисбалансом в анализах крови по половым стероидам ($r_{xy}=0,433$), а также связь между кровоточивостью десны с подросткового возраста и наличием аутоиммунного тиреоидита при отягощенной наследственности у этих же пациенток по заболеваниям щитовидной железы (коэффициент корреляции одинаков в том и другом случае; $r_{xy}=0,365$);
- у пациенток 4-й группы прямая связь средней силы наблюдается между кровоточивостью десны во время беременности и наличием в анамнезе угрозы прерывания беременности ($r_{xy}=0,365$) и аменореи ($r_{xy}=0,693$), а также между кровоточивостью десны с подросткового возраста и нарушением в анализах крови по минеральному обмену ($r_{xy}=0,365$), между кровоточивостью десны во время беременности и наличием у родственников диагноза остеопороз ($r_{xy}=0,433$);

— у пациенток 5-й группы прямая связь средней силы существует между кровоточивостью десны с подросткового возраста и наличием в анамнезе переломов конечностей, пролапсов митрального клапана, аритмий ($r_{xy}=0,415$), между кровоточивостью десны во время беременности и наличием вредной привычки курения ($r_{xy}=0,527$).

Заключение

Исследование показало, что у всех обследуемых женщин на фоне гормонального дисбаланса обнаружено ухудшение стоматологического здоровья. При организации оказания медицинской помощи таким пациенткам рекомендуется: осуществлять тщательный сбор анамнеза, в частности по перенесенным и сопутствующим заболеваниям, составлять индивидуальный план лечения пациенток, в котором необходимо предусмотреть консультации и лечение у гинеколога-эндокринолога с целью повышения эффективности и сокращения сроков лечения заболеваний тканей пародонта.

Наряду с этим при наличии воспалительных заболеваний тканей пародонта, сопровождающихся гинекологической патологией на фоне гормонального дисбаланса у женщин, следует уделять особое внимание обучению врачей-стоматологов, их ориентированию на необходимость обращения пациенток за консультативной и лечебной помощью к гинекологу-эндокринологу. Проведение данных мероприятий является залогом положительного влияния на качество жизни пациенток и улучшения их здоровья.

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

ЛИТЕРАТУРА

1. Атрушкевич В. Г. Остеопороз в клинике болезней пародонта. Часть 1. Этиопатогенез хронического генерализованного пародонтита и нарушения фосфорно-кальциевого обмена. *Российский стоматологический журнал*. 2007;(5):42—6.
2. Янушевич О. О., Дмитриева Л. А., ред. Пародонтология: национальное руководство. М: ГЭОТАР-Медиа; 2018.
3. Сметник В. П. Эстрогены: от синтеза до клинического применения. М.: Практическая медицина; 2012.
4. Забалуева Э. Ю., Атрушкевич В. Г., Несяева Е. В., Палеева М. А., Зорян Е. В. Современный подход к лечению воспалительных заболеваний пародонта у женщин с гинекологической патологией. *Лечение и профилактика*. 2014;2(10):54—61.
5. Кучеренко В. З., ред. Применение методов статистического анализа для изучения общественного здоровья и здравоохранения. Учебное пособие для вузов. М.: ГЭОТАР-Медиа; 2007.
6. Мерков А. М., Поляков М. В. Санитарная статистика (пособие для врачей). Л.: Медицина; 1974.

Поступила 04.04.2018
Принята в печать 24.06.2018.

REFERENCE

1. Atrushkevich V. G. Osteoporosis in the clinic of periodontal diseases. Part 1. Etiopathogenesis of chronic generalized periodontitis and disturbance of phosphoric-calcium metabolism. *Rossiiskii stomatologicheskii zhurnal*. 2007;(5):42—6 (in Russian).
2. Yanushevich O. O., Dmitrieva L. A., eds. Periodontology: national leadership [Parodontologiya: nacional'noe rukovodstvo]. Moscow: GEOTAR-Media; 2018 (in Russian).

3. Smetnik V. P. Estrogens: from synthesis to clinical use [*Ehstrogeny: ot sinteza do klinicheskogo primeneniya*]. Moscow: Practical medicine; 2012 (in Russian).
4. Zabalueva E. Yu., Atrushkevich V. G., Nesyayeva E. V., Paleeva M. A., Zoryan E. V. Modern Approach to the Treatment of Periodontal Inflammatory Diseases in Women with Gynecological Pathology. *Lechenie i profilaktika*. 2014;2(10):54—61 (in Russian).
5. Kucherenko V. Z., ed. Application of statistical analysis methods for studying public health and health. A manual for higher education institutions [*Primenenie metodov statisticheskogo analiza dlya izucheniya obshchestvennogo zdorov'ya i zdravoohraneniya. Uchebnoe posobie dlya vuzov*]. Moscow: GEOTAR-Media; 2007 (in Russian).
6. Merkov A. M., Polyakov M. V. Sanitary statistics (manual for doctors) [*Sanitarnaya statistika (posobie dlya vrachej)*]. Leningrad: Medicine; 1974 (in Russian).

Сандаков Я. П., Кочубей А. В.

КОМПЛАЕНТНОСТЬ БОЛЬНЫХ, НАХОДЯЩИХСЯ ПОД ДИСПАНСЕРНЫМ НАБЛЮДЕНИЕМ

Академия постдипломного образования ФГБУ ФНКЦ ФМБА России, 125371, г. Москва

Приверженность лечению активно изучается в связи с доказанным значительным влиянием на результативность медицинской помощи. В рамках настоящего исследования изучена приверженность лечению больных диспансерных групп, ее связь с их индивидуальными характеристиками и эффективностью диспансерного наблюдения. Проведено анкетирование в форме очного интервью с помощью стандартизированного опросника. Анкета содержала паспортную часть, позволяющую узнать социально-гигиенические характеристики пациентов, вопросы об эффективности диспансерного наблюдения и раздел для оценки приверженности лечению по шкале Мориски—Грин. Проведен сравнительный анализ результатов анкетирования, сведений контрольных карт диспансерного наблюдения в отношении сроков запланированных посещений, а также медицинских карт амбулаторного больного в отношении назначений лекарственных препаратов. Статистическую обработку данных проводили с использованием программного продукта SPSS, версия 22. Коэффициент корреляции считался значимым при $p < 0,05$. Связи индивидуальных характеристик респондентов с эффективностью диспансерного наблюдения не обнаружено ($p > 0,05$). Связи возраста, семейного положения, образования, занятости с приверженностью лечению по шкале Мориски—Грин не выявлено ($p > 0,05$). Значимыми были коэффициенты корреляции приверженности лечению по шкале Мориски—Грин с благосостоянием ($r = 0,46$; $p = 0,003$), с фактом госпитализации в связи с обострением хронического заболевания ($r = 0,71$; $p < 0,001$), со знанием даты запланированного посещения ($r = 0,44$; $p = 0,004$), и постоянно принимаемой лекарственной терапии ($r = 0,62$; $p < 0,001$). Частная корреляция установлена между приверженностью лечению и датой запланированного посещения ($r = 0,27$; $p < 0,1$), между приверженностью лечению и знанием постоянно принимаемой лекарственной терапии ($r = 0,06$; $p < 0,73$), но отсутствует при исключении признака факта госпитализации. Имеется обратная связь приверженности лечению с периодом, прошедшим после госпитализации ($r = -0,69$; $p < 0,001$).

Ключевые слова: диспансерное наблюдение; приверженность лечению.

Для цитирования: Сандаков Я. П., Кочубей А. В. COMPLIANCE OF PATIENTS UNDER DISPENSARY OBSERVATION. Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. 2019;27(2):135—138. DOI: <http://dx.doi.org/10.32687/0869-866X-2019-27-2-135-138>

Для корреспонденции: Кочубей Аделина Владимировна, д-р мед. наук, профессор кафедры общественного здоровья и здравоохранения Академии постдипломного образования ФГБУ ФНКЦ ФМБА, e-mail: kochoubeya@gmail.com

Sandakov Ia. P., Kochubei A. V.

THE COMPLIANCE OF PATIENTS UNDER DISPENSARY OBSERVATION

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 treatment compliance is a phenomenon actively studied, due to the proved significant impact on medical care effectiveness. Within the study framework, the treatment compliance in dispensary patients, its relationship with individual characteristics of patients and the effectiveness of dispensary observation were studied. The questionnaire survey in the format of face-to-face standardized interview was carried out. The questionnaire consisted of passport section to record social hygienic characteristics of patients. It also included questions concerning effectiveness of dispensary observation. The special section included the Morisky-Green scale to evaluate treatment compliance. The comparative analysis was implemented concerning the results of questionnaire survey, the data of dispensary observation control cards concerning time of planned visits and also data of outpatient medical records concerning prescriptions of medications. The statistical data processing was performed using software SPSS v. 22. The correlation coefficient was considered as significant at $p < 0.05$. No correlation between individual characteristics of respondents and effectiveness of dispensary observation was established ($p > 0.05$). No correlation between age, marital status, education, employment and treatment compliance according the Morisky-Green scale was established ($p > 0.05$). The correlation coefficients were significant between treatment compliance according the Morisky-Green scale and well-being ($r = 0.46$ $p = 0.003$), fact of hospitalization because of exacerbation of chronic diseases ($r = 0.71$, $p < 0,001$), awareness of planned visit date ($r = 0.44$, $p = 0,004$) and fact of permanent application of medicinal therapy ($r = 0.62$, $p < 0,001$). The partial correlation was established between treatment compliance and planned visit date ($r = 0.27$, $p < 0,001$), fact of permanent application of medicinal therapy ($r = 0.06$, $p = 0,73$). However, partial correlation is absent in case of exclusion of such sign as fact of hospitalization. The negative correlation was established between treatment compliance and time period elapsed after hospitalization ($r = -0.69$, $p < 0,001$).

Keywords: dispensary observation; treatment compliance.

For citation: Sandakov Ia.P., Kochubei A. V. The compliance of patients under dispensary observation. *Problemi socialnoi gigieni, zdravookhraneniia i istorii meditsini*. 2019;27(2):135—138 (In Russ.). DOI: <http://dx.doi.org/10.32687/0869-866X-2019-27-2-135-138>

For correspondence: Kochubei A. V., doctor of medical sciences, professor of the Chair of Public Health and Health Care of the Federal State Budget Educational Institution of Additional Professional Education “The Russian Medical Academy of Continuous Professional Education”. e-mail: kochoubeya@gmail.com

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

Acknowledgment. The study had no sponsor support

Значимость приверженности лечению в отношении течения и исхода заболевания, качества жизни, стоимости лечения подтверждена многочисленными исследованиями [1—4]. Низкая приверженность терапии у лиц, страдающих хроническими заболеваниями, является одной из самых актуальных проблем современной медицины и общества [5]. По данным различных исследований, среди хронических больных привержены лечению 50—80%, причем их доля уменьшается по мере увеличения длительности заболевания [6—8]. Диспансерное наблюдение должно предупреждать обострения и осложнения хронических заболеваний, в том числе через формирование высокой приверженности лечению [9]. В то же время отечественные исследования демонстрируют снижение эффективности диспансерного наблюдения и низкую приверженность лечению пациентов диспансерных групп [10—12]. Целью исследования стало изучение приверженности лечению больных, находящихся под диспансерным наблюдением, а также связь приверженности лечению с индивидуальными социально-гигиеническими характеристиками диспансерных больных и эффективностью диспансерного наблюдения.

Материалы и методы

В опросе приняли участие 469 человек, находящихся под диспансерным наблюдением (мужчин — 35,2%, женщин — 64,8%). Средний возраст респондентов составил $56,7 \pm 13,2$ года (мужчин — $51,6 \pm 10,8$, женщин — $56,3 \pm 12,6$ года). Индивидуальное очное анкетирование проводилось с помощью опросника, стандартизированного для целей исследования.

Аналізу были подвергнуты только анкеты респондентов, состоявших под диспансерным наблюдением.

Одновременно проведен сравнительный анализ результатов анкетирования и сведений контрольных карт диспансерного наблюдения в отношении сроков запланированных посещений и медицинских карт амбулаторного больного в отношении назначений лекарственных препаратов. Статистическая обработка данных проводилась с использованием программного продукта SPSS, версия 22. Коэффициент корреляции считался значимым при $p < 0,05$.

Результаты исследования

Не знал, что состоит под диспансерным наблюдением, 131 (27,9%) респондент. Из оставшихся 338 респондентов 92 (27,2%) не знают, по поводу какого заболевания находятся под диспансерным наблюдением, 116 (34,3%) не смогли назвать фамилию лечащего врача, осуществляющего диспансерное наблюдение. Состояние здоровья с момента постановки на учет у 122 (36,1%) респондентов улучшилось, у 141 (41,7%) не изменилось, у 75 (22,2%) ухудшилось. Самой частой причиной посещения врача 320 (94,7%) респондентов назвали заболевание и ухудшение состояния, 9 (2,1%) — запланированную дату визита. В текущем году в связи с обострением хронического заболевания было госпитализировано 75 (22,2%) респонден-

тов. Месяц запланированного визита в рамках диспансерного наблюдения указали 222 (65,7%) респондента, из них в 31 случае (13,9%) сведения соответствуют дате посещения в контрольной карте диспансерного больного. Название, частоту, дозировку принимаемых постоянно лекарственных препаратов назвали 185 (54,7%) респондентов, из них в 23 случаях (12,4%) сведения полностью совпадают с назначением врача. На вопрос о запланированных результатах лечения к очередному посещению врача, осуществляющего диспансерное наблюдение, 223 респондента (66%) не ответили (поставили прочерк, ответили: «не знаю», «нет», «не говорили», «не обсуждали», «забыл»), а 115 (34%) случаях назвали результатом улучшение здоровья («улучшение», «перестану болеть», «выздоровление»).

При опросе по шкале Мориски—Грин 21 респондент (6,2%) получил 4 балла, 15 (4,4%) — 3 балла, 190 (56,2%) — 2 балла, 62 (18,3%) — 1 балл, 50 (14,8%) — 0 баллов.

Связи индивидуальных характеристик респондентов с эффективностью диспансерного наблюдения не обнаружено ($p > 0,05$). Связи возраста, пола, семейного положения, образования, занятости с приверженностью лечению по шкале Мориски—Грин не выявлено ($p > 0,05$). Имеется значимая средней силы корреляция благосостояния и приверженности лечению по шкале Мориски—Грин ($r = 0,46$; $p = 0,003$). Также выявлена значимая связь приверженности лечению по шкале Мориски—Грин с фактом госпитализации по поводу обострения хронического заболевания ($r = 0,71$; $p < 0,001$), со знанием даты запланированного посещения ($r = 0,44$; $p = 0,004$) и со знанием постоянно принимаемой лекарственной терапии ($r = 0,62$; $p < 0,001$). Выявлена корреляция между тремя признаками: фактом госпитализации в связи с обострением хронического заболевания, знанием даты запланированного посещения и знанием постоянно принимаемой лекарственной терапии ($r = 0,38$, $p < 0,017$; $r = 0,84$, $p < 0,001$; $r = 0,53$, $p < 0,001$). Частная корреляция установлена между приверженностью лечению и датой запланированного посещения ($r = 0,27$; $p < 0,1$), между приверженностью лечению и знанием постоянно принимаемой лекарственной терапии ($r = 0,06$; $p < 0,73$), но отсутствует при исключении признака факта госпитализации. Имеется обратная связь приверженности лечению с периодом, прошедшим после госпитализации ($r = -0,69$; $p < 0,001$).

Обсуждение

Полученные результаты, характеризующие эффективность диспансерного наблюдения, сходны с данными других отечественных исследователей, отмечающих деградацию диспансерной работы. Практически $1/3$ опрошенных диспансерных больных не знают, что состоят на диспансерном наблюдении. Среди знающих о диспансерном наблюдении $1/3$ не знают, по поводу какого заболевания они состоят на учете, и столько же не знают имени своего лечащего врача. Эти сведения, а также низкая информирован-

Здоровье и общество

ность пациентов о сроках предстоящего запланированного посещения врача, о назначенной им лекарственной терапии, о запланированных результатах лечения говорят о плохом контакте врача с пациентами. Хорошие результаты по оценке диспансерного наблюдения со стороны пациентов можно объяснить психологической склонностью опрашиваемых к искажению информации в сторону излишней позитивизации оценки. Это подтверждается несопадением объективных сведений, полученных из медицинской документации и опроса, в отношении запланированного посещения и назначенной терапии.

Отсутствие связи эффективности диспансерного наблюдения и приверженности лечению с возрастом, полом, семейным положением, образованием, занятостью также обнаружено в ряде исследований [13, 14]. Отсутствие связи эффективности диспансерного наблюдения с благосостоянием и наличие связи между благосостоянием и приверженностью лечению, по нашему мнению, косвенно подтверждают проблемы взаимодействия врача и пациента.

Высокая приверженность лечению у диспансерных больных, госпитализированных из-за обострения хронического заболевания (ухудшения состояния здоровья), вызвана озабоченностью собственным заболеванием. Наличие связи между фактом госпитализации, знанием даты запланированного посещения и получаемой лекарственной терапии, а также снижение приверженности лечению по мере увеличения срока, прошедшего после госпитализации, тоже служат доказательством в пользу беспокойности своим здоровьем как фактора комплаентности. Отсутствие связи приверженности лечению со знанием даты запланированного посещения и получаемой лекарственной терапии при исключении из корреляции факта госпитализации — еще один довод в пользу связи приверженности лечения именно с тревогой о собственном здоровье.

Заключение

Эффективность диспансерного наблюдения невысока и обусловлена в первую очередь несовершенством взаимодействия врача и пациента. Врачам следует учитывать благосостояние пациента, обсуждая приемлемые для него расходы на терапию, а также влияние озабоченности пациентов своим здоровьем на повышение их приверженности лечению.

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

ЛИТЕРАТУРА

1. Amir M., Feroz Z., Beg A. E. A new health care professional-based model for medication adherence. *Patient Prefer Adherence*. 2018;12:2085—91. doi: 10.2147/PPA.S171989. eCollection 2018.
2. Karve S., Cleves M. A., Helm M., Hudson T. J., West D. S., Martin B. C. Good and poor adherence: optimal cut-point for adherence measures using administrative claims data. *Curr. Med. Res. Opin.* 2009;(9):2303—10. doi: 10.1185/03007990903126833
3. Sokol M. C., McGuigan K. A., Verbrugge R. R., Epstein R. S. Impact of medication adherence on hospitalization risk and healthcare cost. *Med. Care*. 2005;43(6): 521—30.
4. Souza A. C., Borges J. W., Moreira T. M. Quality of life and treatment adherence in hypertensive patients: systematic review with meta-

- analysis. *Rev. Saude Publica*. 2016;50:71—9. doi: 10.1590/S1518-8787.2016050006415
5. Butz A. M. Evidence-based practice: what is the evidence for medication adherence in children? *J. Pediatr. Health Care*. 2006;20(5):338—41. doi: 10.1016/j.pedhc.2006.05.003
6. Geest S., Sabaté E. De Adherence to long-term therapies: evidence for action. *Eur. J. Cardiovasc. Nurs.* 2003;2(4):323. doi: 10.1016/s1474-5151(03)00091-4
7. Тимофеева Т. Н., Деев А. Д., Шальнова С. А. Аналитическая справка об эпидемиологической ситуации по АГ в 2008 году и ее динамике с 2003 по 2008 год по трем проведенным мониторингам. М.: ФГУ ГНИЦ ПМ; 2009.
8. Леонова М. В., Белоусов Ю. Б., Штейнберг Л. Л., Галицкий А. А., Белоусов Д. Ю. Фармакоэпидемиология артериальной гипертензии в России (по результатам фармакоэпидемиологического исследования ПИФАГОР III). *Российский кардиологический журнал*. 2011;88(2):9—16.
9. Бойцов С. А. Клинико-организационные аспекты персонального дистанционного мониторинга здоровья [Электронный ресурс]. https://www.gnicpm.ru/UserFiles/23.03_Boytsov.pdf (Дата обращения 11.11.2018).
10. Бойцов С. А., Вылегжанин С. В. Профилактика неинфекционных заболеваний в практике участкового терапевта: содержание, проблемы, пути решения и перспективы. *Терапевтический архив*. 2015;87(1):4—9.
11. Маликов В. Е., Петрунина Л. В., Ступаков И. Н., Арзуманян М. А. Возвращаемость к трудовой деятельности и социальные аспекты у больных ИБС после операции аортокоронарного шунтирования. *Бюллетень НЦССХ им. А. Н. Бакулева РАМН. Сердечно-сосудистые заболевания*. 2015;16(3):170.
12. Зелионко А. В., Лучкевич В. С., Филатов В. Н., Мишкич И. А. Формирование групп риска населения по уровню гигиенической информированности и мотивированности к здоровому образу жизни. *Гигиена и санитария*. 2017;96(4):313—9.
13. Журавлев А. В., Кочубей А. В. Стандартизация анкеты для проведения опроса врачей в рамках научно-исследовательской работы. *Вестник Росздравнадзора*. 2014;(6):33—7.
14. Perron N. J., Dao M. D., Kossovsky M. P. Reduction of missed appointments at an urban primary care clinic: a randomised controlled study. *BMC Fam Pract.* 2010;11:79—82. doi: 10.1186/1471-2296-11-79.

Поступила 28.11.2018
Принята в печать. 29.11.2018

REFERENCES

1. Amir M., Feroz Z., Beg A. E. A new health care professional-based model for medication adherence. *Patient Prefer Adherence*. 2018;12:2085—91. doi: 10.2147/PPA.S171989. eCollection 2018.
2. Karve S., Cleves M. A., Helm M., Hudson T. J., West D. S., Martin B. C. Good and poor adherence: optimal cut-point for adherence measures using administrative claims data. *Curr. Med. Res. Opin.* 2009;25(9):2303—10. doi: 10.1185/03007990903126833
3. Sokol M. C., McGuigan K. A., Verbrugge R. R., Epstein R. S. Impact of medication adherence on hospitalization risk and healthcare cost. *Med. Care*. 2005;43(6):521—30.
4. Souza A. C., Borges J. W., Moreira T. M. Quality of life and treatment adherence in hypertensive patients: systematic review with meta-analysis. *Rev. Saude Publica*. 2016;50:71—9. doi: 10.1590/S1518-8787.2016050006415
5. Butz A. M. Evidence-based practice: what is the evidence for medication adherence in children? *J. Pediatr. Health Care*. 2006;20(5):338—41. doi: 10.1016/j.pedhc.2006.05.003
6. Geest S., Sabaté E. De Adherence to long-term therapies: evidence for action. *Eur. J. Cardiovasc. Nurs.* 2003;2(4):323. doi: 10.1016/S1474-5151(03)00091-4
7. Timofeeva T. N., Deev A. D., Shal'nova S. A. Analytical report on the epidemiological situation of hypertension in 2008 and its dynamics from 2003 to 2008 for the three conducted monitoring [Аналитическая справка об эпидемиологической ситуации по АГ в 2008 году и ее динамике с 2003 по 2008 год]. Moscow: FGU GNIC PM 2009 (in Russian).
8. Leonova M. V., Belousov Yu. B., Stejnberg L. L., Galitskyj A. A., Belousov D. Yu. Pharmaco-epidemiology of arterial hypertension in Russia: the results of pharmaco-epidemiological study PYFAGOR III. *Rossiiskii kardiologicheskii zhurnal*. 2011;88(2):9—16 (in Russian).

9. Boïtsov S. A. Clinical and organizational aspects of personal remote health monitoring Accessed November 11, 2018. https://www.gnicpm.ru/UserFiles/23.03_Boyitsov.pdf (in Russian).
10. Boïtsov S. A., Vylegzhanin S. V. Prevention of noncommunicable diseases in a local therapist's practice: Content, problems, solution ways, and prospects. *Terapevticheskiy Arkhiv*. 2015;87(1):4–9. doi: 10.17116/terarkh20158714–9 (in Russian).
11. Malikov V. E., Petrunina L. V., Stupakov I. N., Arzumanjan M. A. Return to work and social aspects in patients with coronary artery disease after coronary artery bypass surgery. *Bjulleten' NCSSH im. A. N. Bakuleva RAMN Serdechno-sosudistye zabolevaniya*. 2015;16(3):170 (in Russian).
12. Zelionko A. V., Luchkevich V. S., Filatov V. N., Mishkich I. A. Formation of risk groups on the level of hygiene awareness and motivation to health-saving behavior among urban and rural residents. *Gigiena i Sanitariya*. 2017;96(4):313–9 (in Russian). doi: 10.18821/0016-9900-2017-96-4-313-319
13. Zhuravlev A. V., Kochoubey A. V. Standardization of the questionnaire for the survey of doctors in the framework of research work. *Vestnik Roszdravnadzora*. 2014;(6):33–7 (in Russian).
14. Perron N. J., Dao M. D., Kossovsky M. P. Reduction of missed appointments at an urban primary care clinic: a randomised controlled study. *BMC Fam Pract*. 2010; 11:79–82. doi: 10.1186/1471-2296-11-79

Семенова Н. Б.

ТРАНСФОРМАЦИЯ БУРЯТСКИХ СЕМЕЙ КАК ФАКТОР, ОПРЕДЕЛЯЮЩИЙ ЗДОРОВЬЕ ПОПУЛЯЦИИ

ФГБНУ «Научно-исследовательский институт медицинских проблем Севера», 660022, г. Красноярск

В статье рассматривается изменение института традиционной бурятской семьи в историческом ракурсе, проводится социально-гигиенический и медико-демографический анализ семей в современных социально-экономических условиях, оценивается их воспитательная функция. Показано, что современная бурятская семья представляет собой переходную форму от традиционной семьи, типичной для культур коллективистского типа, к новому социальному институту, более характерному для культур индивидуалистического типа. Выявлено, что в связи со сменой образа жизни во многих семьях произошло снижение воспитательной функции, существует дефицит эмоциональных контактов, нарушение детско-родительских отношений. Недостаток эмоциональной поддержки и родительского внимания не удовлетворяют базовую потребность молодого поколения в социальной принадлежности, безопасности и защите, что проявляется в снижении популяционного здоровья молодежи и высоком уровне суицида.

Ключевые слова: Бурятия; буряты; коренные народы; этнос; Сибирь; семья; семейные отношения; трансформация; социальная адаптация; воспитание; суицид.

Для цитирования: Семенова Н. Б. Трансформация бурятских семей как фактор, определяющий здоровье популяции. Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. 2019;27(2):139—143. DOI: <http://dx.doi.org/10.32687/0869-866X-2019-27-2-139-143>

Для корреспонденции: Семенова Надежда Борисовна, главный научный консультант НИИ медицинских проблем Севера, e-mail: snb237@gmail.com

Semenova N. B.

THE TRANSFORMATION OF BURYAT FAMILIES AS A FACTOR DETERMINING POPULATION HEALTH

The Federal State Budget Scientific Institution "The Research Institute of Medical Problems of the North", 660022, Krasnoyarsk, Russia

The article considers alterations of institute of traditional Buryat family in historical perspective. The social hygienic and medical demographic analysis of families in actual social economic conditions was implemented including assessment of their fostering function. It is demonstrated that Buryat family represents a transferring form of transition from traditional family typical for cultures of collectivist type to new social institute more specific for cultures of individualist type. It is established that in many families, because of changing of life-style, exists certain deficiency of emotional contacts, breach of children parental relationships. The deficiency of emotional support and parental attention provides no satisfaction of basic need of youth generation in social belonging, safety and protection that is manifested in decreasing of population health of the youth and high level of suicide.

Key words: Republic of Buryatia; Buryat; indigenous people; ethnos; family relationship; transformation; social adaptation; fostering; suicide.

For citation: Semenova N. B. The transformation of Buryat families as a factor determining population health. *Problemi socialnoi gigieni, zdravookhraneniya i istorii meditsini*. 2019;27(2):139—143 (In Russ.). DOI: <http://dx.doi.org/10.32687/0869-866X-2019-27-2-139-143>

For correspondence: Semenova N. B., the major scientific consultant of the Federal State Budget Scientific Institution "The Research Institute of Medical Problems of the North". e-mail: snb237@gmail.com

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

Acknowledgment. The study had no sponsor support

Received 31.03.2016
Accepted 24.11.2016

Семья играет огромную роль в жизни каждого человека и занимает важнейшее место в системе человеческих ценностей. Выполняя основные функции (репродуктивную, воспитательную, социализирующую, экономическую, социально-статусную, эмоционально-психологическую), семья тем самым оказывает влияние на формирование здоровья ее членов, определяет образ жизни человека и стиль его поведения. Известно, что именно образ жизни относится к основным факторам, формирующим здоровье [1]. Показано, что изменение семейных стереотипов приводит к напряжению функциональных систем организма и отражается на показателях физического, соматического и психического здоровья детей и подростков [2].

Если рассматривать развитие семьи и семейных отношений в историческом ракурсе, то можно проследить, что трансформация семьи происходила постепенно и повсеместно в соответствии с особенностями экономических, общественных и культурных условий конкретной эпохи. В ходе исторического развития традиционная разветвленная семья постепенно сменялась нуклеарной, многодетность постепенно уменьшалась до среднететности, малодетности и добровольной бездетности [3]. В настоящее время происходит замена традиционной формы совместной жизни, т. е. семьи, возникшей на основании заключения брака, другими формами брачных отношений, на что указывают зарубежные ученые, все чаще констатируя девальвацию брачных союзов

[4]. Это явление наблюдается в странах с хорошо развитой экономикой (Скандинавские страны, Голландия, Великобритания и др.). В странах с менее развитым уровнем экономики и отсутствием социальных гарантий также происходит трансформация семейных отношений, но их причинами являются другие факторы: высокий уровень безработицы, социальное расслоение, отсутствие социальных перспектив и уверенности в завтрашнем дне [5].

В нашей стране институт семьи радикальным образом изменился с началом распада советского государства под влиянием рыночных реформ и социальных преобразований. Эмоциональное напряжение, возникшее в общественно-социальной жизни страны, привело к увеличению числа разводов, рождению детей в незарегистрированных браках, насилию в семьях, социальному сиротству и многим другим последствиям.

Наиболее тяжело процесс трансформации института семьи протекает в семьях коренных народов Севера и Сибири, так как основной потребностью коренных этносов как представителей коллективистской культуры является мотив аффилиации, т. е. душевная близость, принадлежность к своей группе, разделение общих интересов, основанных на доверии, заботе и взаимной помощи. Буряты, как и другие представители коренных этносов, претерпевают изменения института семьи и брака, что неблагоприятным образом отражается на показателях здоровья подрастающего поколения. Следствием изменения традиционного образа жизни, внутрисемейного склада и семейных отношений является снижение жизнестойкости молодежи, что подтверждается высоким уровнем суицида среди молодых людей — 122,4 на 100 тыс. [5, 6].

Цели исследования заключались в изучении трансформации бурятских семей в историческом ракурсе, проведении социально-гигиенического и медико-демографического анализа семей в современных социально-экономических условиях и оценке воспитательной функции семьи.

Материалы и методы

Объектом исследования явились бурятские семьи, проживающие в Агинском Бурятском округе. Округ расположен на юго-востоке Восточной Сибири и входит в состав Забайкальского края. Территория округа составляет 19,6 тыс. км², административный центр округа — поселок городского типа Агинское. Численность постоянного населения на 01.01.2012 г. составила 77,4 тыс. Коренное население в основном представлено бурятами, доля которых в национальном составе округа достигает 62,6%. Также в округе проживают русские (35,1%), эвенки (0,2%), украинцы, татары, башкиры и представители других национальностей. Обследованные нами семьи проживали в двух поселках Бурятского округа: Агинское и Могойтуй.

В исследовании применялись социально-гигиенический метод, метод анкетирования и метод статистического анализа. Изучение семей проводилось

с использованием специально разработанной социально-гигиенической анкеты, которая включала в себя 26 вопросов, составляющих 4 блока. Первый блок вопросов касался социально-гигиенических сведений о семье (бытовые условия, образование родителей, занятость родителей, социальный статус). Второй блок включал медико-демографический анализ семьи (состав, причины неполной семьи, количество браков, число детей, наличие в семье родственников, страдающих тяжелыми соматическими заболеваниями или имеющими группу инвалидности). Третий блок содержал сведения о здоровье семьи (алкоголизация родителей, наличие родственников с судимостями, психологический климат, наличие конфликтов в семье, частота и причины семейных конфликтов). Четвертый блок вопросов позволял оценивать воспитательную функцию бурятских семей (характер и частоту совместных семейных мероприятий, проведение совместного семейного отпуска, привлечение старшего поколения к воспитанию детей).

Социально-гигиенический и медико-демографический анализ проведен в 307 семьях. Критерии включения в исследование — принадлежность обоих родителей к бурятской национальности и наличие детей в семье. Критериями исключения явились бездетные семьи, семьи других национальностей и межнациональные браки.

Статистическая обработка полученных результатов проводилась с использованием пакета прикладных программ Statistica 6.0 for Windows [7].

Результаты исследования

Характеристика бурятского этноса и традиционной бурятской семьи. Буряты относятся к коренным народам Сибири. Согласно результатам переписи 2010 г. их численность составляет 461 389 [8]. Большинство бурят проживает в трех регионах РФ: в Республике Бурятия, Иркутской области (Усть-Ордынский Бурятский округ) и в Забайкальском крае (Агинский Бурятский округ).

Исторически у бурят развиты национальные традиции, основанные на кровнородственной связи. Бурятские общины делились на роды, родовые группы и племена. Каждый род вел свою родословную от одного предка. Семейные отношения были строго патриархальными. Главой семьи и основным ее кормильцем считался мужчина, женщина являлась хранительницей домашнего очага и занималась воспитанием детей.

Дети в традиционной системе ценностей бурят занимали особое место и считались главным богатством человека. Традиционно у бурят было заведено иметь много детей, ограничение рождаемости считалось большим грехом. Семья выступала в качестве стабилизирующего начала в развитии этноса. Передача всех накопленных культурных, духовных и нравственных достижений народа была основой процесса воспитания молодого поколения. К воспитанию детей буряты относились очень ответственно. Будучи представителями коллективистских культур,

Здоровье и общество

буряты развивали в детях преданность родовым интересам, ответственность перед коллективом, соблюдение равенства и справедливости, полное принятие социальных норм, доброжелательное отношение к людям, участие в традиционной деятельности рода, почитание родной земли и духов предков, понимание себя как части общества и природы [9].

Формирование в ребенке будущего мужчины или будущей женщины было одной из главных задач воспитания в бурятской семье. Воспитанием мальчиков занимались мужчины нескольких поколений — дед, отец, старшие братья. Мальчиков приучали брать на себя более тяжелую работу, заботиться о матери, сестрах, старых, больных, защищать честь семьи и рода. Девочкам прививали умения воспитывать детей, вести хозяйство, поддерживать семейный очаг, уважать мужа, принимать гостей, почитать родителей [9].

Во второй половине XIX в. с появлением системы товарно-денежных отношений и усилением классового расслоения большая патриархальная семья постепенно стала заменяться отдельными малыми семьями. Однако внутрисемейные отношения длительное время сохраняли патриархально-родовую структуру.

В начале XX в., с приходом советской власти и установлением равноправия женщин, бурятская семья перестала быть в полном смысле патриархальной. Утрата ценностей патриархальной семьи привела к более свободным отношениям между полами, снижению социальной ответственности за создание семьи и сохранение ее целостности. Смена социально-экономической формации, которая произошла в стране в начале 1990-х годов, привела к выраженному социальному расслоению и обнищанию части населения, что также отразилось на институте семьи и брака.

Социально-гигиеническая и медико-демографическая характеристика бурятских семей. Демографический анализ современных бурятских семей показал, что в настоящее время буряты не стремятся сохранить семью и семейные отношения. Всего 76,2% семей являются полными, имея в своем составе отца и мать. Доля неполных семей достигает 23,7%, в большинстве из них воспитанием детей занимается только мать. Основными причинами формирования неполных семей являются развод супругов (42,5%), рождение ребенка вне брака (39,7%), вдовство (17,8%). Повторные браки заключают 17,4% родителей.

Политика социально-экономической поддержки, проводимая в национальных субъектах РФ, в том числе в Агинском Бурятском округе, способствовала социальной стабильности и повышению образовательного уровня населения. Большинство (51,7%) мужчин имеют высшее образование, 26,2% — среднее, 20,2% — среднее специальное или среднее техническое. Среди женщин высшее образование имеют 61,3%, среднее специальное или среднее техническое — 27,5%, среднее — 10,5%.

Социальный статус родителей соответствует их образовательному уровню. Статус служащего имеют 36,4% отцов и 43,6% матерей. Рабочие профессии имеют 24% отцов и 22,5% матерей. Индивидуальным предпринимательством занимаются 10,5% отцов и 9,1% матерей, прочий вид деятельности имеют 8,5% отцов и 7% матерей.

В Агинском Бурятском округе выражено социальное расслоение: статус безработного имеют 19,4% бурятских отцов и 17,4% матерей. Доля полных семей, в которых работает только один супруг, составляет 26,1%; в 4,3% случаев не работает ни один из супругов. В неполных семьях ситуация с занятостью родителей обстоит еще хуже: доля неполных семей, где единственный родитель не занят трудом, составляет 13,8%. В соответствии с уровнем безработицы падает и материальный достаток.

Анализ психологического климата в бурятских семьях по субъективной оценке родителей показал, что благоприятный климат отмечается в 86,2% семей. Конфликты отсутствуют в 60,3% семей, в 36,7% конфликты бывают редко, не чаще одного раза в месяц. В то же время в 13,5% семей родители характеризуют психологический климат как удовлетворительный, в 0,3% — как плохой. В 4% семей каждую неделю или ежедневно отмечаются конфликты. Основной причиной семейных разладов буряты считают отсутствие взаимопонимания между супругами (40%). Детско-родительские отношения как причина конфликтов отмечены в 17,3% семей.

Анализ состояния здоровья семей показал, что в 9,1% семей имеются близкие родственники, страдающие тяжелыми соматическими заболеваниями (сахарный диабет, бронхиальная астма, онкологические заболевания и др.). Родственники, имеющие группу инвалидности по состоянию здоровья, встречаются в 1,3% семей.

Характеристика воспитательной функции современной бурятской семьи. В настоящее время среди бурят практически утрачена традиция многодетности: среднее число детей в семьях составляет 1,8 ребенка, 48,5% семей имеют одного ребенка, двоих детей имеют 30,7% семей, трех и более детей воспитывают 20,8% семей. Не сохранилась также и традиция проживания со старшим поколением: проживают со старшими родственниками всего 16,6% семей. Большинство молодых родителей стремятся к самостоятельности, независимости и сепарации, лишь изредка прибегая к помощи собственных родителей или бабушек и дедушек.

Стремление молодежи к сепарации и отдельному проживанию, с одной стороны, приводит к самостоятельности и стимулирует ответственность за собственную семью. Однако работающим родителям приходится совмещать воспитание детей с трудовой деятельностью, которая занимает много времени: 38,4% работающих отцов и 20,3% матерей имеют ненормированный рабочий день, превышающий 8 ч, а в некоторых случаях — 12 ч. Рабочий день продолжительностью 8 ч отмечается у 56,8% отцов и у 68,4%

матерей, менее 8 ч в день работают 4,7% отцов и 11,3% матерей.

В современных социально-экономических условиях родители не имеют достаточно времени на ежедневные занятия с детьми. Анализ совместного досуга показал, что семейные мероприятия с детьми проводятся далеко не во всех бурятских семьях. Так, лишь в 14,7% семей совместные семейные мероприятия проводятся регулярно, в 35,8% семьях — нерегулярно, а в 49,5% семей — редко, от случая к случаю.

Среди совместных семейных мероприятий на первое место выходит работа по дому (68,1%), которая традиционно являлась основой воспитательного процесса младшего поколения в семьях бурят. Совместные посещения культурных заведений или культурно-массовых мероприятий отмечаются в 21,8% семей. Довольно редко (5,5%) проводятся семейные спортивные мероприятия или совместные посещения спортивных секций.

Летний отдых дети чаще всего проводят дома (58,9%) либо в гостях у родственников (34,8%), часть детей уезжают на лето в загородные детские лагеря (31,6%). Совсем небольшая часть детей (5,9%) летом отдыхает с родителями на море или в санатории. Проводят отпуск совместно с детьми 67,1% родителей. Остальные родители по тем или иным причинам не имеют такой возможности.

Обсуждение

Процессы урбанизации, которые в последнее время приобрели глобальные масштабы во всем мире, непосредственно коснулись этнических популяций Сибири и привели к смене образа жизни. Наибольшую трансформацию претерпели семейные отношения. Патриархальный уклад сменился демократичностью супружеских отношений, женщины приобрели самостоятельность и независимость. Социальная роль женщины как хранительницы домашнего очага сменилась на более активную социальную позицию, а социальная роль мужчины как основного кормильца семьи значительно уменьшилась. Устойчивость семейного уклада, которая поддерживалась воспитанием детей и регулировалась исторически сложившимися обычаями и традициями, передаваемыми из поколения в поколение, постепенно утратилась. В результате произошло снижение социальной ответственности за создание семьи и сохранение ее целостности.

В процессе социально-экономических преобразований постепенно происходило социальное расслоение бурятского общества, что привело к смене социальных отношений, изменению института семьи и брака, появлению новых типов семей и семейных отношений. С одной стороны, появились семьи, занимающие активную социальную позицию, родители в которых мотивированы на получение высшего образования, престижной профессии и высокого социального статуса, с другой — появилось большое число социально неблагополучных семей: проблемных, конфликтных, кризисных.

За изменением института семьи последовала трансформация ее функций. В семьях, ориентированных на высокий социальный статус и материальное положение, произошел перенос акцента с воспитательной, эмоционально-психологической и морально-нравственной функций на экономическую и социально-статусную. В результате чрезмерная вовлеченность родителей в рабочий процесс не позволяет им проводить достаточно времени с детьми, что приводит к снижению эмоционального контакта. Старшее поколение все реже привлекается к воспитанию детей.

В социально неблагополучных семьях происходит нарушение практически всех семейных функций. Доля таких семей среди бурят высока и достигает до 30%. К ним относятся семьи с одним родителем (23,7%), семьи с неработающими родителями (26,1%), семьи, имеющие в своем составе родственников, страдающих алкоголизмом (9,6%) или тяжелыми соматическими заболеваниями (9,1%). В большинстве этих семей отмечается неблагоприятный психологический климат с наличием конфликтных отношений, отсутствуют необходимые условия для гармоничного воспитания детей и успешного формирования личности ребенка.

Таким образом, бурятская семья в современных социально-экономических условиях приобретает формы, отличные от традиционной. Сменилась сама структура семьи, ее внутренняя организация, вместе с ними изменились семейные функции и система отношений. На сегодняшний день отмечается снижение сплоченности семей, разобщенность ее членов, присутствует дефицит эмоциональных контактов, происходит снижение воспитательной функции. Недостаток эмоциональной поддержки и родительского внимания, которые испытывают дети во многих семьях, не удовлетворяют базовую потребность в социальной принадлежности, безопасности и защите, столь необходимую для представителей коллективистских культур.

Трансформация бурятских семей является неизбежным историческим процессом. Подобные процессы, которые мы описывали ранее, наблюдаются в семьях других представителей коренных этносов Сибири, в частности тувинцев, якутов, эвенков, эвенов, юкагиров [10, 11]. Новые формы семей, присутствующие в этнической культуре коренных народов, относятся к переходным формам, их изменения отражают процессы трансформации всего общества коренных этносов в конкретный социально-исторический период. Эти процессы меняют весь образ жизни народов Сибири, сопряжены с ломкой их социальных стереотипов и мировоззренческих установок и находятся в противоречии с их внутренним миром.

Заключение

Современная бурятская семья представляет собой переходную форму от традиционной семьи, типичной для культур коллективистского типа, к новому социальному институту, более характерному для

Здоровье и общество

культур индивидуалистического типа. Смена прежнего социального института и ломка мировоззренческих установок находятся в противоречии с внутренним миром бурятского народа как представителей коллективистской культуры. Этот процесс сопровождается напряжением и истощением адаптационных механизмов, что проявляется в снижении жизнестойкости бурятского этноса, особенно молодого поколения.

Трансформация бурятской семьи является неизбежным процессом и требует дальнейшего изучения и понимания. Однако снижение уровня популяционного здоровья молодого поколения свидетельствует о необходимости совершенствования системы социальной поддержки бурятских семей на современном этапе развития общества.

Исследование выполнено при финансовой поддержке гранта РГНФ № 12-06-18006 «Социальные и этнопсихологические предпосылки суицидального поведения у подростков Бурятии».

Авторы выражают большую благодарность Администрации Агинского Бурятского округа Забайкальского края за помощь в организации проведения исследования, в том числе консультанту отдела социального развития Базарову С. Б. и заместителю начальника отдела социального развития Балдоржиевой Р. М.

Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

ЛИТЕРАТУРА

1. Лисицын Ю. П. Общественное здоровье и здравоохранение. М.: Медицина; 2002.
2. Поливанова Т. В., Манчук В. Т., Грицинская В. Л., Кадричева С. Г. Роль социально-экономического статуса семьи в формировании физического здоровья школьников. *Здравоохранение Российской Федерации*. 2010;(3):51—3.
3. Синельников А. Б. Кризис брачно-семейных и межпоколенных отношений и приоритетные направления демографической политики в России. М.; 2015.
4. Митрикас А. Семья как ценность: состояние и перспективы изменений ценностного выбора в странах Европы. *Социологические исследования*. 2004;(5):65—73.
5. Смертность российских подростков от самоубийств. Детский фонд ООН (ЮНИСЕФ). М.: БЭСТ-принт; 2011.
6. Цырепиллов С. В. Суицидогенная ситуация в Бурятии: вопросы влияния этнокультуральных факторов и пассионарности этносов. *Суицидология*. 2012;(3):48—51.
7. Реброва О. Ю. Статистический анализ медицинских данных. М.: Медиа Сфера; 2003.
8. Предварительные итоги Всероссийской переписи населения 2010 года: Стат. сборник. М.: ИИЦ «Статистика России»; 2011.
9. Дамбаева А. Н. Традиционная система воспитания бурят. *Вестник Бурятского государственного университета*. 2012;15:120—4.
10. Семенова Н. Б., Лаптева Л. В. Социально-гигиеническая и медико-демографическая характеристика семей коренного населения Якутии. *Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины*. 2015;(5):12—5.
11. Семенова Н. Б., Манчук В. Т. Социально-гигиеническая и медико-демографическая характеристика семей коренного населения Республики Тыва в современных социально-экономических условиях. *Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины*. 2006;(5):34—7.

Поступила 31.03.2016
Принята в печать 24.11.2016

REFERENCES

1. Lisitsyn Y. P. Public health and healthcare [*Obshchestvennoe zdorov'e i zdravookhraneniye*]. Moscow: Meditsina; 2002 (in Russian).
2. Polivanova T. V., Manchuk V. T., Gritsinskaya V. L., Kadriчева S. G. The role of the socio-economic status of the family in the formation of the physical health of schoolchildren. *Zdravookhraneniye Rossiyskoy Federatsii*. 2010;(3):51—3 (in Russian).
3. Sinelnikov A. B. The crisis of marriage and family and intergenerational relations and the priorities of the demographic policy in Russia [*Krizis brachno-seimeynkh otnosheniy i prioritetnye napravleniya demograficheskoy politiki v Rossii*]. Moscow; 2015 (in Russian).
4. Mitrikas A. Family as a value: state and prospects of changes in the choice of values of Europe. *Sotsiologicheskie issledovaniya*. 2004;(5):65—73 (in Russian).
5. Tsyrepilov S. V. Suitsidogennaya situation in Buryatia: questions of influence of ethnocultural factors of drive and ethnic groups. *Suitsidologiya*. 2012;(3):48—51 (in Russian).
6. Mortality Russian teen from suicides [*Smertnost rossiskikh podrostkov ot samoubiystv*]. UN Children's Fund (UNICEF). Moscow: BEST-print; 2011 (in Russian).
7. Rebrova O. Statistical analysis of medical data [*Statisticheskii analiz meditsinskih dannykh*]. Moscow: Media Sphera; 2003 (in Russian).
8. Preliminary results of the National Population Census 2010: Stat. compilation [*Predvaritelnye itogi Vserossiiskoi perepisi naseleniya Stat. sbornik*]. Moscow: IPC «Statistics of Russia»; 2011 (in Russian).
9. Dambaeva A. N. The traditional system of education is drilled. *Vestnik Buryatskogo gosudarstvennogo universiteta*. 2012;15:120—4 (in Russian).
10. Semenova N. B., Lapteva L. V. Social hygienic and medical geographic characteristics of Native families of Yakutia. *Problemy sotsialnoy gigieny, zdravookhraneniya i istorii meditsiny*. 2015;(5):12—5 (in Russian).
11. Semenova N. B., Manchuk V. T. Socio-sanitary and medical-demographic characteristics of the families of the indigenous population of the Republic of Tuva in the current socioeconomic conditions. *Problemy sotsialnoy gigieny, zdravookhraneniya i istorii meditsiny*. 2006;(5):34—7 (in Russian).

Реформы здравоохранения

© Коллектив авторов, 2019
УДК 614.2:616-083.98

Линденбратен А. Л.¹, Чуваткин П. П.², Гришина Н. К.¹, Сaitгареев Р. Р.³, Значкова Е. А.⁴, Атаева Н. Б.⁵

ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ МЕДИЦИНСКИХ ОРГАНИЗАЦИЙ, ОКАЗЫВАЮЩИХ ПЕРВИЧНУЮ МЕДИКО-САНИТАРНУЮ ПОМОЩЬ В УСЛОВИЯХ ПОДУШЕВОГО ФИНАНСИРОВАНИЯ

¹ФГБНУ «Национальный научно-исследовательский институт общественного здоровья им. Н. А. Семашко» Минобрнауки России, 105064, г. Москва;

²ФГБОУ ВО «Сочинский государственный университет», 354000, г. Сочи;

³Департамент здравоохранения города Москвы, 127006, г. Москва;

⁴Департамент здравоохранения и фармации Ярославской области, 150000, г. Ярославль;

⁵Государственное казенное учреждение города Москвы «Дирекция по координации деятельности медицинских организаций» Департамента здравоохранения города Москвы, 115280, г. Москва

Проанализированы результаты внедрения механизма подушевого финансирования в медицинских организациях, оказывающих первичную медико-санитарную помощь. Использовалась комплексная методика, включающая методы: изучение и обобщение опыта, статистический, аналитический, социологический, монографическое описание, экономический, сравнительного анализа, организационного эксперимента. Анализ показал, что в современных условиях значительно сузился круг субъектов РФ, которые могут включить в подушевой норматив лишь те объемы дополнительной помощи, на которые первичное звено может оказывать влияние.

К л ю ч е в ы е с л о в а: первичная медико-санитарная помощь; подушевой норматив; подушевое финансирование.

Для цитирования: Линденбратен А. Л., Чуваткин П. П., Гришина Н. К., Сaitгареев Р. Р., Значкова Е. А., Атаева Н. Б. Оценка эффективности медицинских организаций, оказывающих первичную медико-санитарную помощь в условиях подушевого финансирования. Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. 2019;27(2): 144—146. DOI: <http://dx.doi.org/10.32687/0869-866X-2019-27-2-144-146>

Для корреспонденции: Гришина Наталья Константиновна, д-р мед наук, ведущий научный сотрудник отдела экономических исследований в здравоохранении, e-mail: otdel-77@mail.ru

Lindenbraten A. L.¹, Chuvatkin P. P.², Grishina N. K.¹, Saitgareev R. R.³, Znachkova E. A.⁴, Ataeva N. B.⁵

THE EVALUATION OF EFFICIENCY OF MEDICAL ORGANIZATIONS PROVIDING PRIMARY MEDICAL SANITARY CARE IN CONDITIONS OF CAPITATION FINANCING

¹The Federal State Budget Scientific Institution “The N. A. Semashko National Research Institute of Public Health”, 105064, Moscow, Russia;

²The Federal State Budget Educational Institution of Higher Education “The Sochi State University”, 354000, Sochi, Russia;

³The Moscow Health Care Department, 127006, Moscow, Russia;

⁴The Department of Health Care and Pharmacy of the Yaroslavl Oblast, 150000, Yaroslavl, Russia;

⁵The Moscow State Clinical Health Care Institution “The Board of Coordination of Activities of Medical Organizations” of the Moscow Health Care Department, 115280, Moscow, Russia

The article analyzes the results of implementing per capita financing mechanism in medical organizations providing primary medical sanitary care. The comprehensive methodology was applied, including analysis and generalization of experience, statistical, analytical, sociological, monographic description, economic, comparative analysis, organizational experiment. The analysis demonstrated that in actual conditions number of subjects of the Russian Federation, being able to include in per capita standard only those volumes of additional medical care that can be directly impacted by primary health care unit decreased significantly.

К e y w o r d s: primary health care; per capita standard; per capita financing.

For citation: Lindenbraten A. L., Chuvatkin P. P., Grishina N. K., Saitgareev R. R., Znachkova E. A., Ataeva N. B. The evaluation of efficiency of medical organizations providing primary medical sanitary care in conditions of capitation financing. *Problemy socialnoi gigieni, zdravookhraneniya i istorii meditsini*. 2019;27(2):144—146 (In Russ.). DOI: <http://dx.doi.org/10.32687/0869-866X-2019-27-2-144-146>

For correspondence: Grishina N. K., doctor of medical sciences, the leading researcher of the Department of Economical Research in Health Care of the Federal State Budget Scientific Institution “The N. A. Semashko National Research Institute of Public Health”. e-mail: otdel-77@mail.ru,

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

Acknowledgment. The study had no sponsor support

Received 24.10.2018
Accepted 29.11.2018

Одним из важнейших условий успешной практической реализации механизма подушевого финансирования в медицинских организациях, оказывающих первичную медико-санитарную помощь

(ПМСП), является обеспечение возможности гибкого управления ее объемами [1—5]. Именно такой подход дает возможность формировать финансовый результат, который может быть направлен на

Реформы здравоохранения

стимулирующие выплаты медицинскому персоналу [2, 4].

Цель исследования — проанализировать опыт и результаты внедрения механизма подушевого финансирования и изучить нормативную правовую базу, регламентирующую использование механизма подушевого финансирования, при ее реализации в различных территориях РФ.

Материалы и методы

Использована комплексная методика, включающая изучение и обобщение опыта, а также следующие методы: статистический, аналитический, социологический, монографического описания, экономический, сравнительного анализа, организационного эксперимента. Были проанализированы нормативные правовые документы, регламентирующие механизм подушевого финансирования: Федеральный закон № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», программа государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи (где определены тарифы на оказание медицинских услуг), тарифное соглашение и др.

Результаты исследования

Анализ отечественных научных публикаций показал, что в настоящее время отсутствуют единые принципы формирования конкретных моделей подушевой оплаты и показателей для оценки эффективности деятельности медицинских организаций (МО) в этих условиях, что свидетельствует об актуальности проведения такого исследования [2—7].

Аналізу подлежали показатели функционирования амбулаторного звена медицинских организаций: объемы посещений, обращений по заболеванию, объемы финансирования амбулаторной медицинской помощи по ее видам.

Основное внимание было уделено детальному рассмотрению объемов, структуры и организации оказания ПМСП, взаимодействию между амбулаторным центром и его филиалами, маршрутизации больных, а также доступности ПМСП для населения.

Анализ правового регулирования использования механизма подушевого финансирования свидетельствует об отсутствии в нормативных правовых документах понятийной базы и рекомендаций по его применению на уровне первичного звена медицинской помощи, что не позволяет в полной мере использовать финансовые стимулы, заложенные в данном механизме финансирования.

Проведенный нами анализ нормативно-правовых основ использования подушевого финансирования ПМСП в различных субъектах РФ показал, что в современных условиях значительно сузился круг субъектов РФ, которые могут включить в подушевой норматив лишь те объемы дополнительной помощи, на которые первичное звено может влиять. Поскольку перечень показателей, приведенный в федеральных методических рекомендациях, носит рекомендательный характер, в тарифных соглашениях субъек-

тов РФ он изменен в соответствии с целями и задачами, решаемыми в регионах при оказании медицинской помощи. Так, только в Липецкой области в качестве показателя, оценивающего охват медицинскими вмешательствами, применяется показатель доли населения, обследованного на туберкулез.

В рамках работы подчеркивается, что отличительной особенностью подушевого финансирования является значительное софинансирование Территориальной программы государственных гарантий (ТПГГ) из регионального бюджета, а также что включение в подушевой норматив всей ПМСП, в том числе специализированной, неотложной медицинской и других видов помощи, способствовало снижению числа вызовов скорой медицинской помощи. Расходы на неотложную помощь в амбулаторно-поликлинических условиях в 2015 г. составили 21 873,3 млн руб. Средняя стоимость одного посещения в неотложной форме (без учета влияния коэффициентов дифференциации) — 457,4 руб. (101,8% от установленного Программой норматива).

Выявлено, что использование подушевого принципа оплаты ПМСП в Москве способствовало снижению ее объемов (посещения с профилактической целью, обращения по поводу заболеваний), в первую очередь в связи с отсутствием стимулов к «припискам» и регулярного мониторинга показателей, характеризующих выполнение плана диспансеризации прикрепленного населения.

В целом расходы на ПМСП в рамках территориальных программ обязательного медицинского страхования в 2015 г. составили 530 610,8 млн руб., что выше показателя 2014 г. (489 377,3 млн руб.) на 8,4%. Уровень исполнения утвержденных объемов финансирования медицинской помощи в амбулаторных условиях — 97,1%.

Обсуждение

Анализ позволил вскрыть ряд недостатков, которые могут быть присущи предложенному механизму, и показал необходимость дальнейшей проработки механизмов развития подушевого принципа оплаты в поликлиниках, в частности дальнейшего совершенствования системы показателей для оценки эффективности их деятельности.

Разработанная система показателей основана на критериях, отражающих различные характеристики качества и эффективности медицинской деятельности (доступность, качество организации и оказания медицинской помощи, эффективность использования ресурсов, влияние на реструктуризацию системы оказания медицинской помощи).

Группа показателей, характеризующих организационные мероприятия, направленные на реструктуризацию системы оказания медицинской помощи, является менее значимой при оценке результатов деятельности медицинских организаций в условиях подушевого финансирования.

В системе мониторинга можно выделить три основных уровня: медицинская организация, органы управления здравоохранением, территориальный

фонд обязательного медицинского страхования (ТФОМС).

На уровне МО рекомендуется проводить ежемесячный мониторинг показателей, характеризующих организационные мероприятия, направленные на реструктуризацию системы оказания медицинской помощи, доступность и качество организации медицинской помощи.

Наряду с этим рекомендуется проводить оценку показателей эффективности использования ресурсов МО (коэффициент выполнения функции врачебной должности, коэффициент финансовых затрат поликлиники).

На уровне ТФОМС, с учетом данных, поступивших из всех МО, результаты мониторинга ежеквартально могут использоваться для определения размера стимулирующих выплат МО.

На основании полученных данных разрабатываются целенаправленные управленческие решения по улучшению качества организации медицинской помощи по каждой МО и по управлению сетью МО в целом.

Результаты деятельности МО могут быть применены также в качестве критериев оценки деятельности медицинских работников при дифференцированной оплате труда (эффективный контракт).

Результатом применения мониторинга предлагаемых показателей являются:

- возможность оценить профилактическую работу медицинской организации;
- формирование на уровне управления здравоохранением обобщенных показателей результативности деятельности МО;
- формирование единых принципов модели подушевой оплаты амбулаторной помощи в субъектах РФ на основе единых критериев оценки деятельности МО;
- формирование единых принципов структуры Тарифного соглашения в субъектах РФ;
- построение результативной организационно-экономической модели деятельности амбулаторного звена ПМСП;
- повышение мотивации медицинского персонала на достижение результата и другое.

Заключение

Предложенная система показателей оценки эффективности МО, работающих в условиях подушевого финансирования, может широко использоваться в рамках информационного обеспечения управления здравоохранением и способствовать совершенствованию финансирования МО, оказывающих первичную медико-санитарную помощь.

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

ЛИТЕРАТУРА

1. Айкешева А. С., Кулкаева Г. У., Алтыруова К. М., Маратова А. М. Роль врачей общей практики в эффективности внедрения комплексного подушевого норматива. *Денсаулык сактауды дамыту*. 2013;66—67(1—2):14—9.
2. Александрова О. Ю. Организационно-правовые проблемы российского здравоохранения и перспективы их законодательного решения. *ГлавВрач*. 2008;(4):4—6.
3. Артемьева Г. Б., Гехт И. А. Методы оплаты амбулаторной помощи в системе обязательного медицинского страхования [Электронный ресурс]. Режим доступа: URL: <http://отрасли-права.рф/article/13308/>. Дата обращения: 12.03.2016.
4. Ахметзянов А. Р. Проблемы совершенствования системы оплаты медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях, в субъектах Российской Федерации. Социальные аспекты здоровья населения. 2015; URL: <http://vestnik.mednet.ru/content/view/649/30/lang.ru/>
5. Гриднев О. В., Загоруйченко А. А. Доступность организации первичной медико-санитарной помощи в период реформирования амбулаторно-поликлинических учреждений столичного региона. *Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины*. 2015;(2):13—5.
6. Шишкин С. В., Шейман И. М., Абдин А. А., Боярский С. Г., Сажина С. В. Российское здравоохранение в новых экономических условиях: вызовы и перспективы. Доклад НИУ ВШЭ по проблемам развития системы здравоохранения. М.: Изд. дом ВША; 2017. URL: <https://conf.hse.ru/2016/programme>
7. Юрин А. В. Опыт по переходу на одноканальное финансирование системы здравоохранения. *Ремедиум. Журнал о российском рынке лекарств и медицинской технике*. 2009;(8—9):52—4.

Поступила 24.10.2018
Принята в печать 29.11.2018

REFERENCES

1. Ai`kesheva A. S., Kulkaeva G. U., Alty`ruova K. M., Maratova A. M. The role of general physicians in efficiency of implementation of complex per capita standard. *Densaulyk`k saktaudy` damy`tu*. 2013;66—67(1—2):14—9 (in Russian).
2. Alexanderova O.Iu. The organizational legal problems of Russian health care and perspectives of their legislative solution. *Glavny`i` Vrach*. 2008;(4):4—7 (in Russian).
3. Artem`eva G. B., Gekht I. A. The methods of payments for out-patient medical care in the system of mandatory insurance. Web-resource: URL: <http://отрасли-права.рф/article/13308/> (in Russian). 12.03.2016.
4. Akhmetzianov A. R. The problems of development of system of payment for medical care in out-patients conditions in the subjects of the Russian Federation. *Sotcial`ny`e aspekty` zdorov`ia naseleniia*. 2015. Web-resource, URL: <http://vestnik.mednet.ru/content/view/649/30/lang.ru/> (in Russian).
5. Gridnev O. V., Zagorui`chenko A. A. The availability of organization of primary medical sanitary care during reforming ambulatory polyclinical institutions of metropolis region. *Problemy` sotcial`noi``gi-gieny` , zdavookhraneniia i istorii meditsiny`*. 2015;(2):13—5 (in Russian).
6. Shishkin S. V., Shei`man I. M., Abdin A. A., Boiarskii` S. G., Sazhina S. V. The Russian health care in new economic conditions: challenges and perspectives. The Report of NIU VSE on problems of development of health care system. Moscow: Izd. dom VSHA; 2017. Web-resource. URL: <https://conf.hse.ru/2016/programme> (in Russian).
7. Iurin A. V. The experience of transition to single channel financing of health care system. *Remedium. Zhurnal o rossi`skom ry`nke le-karstv i meditsinskoi` tekhnikе*. 2009;(8—9):52—4 (in Russian).

Рощин Д. О.¹, Плутницкий А. Н.²

НОРМАТИВНОЕ РЕГУЛИРОВАНИЕ И ПРАКТИКА ВОЗДЕЙСТВИЯ НА НЕДОБРОСОВЕСТНЫХ УЧАСТНИКОВ МЕДИЦИНСКОГО И ФАРМАЦЕВТИЧЕСКОГО РЫНКА В СЕТИ ИНТЕРНЕТ

¹ФГБУН «Институт истории естествознания и техники им. С. И. Вавилова» РАН, 125315, г. Москва;

²ФГБУН «Национальный научно-исследовательский институт общественного здоровья им. Н. А. Семашко» Минобрнауки России, 105064, г. Москва

Интересы общества ставят перед государством вопрос ответственности в решении проблемы небезопасных ресурсов сети Интернет, предлагающих гражданам услуги в сфере здравоохранения, которые могут повлечь вред здоровью и жизни граждан. Имеется перечень обязательных к размещению на официальных сайтах медицинских организаций сведений, что должно позволить пользователю и государственным органам получить информацию о правовых основах оказания медицинской помощи. Дистанционная торговля лекарственными препаратами с использованием сети Интернет запрещена, а сайты, осуществляющие реализацию подобным способом, подлежат блокировке. Росздравнадзор и его территориальные органы обладает полномочиями по досудебному прекращению функционирования подобных сайтов, при этом механизм блокировки отличается от применяемого Роскомнадзором: блокируются провайдеры услуг хостинга и делегирование доменного имени, а не осуществляется фильтрация трафика. Обсуждается вопрос дальнейшего совершенствования регулирования данной сферы, в частности необходимости блокировки интернет-ресурсов, пропагандирующих неприятие ВИЧ и отказ от терапии СПИДа, а также предлагающих прерывание беременности вне медицинской организации (в домашних условиях), в день обращения (без соблюдения «периода тишины»).

К л ю ч е в ы е с л о в а : здравоохранение; медицина; аптека; онлайн; интернет; блокировка сайта; регулирование интернет.

Для цитирования: Рощин Д. О., Плутницкий А. Н. Нормативное регулирование и практика воздействия на недобросовестных участников медицинского и фармацевтического рынка в сети Интернет. Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. 2019;27(2):147—151. DOI: <http://dx.doi.org/10.32687/0869-866X-2019-27-2-147-151>

Для корреспонденции: Рощин Денис Олегович, канд. мед. наук, научный сотрудник ИИЕТ, e-mail: dr@mcran.org

Roshchin D. O.¹, Plutneyckii A. N.²

THE STANDARD REGULATION AND PRACTICE OF PRESSURE ON UNFAIR PARTICIPANTS OF MEDICAL AND PHARMACEUTICAL MARKET IN THE INTERNET

¹The Federal State Budget Institution of Science “The S. I. Vavilov Institute of History of Natural Science and Technology” of the Russian Academy of Sciences, 125315, Moscow, Russia;

²The Federal State Budget Scientific Institution “The N. A. Semashko National Research Institute of Public Health”, 105064, Moscow, Russia

The interests of society raise before the public authorities the issue of responsibility for solution of problem of unsafe Internet resources proposing health care services that can result in harm to health and life of citizen. There is a listing of information obligatory to be placed on official web-sites of medical organizations to permit users and public administration to obtain information about legal basics of medical care support. The remote trade of medications using Internet is prohibited and web-sites implementing this mode of sales are to be blocked. The Roszdravnadzor and its territorial agencies have powers concerning pretrial stopping similar web-sites functioning. At that, blocking mechanism differs the mechanism applied by the Roszdravnadzor i.e. the blocking is applied both to providers of hosting services and delegation of domain name and not to traffic filtration. The issue is discussed concerning further development of regulation of this sphere, including necessity of blocking web-resources popularizing non-acceptance of HIV and denial of AIDS therapy and also proposing abortion outside medical organization (at home) at the day of visit (without observing “silence period”).

К е у в о р д с : health care; medicine; pharmacy; on-line; Internet; web-site blocking; Internet regulation.

For citation: Roshchin D. O., Plutneyckii A. N. The standard regulation and practice of pressure on unfair participants of medical and pharmaceutical market in the Internet. *Problemy socialnoi gigieni, zdravookhraneniya i istorii meditsiny*. 2019;27(2): 147—151 (In Russ.). DOI: <http://dx.doi.org/10.32687/0869-866X-2019-27-2-147-151>

For correspondence: Roshchin D. O., candidate of medical sciences, the researcher of the Federal State Budget Institution of Science “The S. I. Vavilov Institute of History of Natural Science and Technology”. e-mail: dr@mcran.org

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

Acknowledgment. The study had no sponsor support

Received 25.01.2019
Accepted 30.01.2019

За последние годы телекоммуникационная сеть Интернет превратилась из второстепенного инструмента в главный ресурс взаимодействия пользователей между собой и с организациями различной отраслевой принадлежности. Одной из важных причин популярности сети Интернет является распределенный ее характер, наличие различного рода и часто противоположной информации (что и делает ее сетью, в противном случае следовало ее именовать

скорее «интегральными целостностями») [1]. Технологические основания существования любой сети требуют возможности «идентификации» узлов, сосуществующей с «анонимностью». Государство, будучи актором обеспечения общественной безопасности, ощущает необходимость ограничения распространения интернета, при этом распределенные «центры власти» сети Интернет, находящиеся в различных национальных юрисдикциях, готовы под-

держивать правила относительно блокировки небезопасных ресурсов, если речь идет о сфере здоровья [2]. Все чаще реализуются риски для граждан, создаваемые недобросовестными участниками виртуальной сети, получающих возможность для распространения небезопасной информации за счет технологических особенностей функционирования интернета, предлагающих небезопасные медицинские услуги и реализующие небезопасные лекарственные препараты и медицинские изделия.

Цель исследования — анализ нормативного регулирования и подходов к регулированию информации, размещенной в сети Интернет, влияющих на здоровье граждан.

Материалы и методы

Проведен анализ действующих нормативных документов Российской Федерации, регулирующих возможность вмешательства в деятельность сети Интернет в случаях, ассоциированных с охраняемым законом интересом в сфере здравоохранения. Предприняты попытки моделирования ситуаций необходимости вмешательства административных органов в функционирование отдельных сайтов сети Интернет. Используются общенаучные и частнонаучные методы.

Результаты исследования

Осуществить отсев «пиратских» интернет-ресурсов возможно, если будут установлены требования к «официальным» интернет-сайтам. Ряд нормативных актов регулирует объем сведений, подлежащих размещению на официальных страницах медицинских организаций, основные из которых — ФЗ № 323-ФЗ [3], приказ Минздрава России № 956н [10].

Интернет-сайт технологически состоит из двух компонентов, необходимых для его функционирования и доступа к нему пользователей: вычислительной мощности (хранение файлов, управление базами данных, выдача информации по запросам пользователя) — услуга «хостинга»; доменного имени или адресации внутри него, т. е. средства индивидуализации, позволяющего пользователю попасть на сайт, используя сочетание «www.address.ru».

Понятие «официальный сайт» не раскрыто в нормативных документах. Пользователь ориентируется на результаты поисковой выдачи и информацию, размещенную на самом сайте, что не позволяет однозначно идентифицировать страницу в качестве принадлежащей конкретному юридическому лицу. Шансы правильно распознать владельца ресурса повышаются, если хозяйствующий субъект заинтересован в гражданско-правовой защите своего наименования (торгового наименования) и готов в судебном порядке закрывать сайты-клоны, что мало отражает действительность с государственными и муниципальными учреждениями здравоохранения. При необходимости подтвердить принадлежность сайта в административном производстве приходится использовать различные косвенные доказательства: выявление владельца доменного имени (можно по-



Рис. 1. Интернет-сайт медицинской организации, разместивший подложные документы об образовании медицинского работника.

смотреть через сервис «whois»), определение стороны по договору хостинга и др. Важным является выполнение и обратной задачи: результат аудита 70 сайтов государственных поликлиник и стационаров выявил, что в 4 случаях правом на доменное имя обладало физическое лицо, что создает угрозу безопасности не только репутации медицинской организации, но и граждан (существует возможность подмены содержания сайта).

К основным сведениям об организации, подлежащим размещению на официальной странице [4], относится информация о юридическом лице и о лицензиях на осуществление деятельности. Отсутствие такой информации на сайте не позволило потребителю в конце 2016 г. в г. Москве проверить информацию о наличии и содержании лицензии, что дало организованной группе возможность ввести гражданина в заблуждение относительно безопасности и качества оказываемых медицинских услуг, причинить по неосторожности смерть при введении лекарственного препарата на дому. Отсутствие подобной информации в части случаев позволяет уже сейчас выявлять и реагировать на деятельность подобных организаций (от сайтов реабилитационных центров до групп в социальных сетях об оказании услуг массажа на дому), привлекая граждан по результатам мероприятий за осуществление безлицензионной деятельности.

Информирование о квалификации врача на сайте (ФЗ № 323-ФЗ [3]) на практике позволяет не только потребителю сделать свой выбор, но и административному органу осуществлять экономно и эффективно надзорную функцию. В 2017 г. в г. Москве таким образом в четырех случаях было выявлено использование врачами подложных документов, переданных по подследственности в ГУ МВД России для возбуждения уголовного дела по ч. 3 ст. 327 УК РФ (рис. 1).

Иная категория сведений защищает пациентов как потребителей — это информация о гарантированной государством доступности и качестве медицинской помощи, в основном о территориальной программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи, при

Реформы здравоохранения

Основания для прекращения доступа к сайту

Содержание сайта	Нормативно-правовой акт	Инициатор	Исполнитель
Информация о способах, методах разработки, изготовления и использования наркотических средств, психотропных веществ и их прекурсоров, новых потенциально опасных психоактивных веществ, местах их приобретения, способах и местах культивирования наркосодержащих растений	Федеральный закон от 27.07.2006 № 149-ФЗ «Об информации, информационных технологиях и о защите информации» [8] (п. 5 ст. 15.1)	МВД России	Роскомнадзор
Материалы с порнографическими изображениями несовершеннолетних и(или) объявления о привлечении несовершеннолетних в качестве исполнителей для участия в зрелищных мероприятиях порнографического характера	То же	Роскомнадзор	Роскомнадзор
Предложения, нарушающие запрет деятельности по организации и проведению азартных игр и лотерей с использованием сети Интернет	То же	ФНС России	Роскомнадзор
Информация о способах совершения самоубийства, а также призывы к совершению самоубийства	То же	Роспотребнадзор	Роскомнадзор
Принятие судом решения о запрете к распространению информации на территории Российской Федерации	То же	Судебный орган	Роскомнадзор
Розничная продажа дистанционным способом, предложения о приобретении дистанционным способом, доставка дистанционным способом и(или) передача физическому лицу дистанционным способом лекарственных препаратов, наркотических лекарственных препаратов и психотропных лекарственных препаратов	Федеральный закон от 12.04.2010 № 61-ФЗ «Об обращении лекарственных средств» [9] (п. 24 ст. 5)	Росздравнадзор	Росздравнадзор

этом обязанность публиковать эти сведения имеется не только у участников ОМС [4]. Административная ответственность за неинформирование о возможности получения помощи предусмотрена ст. 6.30 Кодекса об административных правонарушениях (КоАП РФ).

Интернет-пользователи не имеют возможности дифференцировать размещенные на страницах сети сведения, однако на их основании принимаются решения относительно своего здоровья [5]. Целью размещения информации о заболеваниях и способах их терапии в открытых источниках является поддержка, а не замена лечащего врача. Первые попытки оценки размещаемой информации, касающейся состояния здоровья, относятся к 1997 г., когда была опубликована методика, разработанная специалистами в сфере здравоохранения, совместно с инженерами и юристами. Предлагалось использовать 49 критериев, которые разделены на 8 групп: достоверность, полнота, наличие ссылок, дизайн, наличие обратной связи, количественная оценка функционирования сайта, соответствие принципам этики, доступность. Каждый критерий обладал «удельным ве-

сом» в зависимости от степени значимости. Соответствие сайта и размещенных на нем данных указанным критериям не гарантирует для пациента высокого качества информации, однако может повысить количество сайтов, осуществляющих проверку поступающих данных. В настоящее время критерии этического кодекса выглядят следующим образом: авторство информации, цель интернет-ресурса, конфиденциальность, документированность информации: источник и дата, обоснованность утверждений, контактная информация, источники финансирования, рекламная политика [6].

Существуют два принципа прекращения доступа к информации в сети Интернет. Первый из них — блокировка передаваемой информации поставщиками услуг доступа в сеть Интернет, реализуется Роскомнадзором [7], который по решению органов государственной власти или во исполнение судебных решений вносит сайт в специально созданный реестр (рис. 2). При этом ресурс продолжает функционировать и может быть доступен в иных юрисдикциях. МВД России принимает решение о включении в реестр сайта при выявлении на его страницах способов и методов приготовления наркотических средств и психоактивных веществ, а также культивирования наркосодержащих растений, Роспотребнадзор — способов совершения суицидов, ФНС России — азартных игр и лотерей; Роскомнадзор — детской порнографии (см. таблицу). Прокуратура инициирует в судах дела в ст. 45 Гражданского процессуального кодекса РФ о прекращении распространения информации, затрагивающей интересы для неограниченного круга лиц. Второй способ — принятие решения о прекращении оказания услуг регистратором доменных имен и организацией, предоставляющей услуги дата-центра (хостинга). Такие полномочия имеются у Росздравнадзора как органа, уполномоченного на федеральный государственный надзор, и его территориальных органов в случае выявления дистанционной продажи (доставки) лекарственных средств. Сложившаяся практика предусматривает принятие решения в форме приказа, его направления организациям, обеспечивающим функционирование сайта (см. рис. 2).

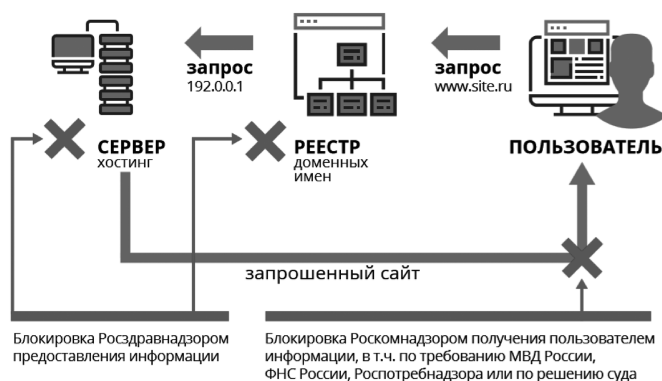


Рис. 2. Принцип запроса и блокировки предоставления сайта пользователю.

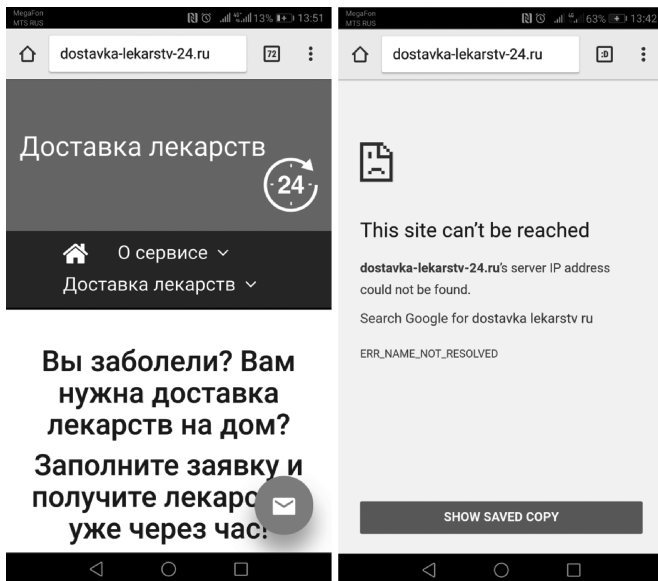


Рис. 3. Результат блокировки интернет-ресурса по продаже лекарственных препаратов.

Досудебное закрытие сайтов Росздравнадзором используется в случаях, когда в рамках административного производства выявляются факты реализации фальсификата и контрафакта, безлицензионной деятельности, а также при невозможности идентифицировать лицо, осуществляющее незаконную фармацевтическую деятельность в сети Интернет (рис. 3).

Для дискуссии авторами выносятся и новые проблемы, способные при наличии скоростного малоконтролируемого информационного пространства, способные повлечь опасные последствия. Их только предстоит осмыслить и выработать конкретные критерии, предотвращающие возможность в будущем недобросовестного их использования, но действенных при создании субъектом риска.

Решение о прерывании беременности и принятие инфицирования вирусом иммунодефицита человека (ВИЧ) относятся к интимной сфере, по которым имеется стойкая стигматизация общества и формируется социальная дистанция. «Аборт в день обращения», «аборт в домашних условиях» выдают 74 и 60 млн страниц поисковой выдачи в системе «Яндекс». Наличие большого количества предложений о проведении аборта в день обращения (без соблюдения предусмотренного законом «периода тишины» [3]), а тем более в домашних условиях, наносит ущерб здоровью женщины, формирует угрозу жизни, еще больше укрепляет понимание личной ответственности за стигматизируемое состояние. Факт существования ВИЧ, его связь с формированием СПИДа являются не просто мейнстримом науки; ФЗ № 38-ФЗ [10] прямо увязывает эпидемиологические риски ВИЧ с возможными негативными последствиями социального, демографического и экономического характера. Однако так называемые отрицатели ВИЧ пользуются возможностями сети Интернет для популяризации своих маргинальных

идей (поисковая выдача по запросу «СПИДа нет» выдает тысячи результатов, среди них: «ВИЧ и СПИД — крупнейшая афера 20-го века», «Людей специально убивают токсичными лекарствами вместо того, чтобы лечить от реальных заболеваний». Заведомо ложная информации может повлечь отказ от лечения или сокрытие информации о заболевании гражданином, инфицированным ВИЧ, что представляет угрозу не только для его жизни и здоровья, но и для членов его семьи и партнеров.

Заключение

Информация, размещаемая в сети Интернет, может служить платформой для оценки безопасности предлагаемых медицинских и фармацевтических услуг государственными органами и потребителями.

Имеющиеся полномочия Росздравнадзора и иных органов исполнительной и судебной власти по блокированию трафика позволяют своевременно реагировать на небезопасный контент, однако необходимо дальнейшее совершенствование юридической базы и продолжение выработки новых критериев для борьбы с поступающими вызовами. Выявляемые различные механизмы блокировки нежелательного контента, находящегося в сети Интернет, авторы относят скорее к несовершенству современного регулирования этой отрасли, полагая сконцентрировать все полномочия по контролю в специализированном государственном органе (Роскомнадзор).

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

ЛИТЕРАТУРА

1. Сосна Н. Н. «Лица в облаках», агенты социальных сетей. *Философский журнал*. 2017;10(4):93—103.
2. Колозарики П. В., Шубенкова А. Ю. Интернет как предмет социальной политики в официальном дискурсе России: благо или угроза? *Журнал исследований социальной политики*. 2016;14(1):39—54.
3. Федеральный закон от 21.11.2011 № 323-ФЗ (ред. от 29.12.2017) «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации». *Российская газета*. № 263 от 21.11.2011. М.: ФГБУ «Редакция «Российской газеты».
4. Приказ Минздрава России от 30.11.2017 № 965н «Об утверждении порядка организации и оказания медицинской помощи с применением телемедицинских технологий». Официальный интернет-портал правовой информации URL: <http://www.pravo.gov.ru>, 10.01.2018.
5. Кофейников Д. В. Сеть Интернет как часть мирового рынка нуждается в государственном правовом регулировании. *Современное право*. 2016;(1):150—9.
6. Свешникова Н. Д., Рошин Д. О., Плутницкий А. Н. Интернет-представительство провайдера медицинских услуг: трансформация понятий и практик. *Health and Social Care Journal*. 2017; S1(4):23—7.
7. Постановление Правительства РФ от 26.10.2012 № 1101 «О единой автоматизированной информационной системе «Единый реестр доменных имен, указателей страниц сайтов в информационно-телекоммуникационной сети «Интернет» и сетевых адресов, позволяющих идентифицировать сайты в информационно-телекоммуникационной сети «Интернет», содержащие информацию, распространение которой в Российской Федерации запрещено». *Российская газета*. № 249 от 29.10.2012. М.: ФГБУ «Редакция «Российской газеты».
8. Федеральный закон от 27.07.2006 № 149-ФЗ (ред. от 25.11.2017) «Об информации, информационных технологиях и о защите

Реформы здравоохранения

- информации». *Российская газета*. № 165 от 29.07.2006. М.: ФГБУ «Редакция «Российской газеты».
9. Федеральный закон от 12.04.2010 № 61-ФЗ (ред. от 28.12.2017) «Об обращении лекарственных средств». *Российская газета*. № 78 от 14.04.2010. М.: ФГБУ «Редакция «Российской газеты».
10. Федеральный закон от 30.03.1995 № 38-ФЗ «О предупреждении распространения в Российской Федерации заболевания, вызываемого вирусом иммунодефицита человека (ВИЧ-инфекции)». *Российская газета*. № 72 от 12.04.1995. М.: ФГБУ «Редакция «Российской газеты».
- Поступила 25.01.2019
Принята в печать 30.01.2019
- ### REFERENCE
1. Sosna N. N. 'Faces in the sky', social network agencies. *Filosofskij zhurnal*. 2017;10(4):93—103 (in Russian).
 2. Kolozaridi P. V., Shubenkova A. Yu. Internet as a subject of social policy in the official discourse of Russia: good or threat? *Zhurnal issledovanij social'noj politiki*. 2016;14(1): 39—54 (in Russian).
 3. Federal Law, 21.11.2011, № 323-FZ Fundamentals of the healthcare in the Russian Federation [«*Ob osnovah ohrany zdorov'ya grazhdan v Rossijskoj Federacii*»]. *Rossijskaya gazeta*. № 263, 21.11.2011. Moscow: FGBU «Redakciya «Rossijskoj gazety» (in Russian).
 4. Order of the Ministry of Health of Russia, 30.11.2017, № 965n Organization and provision of medical assistance with the use of telemedicine technologies [«*Ob utverzhdenii poryadka organizacii i okazaniya medicinskoj pomoshchi s primeneniem telemedicinskih tekhnologij*»]. Oficial'nyj internet-portal pravovoj informacii. URL: <http://www.pravo.gov.ru>, 10.01.2018 (in Russian).
 5. Kofejnikov D. V. The Internet as a part of the world market needs state legal regulation. *Sovremennoe parvo*. 2016;(1):150—9 (in Russian).
 6. Sveshnikova N. D., Roshchin D. O., Plutnickij A. N. Internet-representation of the provider of medical services: transformation of concepts and practices. *Health and Social Care Journal*. 2017;S1(4):23—7 (in Russian).
 7. Resolution of the Government, 26.10.2012, № 1101. Single automated information system «Unified register of domain names, index pages of sites in the information and telecommunications network» Internet «and network addresses that allow you to identify sites in the information and telecommunications network» Internet «containing information that is prohibited in the Russian Federation [O edinoj avtomatizirovannoj informacionnoj sisteme «Edinyj reestr domennyh imen, ukazatelej stranic sajtov v informacionno-telekommunikacionnoj seti «Internet» i setevyh adresov, pozvolyayushchih identifikirovat' sajty v informacionno-telekommunikacionnoj seti «Internet», sodержashchie informaciyu, rasprostranenie kotoroj v Rossijskoj Federacii zapreshcheno»]. *Rossijskaya gazeta*. № 249, 29.10.2012. Moscow: FGBU «Redakciya «Rossijskoj gazety» (in Russian).
 8. Federal Law, 27.07.2006, № 149-FZ Information, information technologies and information protection [«*Ob informacii, informacionnyh tekhnologiyah i o zashchite informacii*»]. *Rossijskaya gazeta*. № 165, 29.07.2006. Moscow: FGBU «Redakciya «Rossijskoj gazety» (in Russian).
 9. Federal Law, 12.04.2010, № 61-FZ Circulation of medicinal products (drugs)[«*Ob obrashchenii lekarstvennyh sredstv*»]. *Rossijskaya gazeta*. № 78, 14.04.2010. Moscow: FGBU «Redakciya «Rossijskoj gazety» (in Russian).
 10. Federal Law, 30.03.1995, № 38-FZ Prevention of the spread in the Russian Federation of a disease caused by the human immunodeficiency virus (HIV) [«*O preduprezhdenii rasprostraneniya v Rossijskoj Federacii zabolovaniya, vyzываемого virusom immunodeficitа cheloveka (VICH-infekcii)*»]. *Rossijskaya gazeta*. № 72, 12.04.1995. Moscow: FGBU «Redakciya «Rossijskoj gazety» (in Russian).

© Коллектив авторов, 2019
УДК 614.2:616-082(1-22)

Калининская А. А., Сон И. М., Шляфер С. И.

ПРОБЛЕМЫ И ПЕРСПЕКТИВЫ РАЗВИТИЯ СЕЛЬСКОГО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

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

Происходящие в стране в последние десятилетия изменения в социально-экономической жизни привели к существенному сокращению сельскохозяйственного производства, ухудшению жизни сельского населения, ограничению доступности и снижению качества медицинской помощи, что негативно отразилось на здоровье сельских жителей.

Результаты исследований свидетельствуют о низком уровне здоровья сельского населения, которое по многим показателям хуже, чем у городского, и отмечается стойкая тенденция к его ухудшению. Это происходит на фоне реализации федеральной целевой программы «Устойчивое развитие сельских территорий на 2014—2017 годы и на период до 2020 года»¹, которая является логическим продолжением программы «Социальное развитие села до 2013 года»². В программах определены основные направления по регулированию комплексного развития сельских территорий, неотъемлемой частью которых является развитие здравоохранения села. Цель работы — представить предложения по реформированию и перспективам развития здравоохранения села на основе анализа основных показателей деятельности медицинских организаций, оказывающих помощь сельскому населению, с учетом заболеваемости и доступности медицинской помощи жителям села.

К л ю ч е в ы е с л о в а: сельское население; демографические показатели; заболеваемость; медицинские организации; медицинские кадры.

Для цитирования: Калининская А. А., Сон И. М., Шляфер С. И. Проблемы и перспективы развития сельского здравоохранения. Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. 2019;27(2):152—157. DOI: <http://dx.doi.org/10.32687/0869-866X-2019-27-2-152-157>

Для корреспонденции: Калининская Алефтина Александровна, д-р мед. наук, профессор, зав. отделением организации лечебно-профилактической помощи ФГБУ «Центральный научно-исследовательский институт организации и информатизации здравоохранения» Минздрава России, e-mail: akalininskya@yandex.ru

Kalininskaia A. A., Son I. M., Shliafer S. I.

THE PROBLEMS AND PERSPECTIVES OF DEVELOPMENT OF RURAL HEALTH CARE

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

The changes in social and economic life that took place in Russia during last decades resulted in significant reduction in agricultural production, deterioration of life of rural population, limitation of accessibility and decreasing of quality of medical care that negatively impacted health of rural residents.

The results of research studies testify low level of rural population health, which by many indices is worse as compared with urban population. The persistent tendency of its deterioration is established. These processes occur against the background of implementation of the Federal target program “The sustainable development of rural areas in 2014—2017 and until 2020” which is a logical continuation of the program “The social development of rural areas until 2013”. The programs determine main directions of regulating integrated development of rural areas including such an integrated section as development of rural health care.

The study was targeted present proposals concerning reformation and prospects of development of rural health care on the basis of analysis of key indices of medical organizations functioning, supporting rural population, with consideration of morbidity and accessibility of medical care to rural areas residents.

К e y w o r d s: rural population; demographic indices; morbidity; medical organizations; medical personnel.

For citation: Kalininskaia A. A., Son I. M., Shliafer S. I. The problems and perspectives of development of rural health care. *Problemy socialnoi gigieni, zdravookhraneniya i istorii meditsiny*. 2019;27(2):152—157 (In Russ.). DOI: <http://dx.doi.org/10.32687/0869-866X-2019-27-2-152-157>

For correspondence: Kalininskaia A. A., doctor of medical sciences, professor, the head of the Department of Organization of Curative Preventive Care of the Federal State Budget Institution “The Central Research Institute for Health Organization and Informatics”. e-mail: akalininskya@yandex.ru

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

Acknowledgment. The study had no sponsor support

Received 25.05.2017
Accepted 10.10.2017

Цель исследования — разработка предложений по реформированию и перспективам развития здравоохранения села на основе анализа основных показателей деятельности медицинских организаций, оказывающих помощь сельскому населению, с уче-

том заболеваемости и доступности медицинской помощи жителям села.

Методика исследования

Основные медико-демографические показатели на селе в Российской Федерации изучались по сведе-

¹ Постановление Правительства Российской Федерации от 15 июля 2013 г. № 598 «О федеральной целевой программе „Устойчивое развитие сельских территорий на 2014—2017 годы и на период до 2020 года“».

² Постановление Правительства Российской Федерации от 3 декабря 2002 г. № 858 «О федеральной целевой программе „Социальное развитие села до 2013 года“».

Реформы здравоохранения

ниям Федеральной службы государственной статистики (Росстат) за 2002—2016 гг. Показатели заболеваемости сельского населения анализировались по данным формы федерального статистического наблюдения № 12-село «Сведения о числе заболеваний, зарегистрированных у пациентов, проживающих в районе обслуживания медицинской организации» по Российской Федерации за 2010—2015 гг. Оценка показателей, характеризующих деятельность медицинских организаций, расположенных в сельской местности, проводилась по данным формы федерального статистического наблюдения № 47 «Сведения о сети и деятельности медицинских организаций» и статистическим материалам Федерального государственного бюджетного учреждения «Центральный научно-исследовательский институт организации и информатизации здравоохранения» Министерства здравоохранения Российской Федерации за 2001—2015 гг.

Среди основных направлений государственной политики в стране традиционно особое место занимают проблемы села, в том числе и сельского здравоохранения [1—3].

За 2002—2016 гг. сельское население страны уменьшилось на 861 тыс. человек (до 37 877 тыс.), а его доля в структуре всего населения снизилась от 26,7 до 25,8% [4]. Если тенденция к сокращению численности сельского населения продолжится, то, по среднему варианту прогноза Росстата, его численность к 2020 г. уменьшится до 35,4 млн человек и составит 24,6% от всего населения, к 2025 г. — 23,7%, к 2030 г. — 22,8%, к 2031 г. — до 32 млн (22,6%) [5].

Основным фактором снижения численности жителей села является миграционный отток, который связан с низким уровнем комфортности проживания в сельской местности, особенно для молодежи³.

По данным Росстата на 1 января 2016 г., по возрасту сельское население страны распределилось следующим образом: лица моложе трудоспособного возраста (0—15 лет) составили 20%, трудоспособного возраста (женщины 16—54 лет, мужчины 16—59 лет) — 55%, старше трудоспособного возраста (женщины 55 лет и старше, мужчины 60 лет и старше) — 25%. На 1 января 2002 г. эти показатели составляли 21,5; 56 и 22,5% соответственно, т. е. происходит постарение сельского населения. В 2016 г. на 1 тыс. мужчин старше трудоспособного возраста приходилось 2247 женщин, на 1 тыс. мужчин трудоспособного возраста — только 826 женщин (на 1 января 2002 г. эти показатели составляли 2089 и 910 соответственно), т. е. гендерная структура сельского населения также продолжает ухудшаться [4, 6, 7].

Основными проблемами организации доступной и качественной медицинской помощи жителям сельских муниципальных образований являются низкая плотность населения, обезлюдение и из-

мельчение сельских поселений, плохое транспортное сообщение; низкое материальное-техническое и информационное обеспечение. Социологическое исследование показало, что медицинские организации территориально доступны только для 49,4% сельских жителей, труднодоступны для 40%, практически недоступны для 9%. Сельские жители имеют низкий уровень медицинской активности, в 1,5 раза реже горожане посещают врача, а госпитализируются лишь при неотложных состояниях.

Как положительный факт следует отметить, что в сельской местности постепенно улучшается демографическая ситуация. За 2001—2015 гг. рождаемость на селе повысилась с 10 до 12,8 на 1 тыс. населения, но она остается ниже, чем в городах (в 2001 г. — 8,7; в 2015 г. — 13,4 на 1 тыс. городского населения) [8].

Традиционно показатель смертности сельского населения был выше, чем городского. За последние 15 лет показатель снизился с 17,3 до 14,4 на 1 тыс. сельского населения (городского населения — с 14,9 до 12,6 на 1 тыс. соответствующего населения). Ожидаемая продолжительность жизни при рождении (ОПЖ) сельского населения ниже, чем городского, но имеет стойкую тенденцию к росту. За изучаемый период ОПЖ сельского населения увеличилась с 64,2 до 69,9 года (городского — с 65,6 до 71,9 года) [9].

Показатели заболеваемости сельского населения были проанализированы по данным формы федерального статистического наблюдения № 12-село. Анализ показал за 2010—2015 гг. в России уменьшение первичной заболеваемости от 630,1 до 597,1 на 1 тыс. сельского населения, что с большой долей вероятности, несмотря на введение программы диспансеризации определенных групп взрослого населения, является результатом снижения выявляемости.

За изученный период общая заболеваемость сельского населения также уменьшилась от 1296,1 до 1231,8 на 1 тыс. сельского населения. Наиболее высокие показатели общей заболеваемости были зарегистрированы в классах болезней органов дыхания (311,7‰), системы кровообращения (198,7‰), органов пищеварения (97,3‰), костно-мышечной системы и соединительной ткани (95,6‰), мочеполовой системы (81,4‰), глаза и его придаточного аппарата (78,1‰).

Анализ основных показателей, характеризующих обеспеченность ресурсами сельского здравоохранения, показал, что коечный фонд медицинских организаций, расположенных в сельской местности, в 2015 г. составлял 14,4% коечного фонда РФ (в 2001 г. — 15,8%). Обеспеченность койками жителей села составила 40,6 койки на 10 тыс. сельского населения (на 10 тыс. городского населения — 83,9 койки). В целом в Российской Федерации обеспеченность населения койками составила 72,7 койки на 10 тыс. населения (табл. 1).

За последние 15 лет обеспеченность койками в России снизилась на 24,9%. В большей степени (на 31,4%) это произошло в медицинских организациях

³ Распоряжение Правительства Российской Федерации от 28.12.2012 № 2599-р «Об утверждении плана мероприятий («дорожной карты») «Изменения в отраслях социальной сферы, направленные на повышение эффективности здравоохранения».

Таблица 1
Обеспеченность койками медицинских организаций в сельской местности и в городах Российской Федерации в 2001, 2005, 2010 и 2015 гг.

Показатель	2001 г.	2005 г.	2010 г.	2015 г.
Всего коек:				
абс.	1 418 620	1 350 870	1 198 770	1 065 758
% к 2001 г.	100,0	95,2	84,5	75,1
на 10 тыс. населения	97,7	94,3	83,9	72,7
В том числе в медицинских организациях:				
расположенных в сельской местности:				
абс.	224 417	203 882	163 007	153 866
% к 2001 г.	100,0	90,8	72,6	68,6
на 10 тыс. сельского населения	57,9	53,1	43,5	40,6
расположенных в городе:				
абс.	1 194 203	1 146 988	1 035 763	911 892
% к 2001 г.	100,0	96,05	86,7	76,4
на 10 тыс. городского населения	112,2	109,4	98,25	83,9

Примечание. Здесь и в табл. 2: по данным формы федерального статистического наблюдения № 47.

сельской местности, в меньшей (на 23,6%) — в городах.

Поскольку сельские жители госпитализируются и в медицинские организации, расположенные в городах, и в федеральные научные центры по поводу оказания специализированной высокотехнологичной помощи, анализ динамики этого показателя не может проводиться обособлено. Кроме того, в стране постоянно происходят изменения статуса городских и сельских поселений.

Анализ ресурсной базы здравоохранения села показал, что за 15 лет (2001—2015) в Российской Федерации число центральных районных больниц сократилось на 18,8% (с 1756 до 1426), число коек в них — на 43,7% (с 365 467 до 205 639), при этом отмечен рост числа районных больниц на 56% (с 266 до 415) и числа коек в них на 86,6% (с 29 185 до 54 459). Суммарно коечный фонд центральных районных и районных больниц за изученный период снизился на 34,1% (с 394 652 до 260 098).

Отмечено уменьшение числа участковых больниц в 47,7 раза и числа коек в них в 38,3 раза. Это, однако, связано не столько с фактическим сокращением числа участковых больниц, сколько с их реорганизаций в филиалы (отделения) центральных районных и районных больниц, а также в сельские врачебные амбулатории, общие врачебные практики или фельдшерско-акушерские пункты.

В 2015 г. доля госпитализированных сельских жителей от общего числа госпитализированных составила 28,7% [10]. При этом доля сельского населения в общей численности населения России составляла 25,8% [7].

Частота госпитализации всего населения России за 15 лет снизилась на 5,2%, частота госпитализации сельских жителей — на 2,2%, городских — на 6,3% (табл. 2). В 2015 г. из-за происходящей реорганизации частота госпитализации селян в участковые

больницы составила всего 1,07 на 1 тыс. сельских жителей (в 2001 г. — 40,11).

Суммарный показатель частоты госпитализации сельского населения в больницы сестринского ухода и хосписы за изученный период также сократился в 8,7 раза и в 2015 г. составил 0,023 на 1 тыс. сельских жителей (в 2001 г. — 0,2 на 1 тыс. сельского населения).

На фоне активного процесса реорганизации коечного фонда участковых больниц, когда многие из них получили статус отделений центральных районных и районных больниц, уровень госпитализации сельского населения суммарно в центральные районные и районные больницы за 15 лет снизился с 126,96 до 118,11 на 1 тыс. сельских жителей. В 2010 г. показатель частоты госпитализации в эти медицинские организации был особенно высоким (155,52 на 1 тыс. соответствующего населения).

Средняя длительность пребывания пациента на койке в медицинских организациях, расположенных в сельской местности, за 15 лет снизилась с 15,3 до

Таблица 2

Частота госпитализации сельских и городских жителей в больничные организации Российской Федерации разных типов в 2001, 2005, 2010 и 2015 гг.

Показатель	Частота госпитализации	2001 г.	2005 г.	2010 г.	2015 г.
Всего	на 1 тыс. всего населения	212,82	225,39	224,97	201,68
	на 1 тыс. сельских жителей	228,16	242,15	253,0	223,21
	на 1 тыс. городских жителей	207,13	219,18	215,01	194,14
В том числе:					
в краевые, республиканские, областные, окружные больницы (взрослые и детские)	на 1 тыс. всего населения	17,26	20,0	22,41	24,5
	на 1 тыс. сельских жителей	21,97	26,45	31,76	32,57
	на 1 тыс. городских жителей	15,51	17,6	19,09	21,67
в городские больницы (взрослые и детские)	на 1 тыс. всего населения	81,78	85,06	82,1	70,29
	на 1 тыс. сельских жителей	22,34	25,12	30,64	29,93
	на 1 тыс. городских жителей	103,81	107,28	100,37	84,4
в специализированные больницы	на 1 тыс. всего населения	7,99	7,93	7,9	10,52
	на 1 тыс. сельских жителей	4,68	5,0	6,32	8,69
	на 1 тыс. городских жителей	9,22	9,02	8,46	11,16
в центральные районные и районные больницы	на 1 тыс. всего населения	68,02	71,85	76,13	57,36
	на 1 тыс. сельских жителей	126,96	135,45	155,52	118,11
	на 1 тыс. городских жителей	46,17	48,28	47,93	36,11
в участковые больницы	на 1 тыс. всего населения	11,64	9,7	1,78	0,35
	на 1 тыс. сельских жителей	40,11	33,49	6,02	1,07
	на 1 тыс. городских жителей	1,08	0,88	0,28	0,1
в больницы сестринского ухода и хосписы	на 1 тыс. всего населения	0,13	0,16	0,09	0,12
	на 1 тыс. сельских жителей	0,2	0,31	0,02	0,023
	на 1 тыс. городских жителей	0,1	0,11	0,11	0,16

Реформы здравоохранения

14,9 дня (в городских — с 14,3 до 11,1 дня). Этот показатель уменьшился в медицинских организациях всех типов: в центральных районных больницах (с 12,4 до 9,8 дня), в районных больницах (с 13,4 до 9,7 дня), в участковых больницах (с 15,6 до 13,1 дня), в больницах сестринского ухода (с 58,8 до 43,1 дня).

Исходя из вышеизложенного, учитывая возрастную состав сельского населения и процесс вымирания деревень, а также в свете реализации распоряжения Правительства Российской Федерации от 05.02.2016 № 164-р «Стратегия действий в интересах граждан старшего поколения в Российской Федерации до 2025 года», прежде чем проводить реструктуризацию коечного фонда медицинских организаций, оказывающих помощь сельским жителям, необходимы тщательное научное обоснование планируемых изменений и постоянный мониторинг проводимых преобразований. Для организации мониторинга в формы федерального статистического наблюдения следует внести изменения, которые позволили бы оценить показатели работы отделений центральных районных и районных больниц (бывших участковых больниц), их профиль, число поступивших пациентов, число койко-дней.

Учитывая особенности расселения сельских жителей, для повышения доступности медицинской помощи необходимо шире использовать потенциал специалистов со средним медицинским образованием, развивать сеть домов (отделений) сестринского ухода с выездной службой, отделений паллиативной помощи, гериатрической помощи жителям села. Следует решать вопросы сотрудничества медицинских и социальных служб в организации медицинской помощи на селе.

В течение последних 15 лет в организации оказания скорой медицинской помощи жителям села также произошли существенные изменения: число станций (отделений) скорой медицинской помощи в сельской местности сократилось на 19,6%, что осложняет своевременность оказания экстренной медицинской помощи сельским жителям в условиях бездорожья [11].

За 2001—2015 гг. число сельских жителей, которым оказана помощь при выездах, увеличилось с 231,4 до 252 на 1 тыс. соответствующего населения (в городе снизилось с 369,7 до 335,1 на 1 тыс. соответствующего населения).

Число медицинских организаций, оказывающих помощь в амбулаторных условиях и расположенных в сельской местности, за 15 лет уменьшилось в 8,1 раза (с 8280 до 1023). При этом число самостоятельных амбулаторий сократилось в 127,1 раза (с 4067 до 32), что связано с объединением амбулаторий и районных (центральных районных) больниц и соответственной утерей статуса самостоятельного юридического лица.

Обеспеченность сельского населения врачами за последние 15 лет возросла с 12,5 до 14,3 на 10 тыс. сельского населения. Обеспеченность врачами городского населения имеет, напротив, тенденцию к снижению, показатель традиционно несоизмеримо

выше: 52,2 (в 2001 г.) и 45 (в 2015 г.) на 10 тыс. городского населения. Укомплектованность врачами медицинских организаций, расположенных в сельской местности, составила 86,5% (в 2001 г. — 88,5%), коэффициент совместительства — 1,3 (в 2001 г. — 1,4). Рост обеспеченности врачами на селе в определенной мере связан с программой «Земский доктор», которая реализуется с 1 января 2012 г.

Следует отметить как отрицательный факт утрату интереса к внедрению на селе общей врачебной (семейной) практики, в последние годы она развивается очень медленными темпами. Возможно, это связано с несовершенными механизмами дифференцированной оплаты труда врачей общей практики (семейных врачей), которая в настоящее время мало зависит от объемов и качества их работы, а также с демографическими и социальными особенностями села.

Наиболее доступными подразделениями медицинских организаций, оказывающих первичную медицинскую помощь сельскому населению, являются фельдшерско-акушерские пункты [11]. Печально, что за 15 лет в стране было упразднено 8709 фельдшерско-акушерских пунктов, их число сократилось с 42 928 до 34 219, а число работающего в них среднего медицинского персонала уменьшилось на 22,7%.

Показатель обеспеченности средним медицинским персоналом сельских медицинских организаций за означенный период снизился с 60 до 54,8 на 10 тыс. сельского населения (в медицинских организациях, расположенных в городах, — 107,5 и 101,4 на 10 тыс. городского населения соответственно). При этом средний медицинский персонал, в частности фельдшер, является самым востребованным медицинским работником в условиях села.

С 1 января 2015 г. работает программа «Земский фельдшер», рассчитанная на 3 года, в рамках которой каждому специалисту со средним медицинским образованием, изъявившему желание работать в сельской местности, выплачивают подъемный капитал в размере 500 тыс. рублей из бюджета субъекта Российской Федерации.

Для оказания первой помощи жителям малолюдных (до 100 человек) сел и деревень, не имеющих фельдшерско-акушерских пунктов, в последние годы стали создаваться домовые хозяйства. Ответственные за домовое хозяйство проходят специальную подготовку. В настоящий момент в России создано более 9 тыс. домовых хозяйств, но они не могут заменить фельдшера и медицинскую сестру, хотя неоспорима помощь работников домовых хозяйств в оказании доврачебной помощи, в организации вызовов скорой и неотложной медицинской помощи, явки населения к врачам выездных бригад или мобильных комплексов [11].

Следует отметить, что за последние годы усилилось внимание к здравоохранению села.

В связи с реализацией постановления Правительства Российской Федерации от 15.07.2013 № 598 «О федеральной целевой программе „Устойчивое развитие сельских территорий на 2014—2017 годы и

на период до 2020 года» планируется ввести в действие 858 фельдшерско-акушерских пунктов и(или) офисов врачей общей практики (семейных врачей), увеличить численность сельского населения, обеспеченного фельдшерско-акушерскими пунктами (офисами врачей общей практики, семейных врачей), на 557,1 тыс. человек.

Заключение

Исходя из вышеизложенного, сформулированы приоритетные задачи развития медицинской помощи сельским жителям:

- целевое финансирование из бюджета субъекта Российской Федерации на укрепление материально-технической базы медицинских организаций, расположенных в сельской местности;
- организация постоянного мониторинга проводимых преобразований с предварительным тщательным научным обоснованием планируемых изменений сети медицинских организаций, оказывающих помощь сельским жителям (фельдшерско-акушерские пункты, врачебные амбулатории, участковые и районные больницы, центральные районные больницы и т. д.);
- активизация развития на селе общих врачебных (семейных) практик;
- разработка на уровне субъекта Российской Федерации системы дифференцированной оплаты труда врачей общей практики (семейных врачей), оказывающих помощь сельским жителям, на основе эффективного контракта, с учетом территориальных особенностей, медико-демографических характеристик прикрепленного населения;
- пересмотр форм федерального статистического наблюдения в части расширения сведений о численности и объемах работы врачей общей практики (семейных врачей), работающих в сельских медицинских организациях;
- совершенствование подготовки выпускников медицинских высших учебных заведений, направляемых на работу в медицинские организации, расположенные в сельской местности;
- укрепление и расширение сети фельдшерско-акушерских пунктов;
- активизация деятельности мобильных врачебных бригад, оснащенных современным оборудованием и аппаратурой;
- реорганизация маломощных больниц (бывших участковых и даже районных) в больницы сестринского ухода, отделения паллиативной помощи, долечивания, подконтрольные врачу общей практики (семейному врачу);
- внедрение в работу медицинских организаций телемедицинских технологий с целью увеличения доступности консультативно-диагностической помощи, а также дистанционных форм обучения и повышения квалификации медицинских работников первичного звена;

— повышение медицинской активности сельского населения, обучение навыкам здорового образа жизни и профилактике.

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

ЛИТЕРАТУРА

1. Стародубов В. И., Калининская А. А., Дзугаев К. Г., Стрючков В. В. Проблемы здравоохранения села: Монография. М.: Издательский дом Академии Естествознания; 2012.
2. Максимова Т. М. Современные проблемы и перспективные оценки здоровья населения как основа реформирования здравоохранения. *Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины*. 2000;(5):9—15.
3. Паскаль А. В. Инновационные подходы к проблеме формирования системы медико-социальной помощи жителям села. *Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины*. 2006;(5):38—9.
4. Распределение населения по возрастным группам. Доступно по ссылке: http://www.gks.ru/free_doc/new_site/population/demo/demo14.xls (Дата обращения 25.11.2016).
5. Предположительная численность населения Российской Федерации до 2030 года. Статистический бюллетень. М.: Федеральная служба государственной статистики (Росстат); 2013.
6. Численность населения Российской Федерации по полу и возрасту на 1 января 2002 г. Статистический бюллетень. М.: Государственный комитет Российской Федерации по статистике (ГОСКОМСТАТ России), ФГУ ЦНИИОИЗ; 2002.
7. Численность населения Российской Федерации по полу и возрасту на 1 января 2016 г. Статистический бюллетень. М.: Федеральная служба государственной статистики (Росстат); 2016.
8. Рождаемость, смертность и естественный прирост населения. Доступно по ссылке: http://www.gks.ru/free_doc/new_site/population/demo/demo21.xls (Дата обращения 10.09.2016).
9. Ожидаемая продолжительность жизни при рождении. Доступно по ссылке: http://www.gks.ru/free_doc/new_site/population/demo/demo26.xls (Дата обращения 12.09.2016).
10. Сельское здравоохранение России в 2015 году. Статистические материалы. М.: Министерство здравоохранения Российской Федерации, ФГБУ «Центральный научно-исследовательский институт организации и информатизации здравоохранения»; 2016.
11. О состоянии сельских территорий в Российской Федерации в 2014 году: Ежегодный доклад по результатам мониторинга: науч. изд. М.: ФГБНУ «Росинформагротех»; 2016. Вып. 2.

Поступила 25.05.2017
Принята в печать 10.10.2017

REFERENCES

1. Starodubov V. I., Kalininskaya A. A., Dzugaev K. G., Stryuchkov V. V. Problems of the health of the village: Monograph [*Problemy zdravooxraneniya sela: Monografija*]. Moscow: Izdatel'skij dom Akademii Estestvoznaniya; 2012 (in Russian).
2. Maximova T. M. Modern problems and perspective assessments of public health as the basis for health care reform. *Problemy sotsial'noj gigieny, zdravookhraneniya i istorii mediciny*. 2000;(5):9—15 (in Russian).
3. Paskal A. V. Innovative approaches to the problem of forming a system of medical and social assistance to the villagers. *Problemy social'noj gigieny, zdravooxraneniya i istorii mediciny*. 2006;(5):38—9 (in Russian).
4. The distribution of population by age groups [*Raspredelenie naseleniya po vozrastnym gruppam*]. Available at: http://www.gks.ru/free_doc/new_site/population/demo/demo14.xls (Accessed 25 November 2016) (in Russian).
5. The estimated population of the Russian Federation until 2030. Statistical bulletin. Moscow, Federal state statistics service [*Predpolozhitel'naja chislennost' naseleniya Rossijskoj Federacii do 2030 goda. Statisticheskij bjulleten'*]. Moscow: Federal'naja sluzhba gosudarstvennoj statistiki (Rosstat); 2013 (in Russian).
6. The number of the Russian population by sex and age on 1 January 2002. Statistical bulletin [*Chislennost' naseleniya Rossijskoj Federacii po polu i vozrastu na 1 janvarja 2002 g. Statisticheskij bjulleten'*]. Moscow: Gosudarstvennyj komitet Rossijskoj Federacii po statistike (GOSKOMSTAT Rossii), FGU CNII OIZ, 2002 (in Russian).

Реформы здравоохранения

7. The number of the Russian population by sex and age on 1 January 2016. Statistical bulletin [*Chislennost' naselenija Rossijskoj Federacii po polu i vozrastu na 1 janvarja 2016 g. Statisticheskij bjulleten'*]. Moscow: Federal'naja sluzhba gosudarstvennoj statistiki (Rosstat); 2016 (in Russian).
8. Birth rate, death rate and natural population growth [*Rozhdaemost', smertnost' i estestvennyj prirost naselenija*]. Available at: http://www.gks.ru/free_doc/new_site/population/demo/demo21.xls (Accessed 10 September 2016) (in Russian).
9. Life expectancy at birth [*Ozhidaemaja prodolzhitel'nost' zhizni pri rozhdenii*]. Available at: http://www.gks.ru/free_doc/new_site/population/demo/demo26.xls (Accessed 12 September 2016) (in Russian).
10. Rural public health of Russia in 2015. Statistical materials [*Sel'skoe zdravooхранenie Rossii v 2015 godu. Statisticheskie materialy*]. Moscow: Ministerstvo zdravooхранenija Rossijskoj Federacii, FGBU «Central'nyj nauchno-issledovatel'skij institut organizacii i informacii zdravooхранenija»; 2016 (in Russian).
11. On the state of rural areas in the Russian Federation in 2014: Annual report on monitoring results [*O sostojanii sel'skih territorij v Rossijskoj Federacii v 2014 godu: Ezhegodnyj doklad po rezul'tatam monitoringa*]. Moscow: FGBNU Rosinformagrotekh; 2016 (in Russian).

© Коллектив авторов, 2019
УДК 614.2.07

Кинчагулова М. В.¹, Брынза Н. С.¹, Горбунова О. П.^{2,1}, Сунгатуллина Л. А.¹

МОТИВАЦИЯ УЧАСТНИКОВ ПРОГРАММЫ «ЗЕМСКИЙ ДОКТОР» В ТЮМЕНСКОЙ ОБЛАСТИ И ОЦЕНКА ИХ УДОВЛЕТВОРЕННОСТИ УСЛОВИЯМИ ТРУДА И ЖИЗНИ В СЕЛЬСКОЙ МЕСТНОСТИ

¹ФГБОУ ВО «Тюменский государственный медицинский университет» Минздрава России, 625023, г. Тюмень;
²Департамент здравоохранения Тюменской области, 625048, г. Тюмень

Представлены результаты второго этапа исследования мотивации участников программы «Земский доктор», работающих в медицинских организациях сельских муниципальных районов Тюменской области (без округов), и оценки их удовлетворенности условиями труда и жизни. В целом социологическое исследование с использованием анкетного опроса было проведено департаментом здравоохранения Тюменской области и ФГБОУ ВО «Тюменский государственный медицинский университет Минздрава России» в 2016—2017 гг. с целью оценки результативности программы «Земский доктор» и рисков кадрового обеспечения сельского здравоохранения, связанных с реализацией программ. В ходе первого этапа исследования были опрошены участники программы в Тюменском муниципальном районе, его результаты опубликованы в журнале «Медицинская наука и образование Урала» (2017; № 1).

При анализе причин увольнения с предыдущего места работы и переезда в сельскую местность с целью трудоустройства были выявлены основные мотивы участия в программе «Земский доктор». Авторами проведен анализ удовлетворенности условиями реализации программы, а также социально-трудовыми и бытовыми условиями жизни в сельской местности. Полученные результаты позволили оценить риски, связанные с кадровой обеспеченностью учреждений здравоохранения в процессе реализации программы и после завершения 5-летнего периода, который должен отработать специалист. Проведенный анализ позволил выявить факторы мотивации труда и удовлетворенности условиями жизни в сельской местности. В основном участники программы довольны ее наличием и условиями реализации. Результаты исследования могут быть использованы органами власти при принятии управленческих решений по созданию условий для привлечения и удержания специалистов в сельской местности.

К л ю ч е в ы е с л о в а : сельское здравоохранение; кадровое обеспечение; медицинские работники; программа «Земский доктор»; мотивация; удовлетворенность.

Для цитирования: Кинчагулова М. В., Брынза Н. С., Горбунова О. П., Сунгатуллина Л. А. Мотивация участников программы «Земский доктор» в Тюменской области и оценка их удовлетворенности условиями труда и жизни в сельской местности. Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. 2019;27(2):158—162. DOI: <http://dx.doi.org/10.32687/0869-866X-2019-27-2-158-162>

Для корреспонденции: Кинчагулова Миляуша Вайнеровна, канд. социол. наук, доцент кафедры общественного здоровья и здравоохранения ИНПР ФГБОУ ВО «Тюменский ГМУ» Минздрава России, e-mail: am1807@mail.ru

Kinchagulova M. V.¹, Brynza N. S.¹, Gorbunova O. P.^{1,2}, Sungatullina L. A.¹

THE MOTIVATION OF PARTICIPANTS OF THE “ZEMSTVO DOCTOR” PROGRAM IN THE TYUMEN OBLAST AND EVALUATION OF THEIR SATISFACTION WITH CONDITIONS OF WORK AND LIFE IN RURAL TERRITORY

¹The Federal State Budget Educational Institution of Higher Education “The Tyumen State Medical University” of Minzdrav of Russia, 625023, Tyumen, Russia;

²The Tyumen Oblast Health Care Department, 625048, Tyumen, Russia

The article presents the results of the second stage of the study of the motivation of participants of the “Zemstvo Doctor” program, working in medical organizations in rural municipal districts of the Tyumen region (without okrugs) and the evaluation of their satisfaction with labor and living conditions. The sociological questionnaire survey was carried out in 2016—2017 with purpose of evaluating effectiveness of the “Zemstvo Doctor” program and the risks of medical personnel support of rural health care system. During the first stage of study, participants of the program in Tyumen municipal district were interviewed and the results were published.

While analyzing the reasons of dismissal from previous job and moving to countryside for employment, the main motives of participating in the “Zemstvo Doctor” program were identified. The analysis of satisfaction with conditions of program implementation, as well as social, labor and living conditions in rural areas was implemented. The results made possible to assess the risks associated with medical personnel support of health organizations, both in process of implementing the program, and after completion of a five-year period, which the specialist must work for. The implemented analysis permitted to reveal factors of labor motivation and satisfaction with living conditions in rural areas. In general, the participants of program are satisfied both with its availability and conditions of its implementation. The results of the research can be used by the authorities in managerial decision making related to organization of conditions for attraction and keeping specialists in rural areas.

К е y o r d s : rural health care system; medical personnel support; health care personnel; “Zemstvo Doctor” program; motivation, satisfaction.

For citation: Kinchagulova M. V., Brynza N. S., Gorbunova O. P., Sungatullina L. A. The motivation of participants of the “Zemstvo doctor” program in the Tyumen oblast and evaluation of their satisfaction with conditions of work and life in rural territory. *Problemi socialnoi gigieni, zdravookhraneniya i istorii meditsini*. 2019;27(2):158—162 (In Russ.). DOI: <http://dx.doi.org/10.32687/0869-866X-2019-27-2-158-162>

For correspondence: Kinchagulova M. V., candidate of sociological sciences, associate professor of the Chair of Public Health and Health Care of the Federal State Budget Educational Institution of Higher Education “The Tyumen State Medical University”, e-mail: am1807@mail.ru

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

Acknowledgment. The study had no sponsor support

Received 13.12.2017

Accepted 21.12.2017

Улучшение показателей здоровья населения невозможно без решения вопросов кадрового обеспечения здравоохранения [1—3]. Особенно актуальна проблема обеспеченности медицинскими работниками для сельского здравоохранения [4, 5]. Значительную роль в решении проблемы сыграла программа «Земский доктор», реализуемая в Российской Федерации с 2012 г. [6, 7]. Вместе с тем в ходе реализации программы возник ряд вопросов, связанных не только с привлечением кадров, но и с их удержанием, в том числе до истечения 5-летнего срока договора [8]. Прежде всего это связано с наличием корреляции условий работы и места работы, политики региона [9].

На выбор врачом места трудоустройства влияют ряд факторов. Во-первых, это система внутренних мотивов работника и его стимулов к труду. Во-вторых, это условия медицинской организации: организация труда (разделение и кооперация труда, условия труда, система оплаты и стимулирования труда, профессиональное развитие), материально-техническое оснащение, применяемые технологии. В-третьих, престижность рабочего места врача в сельском учреждении здравоохранения во многом обусловлена привлекательностью населенного пункта: его местоположением относительно крупных городов, комфортностью условий проживания, воспитания и развития детей, развитостью социальной и транспортной инфраструктуры.

Вместе с тем проблема оттока специалистов из сельской местности остается, а риски увеличиваются в силу того, что первые получатели единовременной компенсационной выплаты уже отработали положенные 5 лет. Результаты исследований, посвященных проблемам кадрового обеспечения сельского здравоохранения, свидетельствуют о важности условий и возможностей для профессионального развития медицинских работников [10].

В связи с этим возникла необходимость изучения влияния внутренних мотивов и внешних факторов, влияющих на принятие решений участниками программы относительно дальнейшей трудовой деятельности.

Цель исследования — оценка результативности программы «Земский доктор» и рисков кадрового обеспечения сельского здравоохранения, связанных с реализацией программы. Задачи исследования — выявление мотивов к участию в программе «Земский доктор», анализ и оценка удовлетворенности условиями реализации программы, а также социально-трудовыми и бытовыми условиями жизни в сельской местности.

Материалы и методы

Объектом исследования явились учреждения здравоохранения, подведомственные департаменту

здравоохранения Тюменской области, расположенные в сельских муниципальных районах Тюменской области. Единицы наблюдения — врачи, являющиеся получателями единовременной компенсационной выплаты в рамках программы «Земский доктор». Исследование проведено в 2016—2017 гг. в два этапа: на первом этапе были опрошены получатели единовременной выплаты в Тюменском муниципальном районе, на втором этапе — в сельских муниципальных районах юга Тюменской области.

Сбор первичных данных осуществлялся методом анкетного опроса, в котором приняли участие 288 врачей — участников программы «Земский доктор» в Тюменской области. Учитывая цели и задачи исследования, численность генеральной совокупности и специфику сельских территорий, исследование было сплошным. В опросе участвовали все специалисты, за исключением находившихся на больничном по беременности и родам, в отпуске по уходу за детьми, длительной командировке в связи с обучением. В результате было опрошено 84,7% работающих участников программы в регионе.

Для опроса была использована стандартизированная анкета, включавшая вопросы, направленные на выявление мотивов к переезду для трудовой деятельности в сельскую местность, удовлетворенности социально-трудовыми и бытовыми условиями жизни, а также выяснение намерений относительно трудовой деятельности в сельской местности после окончания срока договора по программе «Земский доктор». Данные были обработаны с помощью Excel 2007.

Более половины ($n=162$) респондентов — это молодежь до 30 лет включительно. Каждый пятый респондент находится в возрастной группе 31—34 лет.

Социально-демографический портрет среднестатистического респондента соответствует генеральной совокупности и представляет собой женщину в возрастной группе 25—37 лет, имеющую семью (79,2%) с детьми (74,2%).

Из числа имеющих детей 86,5% отметили обеспеченность детским садом.

Среди респондентов 77,9% составили выпускники Тюменского государственной медицинской академии и ее преемника — Тюменского государственного медицинского университета, по Тюменскому району — 94,6%. На втором месте оказались выпускники Омского государственного медицинского университета (11,4%), на третьем — врачи Екатеринбурга (2,1%). Незначительно (по 1—2) представлены выпускники медицинских вузов Новосибирска, Перми, Кирова, Самары, Оренбурга, Томска, Астрахани, Оренбурга, Читы.

Работают врачами-терапевтами 30,1% опрошенных, врачами-педиатрами участковыми — 15,6%, врачами-хирургами — 8,7%, врачами-акушерами-

гинекологами — 7,2%, врачами-психиатрами — 6,2%. Далее в незначительной численности представлены врачи узких и диагностических специальностей.

Почти $\frac{3}{4}$ опрошенных являются работниками амбулаторно-поликлинической службы, один человек трудится в отделении скорой медицинской помощи.

Распределение респондентов по стажу работы показало, что более половины участников программы на территории Тюменской области имеют стаж работы по специальности, превышающий 4 года, более $\frac{1}{4}$ — превышающий 7 лет.

Более 30% врачей в муниципальные районы юга Тюменской области прибыли из г. Тюмени, чуть более 40% — из других городов. В целом почти $\frac{1}{3}$ опрошенных переехали из сельских территорий Тюменской области и из других субъектов РФ.

Респонденты прибыли из Омской области (8,3%), Курганской области (4,9%), Ханты-Мансийского автономного округа — Югры (3,5%), Свердловской области (2,1%). По 1—3 врача прибыло из Пермского, Краснодарского, Приморского и Алтайского краев, Саратовской, Астраханской и других областей.

Результаты исследования

Одна из задач исследования заключалась в выяснении причин увольнения с предыдущего места работы. В результате было выявлено, что на решение об увольнении с предыдущего места работы повлияли отсутствие жилья (32,6%) и низкая заработная плата (25,3%). Также причинами неудовлетворенности предыдущим местом работы стали отсутствие карьерного роста (5,96%), взаимоотношения в коллективе (2,4%), неудовлетворенность населенным пунктом (6,9%). Каждый пятый респондент до участия в программе не имел рабочего места.

Возможность получить единовременную выплату оказала существенное влияние на кадровую обеспеченность сельских территорий региона. Почти половина переехавших в сельскую местность указали на выплату 1 млн руб. как единственную причину, повлиявшую на принятие решения о трудоустройстве в сельской местности. Вместе с тем каждый пятый респондент отметил, что все равно переехал бы именно в данный населенный пункт, а каждый десятый заявил о том, что всегда мечтал жить в сельской местности, но программа ускорила принятие решения. Некоторые специалисты являются «целевиками» (8,7%), и программа стала приятным бонусом. На решение 11,5% повлияла совокупность условий: единовременная выплата, заработная плата, а также возможность развиваться.

О намерении остаться в данном учреждении после окончания срока действия программы «Земский доктор» заявили 35,1%, еще 40,6% пока не определились. Категорически настроены на увольнение почти 25% опрошенных.

Одна из задач исследования заключалась в выявлении намерений изменить место работы или профессию. В результате 107 (37,2%) респондентов зая-

вили о продолжении трудовой деятельности в учреждении до достижения пенсионного возраста, а 37 (12,8%) — из-за жилья. Не прочь поменять место работы 17% опрошенных, место жительства на город — 29,2%, профессию — 3,8%.

Респондентам было предложено дать оценку удовлетворенности условиями труда, а также условиями жизни, быта и досуга по шкале от 1 до 7, где 1 — полностью недоволен, 7 — абсолютно доволен.

Анализ данных показал, что участников программы больше всего беспокоят недостаточные возможности для профессионального и карьерного роста (средний балл 3,8 и 3,7, соответственно). Неоднозначной является также необходимость дежурств на дому: средний балл — 3,9%, вариация ответов — от 1,7 до 5.

Заработная плата, рабочее место и необходимость дежурств в стационаре и на дому в целом по региону оценены на уровне чуть выше среднего (3,9—4,1). Наибольшие оценки были даны социально-психологическим факторам труда: взаимоотношения с коллегами (5,9), взаимоотношения с пациентами (5,5), отношение руководства (4,9). Учитывая диапазон вариации оценок, следует отметить, что максимальная оценка условиям труда не была выставлена.

Привлекательность труда в сельской местности зависит также от жилищно-бытовых условий жизни и досуга. Особенно это важно для молодежи и семей с детьми.

Анализ результатов показал, что в сельских районах юга Тюменской области все предложенные критерии были оценены на уровне выше среднего. Достаточно высоко оцениваются возможности дошкольного и школьного образования детей (6,0 и 6,1 балла соответственно), что является существенным фактором для привлечения и удержания специалистов. Предоставление жилья и удовлетворенность коммунальным обеспечением условий жизни оценены в 5 баллов. Менее довольны респонденты уровнем предоставления услуг связи и интернета (3,9 и 4,8 балла соответственно). Минимальные оценки были даны условиям досуга: в среднем 3,7 балла, а диапазон ответов — 1,5—4,2 балла.

В предложениях и рекомендациях по дальнейшей реализации программы «Земский доктор» респонденты указали предоставление жилья (32,3%), перевод жилья из коммерческого найма в служебный, возможность получать коммунальные льготы (19,6%), увеличение заработной платы (21,4%), увеличение суммы субсидии (7,1%), повторить выплаты через 5 лет (19,6%).

В целом более $\frac{3}{4}$ респондентов удовлетворены программой «Земский доктор», у 14,2% присутствует больше разочарование, чем удовлетворенность, а на категорическое разочарование указал лишь каждый десятый респондент.

Обсуждение

Устранение кадрового дефицита является одним из приоритетных направлений развития здравоохранения региона [11]. Программа «Земский доктор»,

Реформы здравоохранения

направленная на повышение обеспеченности врачебными кадрами населения сельских территорий, существенно повлияла на решение проблемы кадрового дефицита в сельском здравоохранении. По данным департамента здравоохранения Тюменской области, единовременные компенсационные выплаты в Тюменской области за период 2012—2016 гг. включительно были предоставлены 465 специалистам.

Вместе с тем существуют определенные риски оттока кадров после окончания срока договора и до наступления 5-летнего срока, который должны отрабатывать получатели единовременной выплаты. По состоянию на 1 января 2017 г. в сельских муниципальных районах Тюменской области продолжали работать 340 (из 465) специалистов, получивших выплату, остальные уволились из медицинских организаций до окончания срока договора. Не привлекли специалистов и дополнительные меры социальной поддержки, реализуемые в регионе: возмещение расходов на оплату занимаемой общей площади жилых помещений, оплату услуг по электроснабжению и теплоснабжению в размере 100% установленных тарифов медицинским и фармацевтическим работникам, работающим в сельской местности, дополнительные денежные выплаты врачам-терапевтам участковым, врачам-педиатрам участковым, врачам общей практики (семейным врачам), социальная выплата на строительство (приобретение) жилья молодым специалистам. Важными условиями привлекательности рабочего места являются возможности профессионального развития и карьерного роста.

Выводы

Результаты проведенного опроса участников программы «Земский доктор» в Тюменской области позволили сделать ряд выводов.

Единовременная выплата явилась единственной причиной переезда и трудоустройства в сельской местности более чем для половины участников программы.

Отсутствие жилья и низкая заработная плата стали основными факторами, повлиявшими на смену медицинской организации.

Почти $\frac{1}{3}$ опрошенных все-таки мечтают о жизни в городе, где больше возможностей для профессионального развития и более привлекательные условия для досуга.

В целом респонденты довольны наличием программы и участием в ней. Вместе с тем имеются риски, связанные с реализацией программы и дальнейшим удержанием кадров в сельской местности.

Четверть получателей единовременной выплаты намерены уехать по истечении 5-летнего срока работы по договору, а намерение остаться есть только у $\frac{1}{3}$ специалистов. Оставшиеся 40,6% — это те, на кого могут повлиять администрации учреждений, муниципалитетов и сельских поселений, улучшая условия трудовой деятельности в учреждении и повышая привлекательность жизни в населенном пункте. Таким образом, решение проблемы обеспечения сель-

ского здравоохранения медицинскими кадрами видится во взаимодействии разных уровней и ветвей власти и медицинских организаций.

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

ЛИТЕРАТУРА

1. Щепин О. П., Коротких Р. В. Перспективы развития здравоохранения Российской Федерации. *Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины*. 2015;23(6):3—6.
2. Линденбратен А. Л., Гришина Н. К., Ковалева В. В., Филиппова В. И., Сердюковский С. М., Головина С. М., Загоруйченко А. А., Соловьева Н. Б. Анализ эффективности инновационных процессов в условиях реализации государственной программы «Развитие здравоохранения». *Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины*. 2016;24(6):324—9. DOI: 10.18821/0869-866X-2016-24-6-324-329
3. Зудин А. Б. Проблемы кадрового обеспечения как современная тенденция в развитии национальных систем здравоохранения. *Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины*. 2017;25(3):172—4. DOI: 10.18821/0869-866X-2017-25-3-172-174
4. Тарасенко Н. А., Хорева О. Б. Экономическое стимулирование для устранения дефицита медицинских кадров в сельских территориях. *Вопросы государственного и муниципального управления*. 2016;24(4):117—42.
5. Калашников К. Н., Лихачева Т. Н. Проблемы дефицита медицинских кадров в сельских территориях. *Вопросы территориального развития*. 2017;2(37):6—24.
6. Богатырева М. Д., Долгова И. В. Реализация программ «Земский доктор» и «Сельский фельдшер» в Алтайском крае как одно из ключевых направлений по повышению доступности первичной медико-санитарной помощи сельскому населению. *Обязательное медицинское страхование в Российской Федерации*. 2016;(2):34—9.
7. Гридасов Г. Н., Бутолин Д. С., Богатырева Г. П. Об эффективности реализации программы «Земский доктор» на территории Самарской губернии. *Управление качеством медицинской помощи*. 2014;(2):6—15.
8. Брынза Н. С., Горбунова О. П., Сунгатуллина Л. А., Кинчагулова М. В., Литвинов И. С., Суханова Т. В. Исследование факторов мотивации участников программы «Земский доктор» в Тюменском муниципальном районе. *Медицинская наука и образование Урала*. 2017;1(89):88—92.
9. Короткова М. Н. Политика государства в сфере здравоохранения: проблема дефицита кадров. *Политика и Общество*. 2016;(7):1008—17. DOI: 10.7256/1812-8696.2016.7.19626
10. Дошанникова О. А., Филиппов Ю. Н., Хлапов А. Л. К вопросу о совершенствовании комплекса мероприятий, направленных на привлечение молодых специалистов в систему сельского здравоохранения. *Современные проблемы здравоохранения и медицинской статистики*. 2017;(4):66—76.
11. Куликова И. Б., Горбунова О. П., Новикова Т. С., Брынза Н. С. Современное состояние здравоохранения Тюменской области. *Медицинская наука и образование Урала*. 2016;(3):103—5.

Поступила 13.12.2017
Принята в печать 21.12.2017

REFERENCES

1. Shchepin O. P., Korotkikh R. V. Prospects for the development of health care in the Russian Federation. *Problemy sotsialnoy gigieny, zdavookhraneniya i istorii meditsiny*. 2015;23(6):3—6 (in Russian).
2. Lindenbraten A. L., Grishina N. K., Kovaleva V. V., Filippova V. I., Serdiukovskii S. M., Golovina S. M., Zagoruichenko A. A., Solovieva N. B. The analysis of efficiency of innovative processes in conditions of implementation of state program «Health care development». *Problemy sotsialnoy gigieny, zdavookhraneniya i istorii meditsiny*. 2016;24(6):324—9 (in Russian). DOI: 10.18821/0869-866X-2016-24-6-324-329
3. Zudin A. B. The problems of staffing as an actual tendency in development of national health systems. *Problemy sotsialnoy gigieny, zdavookhraneniya i istorii meditsiny*. 2017;25(3):172—4 (in Russian).
4. Tarasenko E., Khoreva O. Economic Incentives for Medical Personnel Deficit Elimination in Rural Areas. *Voprosy gosudarstvennogo i munitsipal'nogo upravleniya*. 2016;24(4):117—42 (in Russian).

5. Kalashnikov K. N., Likhacheva T. N. Problems of the Shortage of medical Personnel in Rural Areas. *Voprosy territorial'nogo razvitiya*. 2017;2(37):6—24 (in Russian).
6. Bogatyreva M. D., Dolganova I. V. The implementation of the program “Village Doctor” and “Rural Paramedic” in the Altai Territory as one of the key areas to improve an availability to the primary health care for the rural population. *Obyazatel'noe meditsinskoe strakhovanie v Rossiyskoy Federatsii*. 2016;(2):34—9 (in Russian).
7. Gridasov G. N., Butolin D. S., Bogatyryova G. P. Efficiency of Programme Zemskiy Doktor on Territory of Samara Region. *Upravlenie kachestvom meditsinskoy pomoshchi*. 2014;(2):6—15 (in Russian).
8. Brynza N. S., Gorbunova O. P., Sungatullina L. A., Kinchagulova M. V., Litvinov I. S., Sukhanova T. V. Research of Motivation Factors of the “Zemsky Doctor” Program Participants in the Tyumen municipal District. *Meditsinskaya nauka i obrazovanie Urala*. 2017;1(89):88—92 (in Russian).
9. Korotkova M. N. State policy in the health sector: the problem of staff shortages. *Politika i Obshchestvo*. 2016;(7):1008—17. DOI: 10.7256/1812-8696.2016.7.19626
10. Doshchannikova O.A, Philippov Y. N., Hlapov A. L. To the question of improving the complex of activities aimed at attracting young specialists to the system of Rural health. *Sovremennye problemy zdravookhraneniya i meditsinskoy statistiki*. 2017;(4):66—76 (in Russian).
11. Kulikova I. B., Novikova T. S., Gorbunova O. P., Brynza N. S. The Current State of Public Health of the Tyumen Region. *Meditsinskaya nauka i obrazovanie Urala*. 2016;(3):103—5 (in Russian).

Шипова В. М.¹, Гриднев О. В.², Вартанян Э. А.²

АКТУАЛЬНЫЕ ПРОБЛЕМЫ ПЛАНИРОВАНИЯ ОБЪЕМА АКУШЕРСКО-ГИНЕКОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ

¹ФГБНУ «Национальный научно-исследовательский институт общественного здоровья им. Н. А. Семашко» Минобрнауки России, 105064, г. Москва;
²ГБУЗ «Городская клиническая больница им. М. П. Кончаловского», 124489, г. Москва

Рассмотрена динамика плано-нормативных данных по акушерству и гинекологии и акушерскому делу на фоне изменения общих показателей объема медицинской помощи в амбулаторных, больничных условиях и в дневных стационарах. Сделаны выводы о необходимости внесения существенных изменений в планирование акушерско-гинекологической помощи. Представлены рекомендуемые объемы специализированной медицинской помощи в стационарных условиях по профилям в рамках территориальной программы на 2018 г. и на плановый период 2019 и 2020 гг.

К л ю ч е в ы е с л о в а: нормы труда; нормативно-правовые документы; медицинские работники.

Для цитирования: Шипова В. М., Гриднев О. В., Вартанян Э. А. Актуальные проблемы планирования объема акушерско-гинекологической помощи. Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. 2019;27(2):163—166. DOI: <http://dx.doi.org/10.32687/0869-866X-2019-27-2-163-166>

Для корреспонденции: Шипова Валентина Михайловна, д-р мед. наук, профессор, главный научный сотрудник ФГБНУ «Национальный НИИ общественного здоровья им. Н. А. Семашко», e-mail: vschipova@yandex.ru

Shipova V. M.¹, Gridnev O. V.², Vartanian E. A.²

THE ACTUAL PROBLEMS OF PLANNING OF VOLUME OF OBSTETRICS GYNECOLOGICAL CARE

¹The Federal State Budget Scientific Institution “The N. A. Semashko National Research Institute of Public Health”, 105064, Moscow, Russia;

²The State Budget Institution of Health Care “The M. P. Konchalovsky Municipal Clinical Hospital”, 124489, Moscow, Russia

The article considers the dynamics of planned-regulatory data concerning obstetrics gynecological care and obstetrics business against the background of alteration of common indices of volume of medical care in out-patient and in-patient and in day-stay hospitals. The conclusions are made about necessity of significant modifications in planning of obstetrics gynecological care. The proposed volumes of specialized medical care in hospital conditions according corresponding profiles are presented within the framework of the territorial program of 2018 and a3k planned period 2019—2020.

К е y o r d s: labor standards; normative legal documents; medical workers.

For citation: Shipova V. M., Gridnev O. V., Vartanian E. A. The actual problems of planning of volume of obstetrics gynecological care. *Problemi socialnoi gigieni, zdravookhraneniya i istorii meditsini*. 2019;27(2):163—166 (In Russ.). DOI: <http://dx.doi.org/10.32687/0869-866X-2019-27-2-163-166>

For correspondence: Shipova V. M., doctor of medical sciences, professor, the chief researcher of the Federal State Budget Scientific Institution “The N. A. Semashko National Research Institute of Public Health”. e-mail: vschipova@yandex.ru

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

Acknowledgment. The study had no sponsor support

Received 27.04.2018
Accepted 20.09.2018

Планирование объема акушерско-гинекологической помощи осуществляется в русле общей системы планирования в здравоохранении. С конца 1990-х годов в качестве механизма государственного регулирования конституционных прав граждан на медицинскую помощь за счет государства была разработана Программа государственных гарантий оказания гражданам РФ бесплатной медицинской помощи (в дальнейшем — Программа). Перспективное планирование объема медицинской помощи, принятое в советский период, было заменено в 1998 г. текущим ежегодным планированием, а с 2013 г. осуществлен переход на 3-летний плановый период. Однако утверждались такие Программы по-прежнему ежегодно, и в документы постоянно вносились изменения: в наименования показателей по измерению объема помощи и в их величину. В связи с экономической ситуацией плановый период Программы на 2016 г. был ограничен лишь одним годом, а с 2017 г. снова установлен 3-летний период планирования.

Программа государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи устанавливает:

- перечень видов, форм и условий медицинской помощи, оказание которой осуществляется бесплатно;
- перечень заболеваний и состояний, оказание медицинской помощи при которых осуществляется бесплатно;
- категории граждан, оказание медицинской помощи которым осуществляется бесплатно;
- средние нормативы объема медицинской помощи;
- средние нормативы финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи, средние подушевые нормативы финансирования;
- порядок и структуру формирования тарифов на медицинскую помощь и способы ее оплаты, а также требования к территориальным программам государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи и

части определения порядка и условий предоставления медицинской помощи, критериев доступности и качества медицинской помощи.

Способы оплаты медицинской помощи с 2012 г. стали публиковаться в виде специальных писем Минздрава России совместно с Федеральным фондом обязательного медицинского страхования (ОМС).

Цель исследования — анализ актуальных проблем планирования акушерско-гинекологической помощи на фоне изменения общих показателей объема медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных, больничных условиях и в дневных стационарах

Материалы и методы

В ходе исследования проанализированы действующие законодательные и нормативные правовые документы и современные литературные источники по акушерству и гинекологии и по акушерскому делу на фоне изменения общих показателей объема медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных, больничных условиях и в дневных стационарах. Использовались методы изучения и обобщения опыта, аналитический, статистический. Исследование проводилось на базе ГБУЗ «ГКБ им. М. П. Кончаловского».

Результаты исследования

Программа, как указано в документах последних лет, формируется с учетом порядков оказания медицинской помощи и на основе ее стандартов, а также с учетом особенностей половозрастного состава населения, уровня и структуры заболеваемости населения Российской Федерации, основанных на данных медицинской статистики.

Дифференциация показателей по профилям коек по больничной помощи (с 2014 г. — по профилям медицинской помощи), по врачам специальностям по амбулаторно-поликлинической помощи (до 2012 г.) и по дневным стационарам (с 2008 по 2015 г.), а также по возрастному составу (взрослые, дети) населения (кроме скорой медицинской помощи) представлена в письмах Минздрава России «О формировании и экономическом обосновании территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на соответствующий год и плановый финансовый период» (в дальнейшем — территориальная программа). На основании этих документов и доли взрослых и детей в структуре населения региона с учетом заболеваемости, состояния и развития сети медицинских организаций и других факторов в каждой территории разрабатываются планово-нормативные показатели, распределяемые по медицинским организациям в виде государственных (муниципальных) заказов.

Планирование объема амбулаторно-поликлинической помощи традиционно выражалось в числе посещений, по акушерству и гинекологии этот показатель составлял 695,3 посещения на 1 тыс. населе-

ния в 1999 г. и 665,2 посещения на 1 тыс. населения в 2012 г. Такое уменьшение показателей соответствовало основным тенденциям и по другим специальностям врачей амбулаторного приема (за исключением специалистов, оказывающих медицинскую помощь по социально значимым заболеваниям).

С 2013 г. этот показатель был изменен на обращение по поводу заболевания, а посещение осталось лишь в виде измерителя объема профилактической работы и неотложной медицинской помощи. Такие нововведения в практику здравоохранения проводятся не впервые, в период внедрения нового хозяйственного механизма была попытка перехода на новый статистический показатель — случай поликлинического обслуживания на базе использования «талона амбулаторного пациента», ф. № 25—10/у-97 (Приказ Минздрава России от 14.02.1997 № 46). Положительным моментом перехода на случай поликлинического обслуживания в указанный период и на обращение в связи с заболеванием в настоящее время следует считать возможное уменьшение числа посещений, не являющихся объективно необходимыми в связи с характером течения заболевания. Особую актуальность эти вопросы приобретают в территориях, где объем финансирования амбулаторно-поликлинической помощи напрямую связан с числом посещений.

С 2013 г. планово-нормативные показатели ни в числе посещений, ни в числе обращений не устанавливаются, а в территориальных программах определяется лишь число посещений с профилактической и иными целями, которое составляет по акушерству и гинекологии 260,8 посещения на 1 тыс. населения на 2018 г. [1]. Этот показатель находится на втором месте (после педиатрии) в структуре посещаемости с профилактическими и иными целями.

По больничной помощи основным планово-нормативным и финансовым показателем до 1999 г. было число коек, что приводило с целью увеличения финансирования к наращиванию коечного фонда независимо от его использования. Переход на новый в тот период плановый показатель — число койко-дней — позволил исключить финансирование нефункционирующих коек. С 2014 г. введен новый планово-нормативный показатель — случай госпитализации (законченный случай лечения). При этом были сохранены и другие планово-нормативные показатели деятельности больничных организаций: средняя длительность пребывания больного в стационаре, плановое число койко-дней. Такая позиция авторов Программы представляется вполне обоснованной, так как случай госпитализации — лишь одно звено в общей цепи планирования больничной помощи. Попытки внедрить плановый показатель — законченный случай лечения — предпринимались и в 1990-е годы, в период внедрения в здравоохранение элементов нового хозяйственного механизма на экспериментальных территориях. Одной из причин незавершенности этого эксперимента был переход на ОМС.

Реформы здравоохранения

Рекомендуемые объемы специализированной медицинской помощи в стационарных условиях по профилям медицинской помощи (извлечения из Приложения 1 территориальной программы на 2018 г. и плановый период 2019—2020 гг.)

Профиль медицинской помощи	Рекомендуемое число случаев госпитализации, на 1 тыс. жителей в год	Используемая при расчете средняя длительность пребывания одного пациента в стационаре, дни	Рекомендуемое число койко-дней (круглосуточного пребывания), на 1 тыс. жителей		
			всего	для взрослых	для детей
Акушерское дело	7,30	5,6	40,88	40,88	
Акушерство и гинекология	26,53	6,6	175,10	174,29	0,81

Основные планово-нормативные показатели объема больничной помощи по акушерскому делу и по акушерству и гинекологии на 2018 г. и плановый период 2019—2020 гг. представлены в таблице.

Обсуждение

Для сравнения этих данных с первоначальными, т. е. установленными на 1999 г., потребовалась определенная реконструкция, обусловленная разными наименованиями профилей коек в 1999 г. и профилей медицинской помощи в 2018 г. Общее число койко-дней по акушерству и гинекологии уменьшилось на 28%, по акушерскому делу — на 35%. Такие изменения соответствуют общей тенденции изменения объема больничной помощи: общее плановое число койко-дней по всем профилям медицинской помощи уменьшилось за анализируемый период на 21% (с 2812,5 до 2214,25 на 1 тыс. населения).

В последние годы наблюдаются значительные изменения уровня рождаемости: в 2000 г. показатель составлял 8,7 на 1 тыс. населения, а в 2015 г. — 13,3. На фоне этого планируемый уровень госпитализации беременных и рожениц оставался неизменным и составлял 7,8 случая на 1 тыс. населения вплоть до 2015 г. В территориальной программе на 2015 г. и плановый период 2016—2017 гг. планируемый уровень госпитализации был изменен, и вместо ожидаемого увеличения он был уменьшен до 7,3 случая на 1 тыс. населения. Этот показатель указан и в последующих территориальных программах. Следовательно, предлагаемый уровень госпитализации может обеспечить лишь немногим более половины всех родов.

Если до 2014 г., когда основным планово-нормативным показателем было число койко-дней, такой низкий уровень госпитализации можно было компенсировать сокращением средней длительности пребывания в стационаре, то при переходе с 2014 г. на новый основной планово-нормативный показатель, выраженный в числе случаев госпитализации, уровень рождаемости и уровень госпитализации должны совпадать.

Объем медицинской помощи в дневных стационарах первоначально не дифференцировался по специальностям. Впервые такая дифференциация была представлена в территориальной программе на 2007 г. [2]. В документе устанавливалось число паци-

енто-дней на 1 тыс. населения, составляющее по акушерству и гинекологии 44,9. Последующие изменения в планово-нормативных данных свидетельствуют о непоследовательности этих изменений: происходит то увеличение, то уменьшение показателей в течение одного года почти на 30%.

Переход с 2016 г. на новый плановый показатель в дневных стационарах — случай лечения (вместо пациенто-дней) — обусловил необходимость внесения в планово-нормативные показатели данных о средней длительности лечения в условиях дневного стационара: 19 дней за счет бюджетных ассигнований соответствующих бюджетов и 8,6 дня за счет средств ОМС. Дифференциация этих показателей по специальностям в последующих территориальных программах отсутствует. В то же время в документ по способам оплаты [3] были внесены данные о коэффициенте затратоемкости в дневных стационарах аналогично финансовым показателям по больничной помощи, как по клинико-статистическим группам заболеваний, так и по клинико-профильным группам. В последнем аналогичном документе [4] эти данные представлены в более глубокой дифференциации.

Заключение

Общей тенденцией изменения планово-нормативных показателей объема медицинской помощи является переход на более укрупненные данные: от посещений, койко-дней, пациенто-дней к обращениям по поводу заболеваний, случаю лечения в стационаре круглосуточного пребывания и в дневном стационаре.

Отсутствие в течение последних 6 лет планово-нормативных данных об объеме медицинской помощи в амбулаторных условиях затрудняет планирование численности врачебных кадров, сети медицинских организаций, экономическую оценку приказов о порядках и т. д. Особую актуальность эти вопросы приобретают при планировании числа должностей врачей акушеров-гинекологов, экономическом анализе их деятельности в связи с изменениями уровня рождаемости, что безусловно отражается на объеме медицинской помощи в женских консультациях, и установлением норм времени на посещение врача акушера-гинеколога.

В качестве неотложной меры в планировании акушерско-гинекологической помощи представляется приведение в соответствие планируемого числа случаев госпитализации по поводу родов с уровнем рождаемости.

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

ЛИТЕРАТУРА

1. Нормирование труда в здравоохранении (лекция 11). М.: РИО ФГБУ «ЦНИИОИЗ»; 2018; 22:104—5.
2. Хабриев Р. У., Шипова В. М., Маличенко В. С. Государственные гарантии медицинской помощи. М.: ГЭОТАР-Медиа; 2017: 47.
3. Хабриев Р. У., Шипова В. М., Маличенко В. С. Государственные гарантии медицинской помощи. М.: ГЭОТАР-Медиа; 2017: 61—3.

4. Нормирование труда в здравоохранении (лекция 9). М.: РИО ФГБУ «ЦНИИОИЗ»; 2016:10—2.

Поступила 27.04.2018
Принята в печать 20.09.2018

REFERENCE

1. Labor rationing in Health Care (lecture 11) [*Normirovanie truda v zdravooohranenii (lekcija 11)*]. Moscow: RIO FGBU «CNIIOIZ»; 2018;22:104—5.

2. Habriev R. U., Shipova V. M., Malichenko V. S. State guarantees of medical care [*Gosudarstvennye garantii medicinskoj pomoshhi*]. Moscow: GEOTAR-Media; 2017: 47.

3. Habriev R. U., Shipova V. M., Malichenko V. S. State guarantees of medical care [*Gosudarstvennye garantii medicinskoj pomoshhi*]. Moscow: GEOTAR-Media; 2017: 61—3.

4. Labor rationing in Health Care (lecture 9) [*Normirovanie truda v zdravooohranenii (lekcija 9)*]. Moscow: RIO FGBU «CNIIOIZ»; 2016: 10—2.

Салманов Ю. М.¹, Сульдин А. М.², Брынза Н. С.²

О ПЕРЕАДРЕСАЦИИ ВЫЗОВОВ СЛУЖБЫ СКОРОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ПО ПОВОДУ НЕОТЛОЖНЫХ СОСТОЯНИЙ В ТЕРРИТОРИАЛЬНЫЕ МЕДИЦИНСКИЕ ОРГАНИЗАЦИИ

¹БУ «Сургутская городская клиническая станция скорой медицинской помощи», 628400, г. Сургут;
²ФГБОУ ВО «Тюменский государственный медицинский университет» Минздрава России, 625023, г. Тюмень

В статье рассмотрены результаты деятельности станции скорой медицинской помощи г. Сургута по переадресации вызовов скорой медицинской помощи с неотложными состояниями в территориальные медицинские организации за период 2013—2016 гг. Анализ показал, что в результате переадресации 10% вызовов суточная нагрузка на бригаду СМП снизилась с 15,8 выездов в 2013 г. до 13,3 в 2016 г. В результате своевременного оказания квалифицированной медицинской помощи отмечено увеличение числа успешных реанимационных мероприятий, что свидетельствует о повышении эффективности службы скорой медицинской помощи при угрожающих жизни состояниях.

Ключевые слова: скорая медицинская помощь; экстренная медицинская помощь; неотложная медицинская помощь; статистические данные.

Для цитирования: Салманов Ю. М., Сульдин А. М., Брынза Н. С. О переадресации вызовов службы скорой медицинской помощи по поводу неотложных состояний в территориальные медицинские организации. Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. 2019;27(2):167—169. DOI: <http://dx.doi.org/10.32687/0869-866X-2019-27-2-167-169>

Для корреспонденции: Сульдин Александр Михайлович, д-р мед. наук, профессор кафедры общественного здоровья и здравоохранения ФГБОУ ВО «Тюменский государственный медицинский университет» Минздрава России, e-mail: souldine@mail.ru

Salmanov Yu. M.¹, Suldin A. M.², Brynza N. S.²

ABOUT REDIRECTION OF CALLS OF ACUTE MEDICAL CARE SERVICE BECAUSE OF EMERGENCY CONDITIONS IN TERRITORIAL MEDICAL ORGANIZATIONS

¹The Budget Institution “The Surgut Municipal Clinical Station of Emergency Medical Care”, 628400, Surgut, Russia;

²The Federal State Budget Educational Institution of Higher Education “The Tyumen State Medical University”, 625023, Tyumen, Russia

The article considers the results of functioning of the Surgut station of emergency medical care concerning redirection of calls of acute medical care service because of emergency conditions in territorial medical organizations in 2013—2016. The analysis demonstrated that the redirection of 10% of overall calls resulted in decreasing of day load of emergency medical care team from 15.8 calls in 2013 up to 13.3 calls in 2016. The timely qualified medical care support resulted in increasing of number of successful reanimation activities that testifies the increase of efficiency of emergency medical care service in case of life-threatening conditions.

Keywords: emergency medical care; acute medical care; urgent medical care; statistical data.

For citation: Salmanov Yu. M., Suldin A. M., Brynza N. S. About redirection of calls of acute medical care service because of emergency conditions in territorial medical organizations. *Problemi socialnoi gigieni, zdravookhraneniya i istorii meditsini*. 2019;27(2):167—169 (In Russ.). DOI: <http://dx.doi.org/10.32687/0869-866X-2019-27-2-167-169>

For correspondence: Suldin A. M., doctor of medical sciences, professor of the Chair of Public Health and Health Care of the Federal State Budget Educational Institution of Higher Education “The Tyumen State Medical University”. e-mail: souldine@mail.ru

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

Acknowledgment. The study had no sponsor support

Received 30.07.18
Accepted 20.09.2018

Целью подпрограммы «Развитие скорой медицинской помощи» государственной программы Российской Федерации «Развитие здравоохранения», утвержденной постановлением Правительства РФ от 31.03.2017 № 394 «О внесении изменений и признании утратившими силу некоторых актов Правительства Российской Федерации», является повышение доступности и качества оказания скорой, в том числе скорой специализированной, медицинской помощи, первичной медико-санитарной помощи в неотложной форме и специализированной медицинской помощи в экстренной форме. В результате реализации данной подпрограммы ожидается увеличение до 70% доли вызовов для оказания медицинской помощи в неотложной форме, осуществ-

ленных медицинскими организациями, оказывающими первичную медико-санитарную помощь, в общем количестве вызовов, поступивших для оказания скорой медицинской помощи в неотложной форме. Законодательно установлена необходимость организации деятельности по переводу неотложных вызовов, поступающих на станцию скорой медицинской помощи (СМП), в медицинские организации, оказывающие первичную медико-санитарную помощь.

Материалы и методы

Использован статистический метод исследования — обработка материалов статистической отчетности БУ «Сургутская городская клиническая станция скорой медицинской помощи» за период с 2013

по 2016 г. по форме № 40 «Отчет станции (отделения), больницы скорой медицинской помощи», № 30 «Сведения о медицинской организации», статистические сведения архива программного комплекса автоматизации диспетчерской службы СМП «Автоматизированная диспетчерско-информационная система» («АДИС»).

Программный комплекс (ПК) автоматизации диспетчерской службы СМП «АДИС» установлен и функционирует в оперативном отделе станции СМП г. Сургута с 1995 г. Опыт применения ПК «АДИС» позволил накопить информацию о распределении потоков пациентов и результатах оказания СМП. Помимо вызовов, не требующих оказания СМП («скорую не вызывали»; нет на месте; адрес не найден, ложный вызов и т. д.), выделено 65 поводов ее вызова, объединенных в 9 основных разделов («Боль в грудной клетке», «Задыхается», «Боли в животе», «Головная боль», «Температура», «Рвота», «Боли в конечностях, прочее», «Плохо человеку», «Сделать инъекцию, выпала трубка»). Поводы были разделены на экстренный и неотложный потоки.

Поводы для вызова СМП в экстренной и неотложной форме определены приказом Министерства здравоохранения РФ от 20.06.2013 № 388н «Об утверждении Порядка оказания скорой, в том числе скорой специализированной, медицинской помощи». Различиями между поводами вызова в экстренной форме и неотложной форме являются состояния, представляющие угрозу жизни пациента. По мнению Р. С. Фаршатовой, Р. Н. Кильдебековой [1], несмотря на установленные законодателем определения экстренной и неотложной медицинской помощи, остаются вопросы в отношении понимания состояний, угрожающих жизни пациента. Кроме того, для нужд практического здравоохранения необходим нормативный документ федерального уровня, определяющий порядок оказания экстренной и неотложной медицинской помощи. В связи с отсутствием законодательно утвержденных клинических критериев, определяющих состояния, угрожающие жизни, в практике службы СМП г. Сургута использовались критерии обозначенные п. 6.2 приказа Минздравсоцразвития РФ от 24.04.2008 № 194н «Об утверждении Медицинских критериев определения степени тяжести вреда, причиненного здоровью человека».

Результаты исследования

Суммарно за 2009—2013 гг. по всем 9 основным разделам выполнено 484 772 выезда. При этом в экстренной форме (угроза жизни человека) выполнено 77 959 (16,08%) выездов, в неотложной форме (без угрозы жизни) — 406 813 (83,92%) выездов. Наиболее часто выполняемым поводом выезда службы СМП является повод с кодом 12 — «Температура» (26,7%), в экстренной форме выполнено 12% выездов, в неотложной — 88%. Второе ранговое место (22,9%) занимает повод «Боль в грудной клетке», в экстренной форме выполнено 10,9% выездов, в неотложной — 89,1%. На третьем месте (20,09%) — повод

«Боли в животе», в экстренной форме выполнено 23,9% выездов, в неотложной — 76,1% выездов. Прочие поводы занимают не более 7,5% от всего количества выездов, и выезды в экстренной форме по каждому поводу не превышают 23%. Таким образом, посредством количественного анализа 9 основных разделов из блока поводов вызовов к пациентам, изначально находящихся в сознании, видим, что потребность в экстренной медицинской помощи (состояния, угрожающие жизни) находится в пределах 10,5—23,9% общего количества выездов по конкретным поводам. Потребность в неотложной медицинской помощи находится в пределах 77—89,5% общего количества выездов по конкретным поводам. Результаты анализа совпадают с данными М. В. Руденко, Л. П. Круглова [2], указывающими на то, что до 70% общего количества вызовов СМП приходится на оказание медицинской помощи хроническим больным, не входящей в функции службы скорой медицинской помощи. Проведенный Е. В. Ершовой, А. Н. Осиповым, М. В. Богаткиной опрос 770 респондентов, обратившихся на станцию СМП г. Челябинска за период 1999—2001 гг. по поводу обострения хронических заболеваний, показал, что причинами обращения этих пациентов являются неэффективная работа амбулаторно-поликлинического звена с хроническими больными, низкий уровень жизни населения (невозможность приобретения медикаментов для планового лечения) [3]. Таким образом, пациенты используют службу СМП в качестве альтернативы амбулаторно-поликлиническому приему. Как считает Е. В. Герашенко [4], полномочия службы СМП должны ограничиться оказанием экстренной медицинской помощи, тогда как организацию оказания неотложной медицинской помощи необходимо возложить на отделения неотложной помощи при поликлинических подразделениях [3,4].

В целях совершенствования деятельности службы СМП разработан и утвержден приказ Департамента здравоохранения Ханты-Мансийского АО — Югры от 07.04.2014 № 221 «Об организации оказания неотложной медицинской помощи в Ханты-Мансийском автономном округе — Югре» (с изменениями и дополнениями, внесенными приказами Департамента здравоохранения Ханты-Мансийского АО — Югры от 07.07.2014 № 531 и от 26.03.2015 № 267), утверждающий перечень поводов, отнесенных к «неотложному потоку», из числа которых за 2013—2016 гг. до 10% обращений в период работы территориальных поликлиник передавали в службу неотложной помощи этих медицинских организаций. Критериями принятия решения переадресации «неотложного» вызова в поликлинику являются: отсутствие у пациента признаков угрожающего жизни состояния, самообращение пациента в службу СМП (для взрослых), нахождение пациента по месту жительства, возраст пациента (от 3 до 75 лет), затяжной (хронический) характер течения заболевания. Вызов, переадресованный в территориальную медицинскую организацию, остается на контроле СМП в течение 2 ч. При неисполнении вызова территори-

Реформы здравоохранения

альной медицинской организацией служба СМП обеспечивает выезд по данному вызову.

Согласно статистическим данным, в архиве устанавленной автоматизированной системы регистрации и обработки вызовов станции СМП г. Сургута из перечня поводов вызовов, подлежащих переадресации в амбулаторно-поликлинические учреждения за 2014—2016 гг. в наибольшем количестве переданы вызовы по поводу «Температура, без сыпи, рвоты» (27%). Из числа вызовов с неотложными состояниями по поводу «Головная боль на фоне изменения артериального давления» переадресовано в территориальные поликлиники 15% вызовов, с поводом «Боль в спине, суставах» — 12% вызовов с неотложными состояниями, с поводом «Боль в грудной клетке с кашлем» — 10%, «Головная боль, рвота» — 8%, «Боль в мышцах, температура» — 5% вызовов.

Исследование показало, что снизилась суточная нагрузка на бригаду СМП с 15,8 выезда в 2013 г. до 13,3 выезда в 2016 г. Доля выездов бригад СМП со временем прибытия к пациенту менее 20 мин с момента вызова в общем количестве вызовов составила 63,9% в 2013 г. и 76,4% в 2016 г. Анализ летальности населения г. Сургута на догоспитальном этапе в динамике за период 2013—2016 гг. позволил установить, что число умерших на догоспитальном этапе составило 302,0±9,5 случая на 100 тыс. населения в 2013 г. и 214,6±7,7 случая на 100 тыс. населения в 2016 г. Летальность до прибытия бригады СМП в 2013 г. и 2016 г. составила 292,3±9,4 случая и 164,1±6,7 случая на 100 тыс. населения соответственно. Успешны были реанимационные мероприятия: 8,5±1,6 случая на 100 тыс. населения в 2013 г. и 16,3±2,1 случая на 100 тыс. населения в 2016 г. Вместе с тем отмечено увеличение количества умерших в присутствии бригады СМП: 40,1±3,4 случая на 100 тыс. населения в 2013 г. и 50,4±3,7 случая на 100 тыс. населения в 2016 г.

Выводы

1. Накопление информации о распределении потоков пациентов и результатах оказания СМП в результате применения ПК «АДИС» с 1995 г. позволило разработать алгоритм приема вызова и сформировать 9 основных разделов поводов, которые в свою очередь включали в совокупности 65 поводов вызовов к пациентам, изначально находящимся в сознании.

2. В результате количественного анализа 9 основных разделов поводов вызовов к пациентам, изначально находящимся в сознании, находим, что потребность в экстренной медицинской помощи (состояния угрожающие жизни) находится в пределах 10,5—23,9% от общего числа выездов по конкретным поводам. Потребность в неотложной медицинской помощи составляет от 77 до 89,5% общего числа выездов по конкретным поводам.

3. Из общего числа вызовов, связанных с неотложными состояниями, за 2013—2016 гг. до 10% обращений в период работы территориальных поли-

клиник передавалось в службу неотложной помощи этих медицинских организаций. Критериями принятия решения переадресации вызова являются: отсутствие у пациента признаков угрожающего жизни состояния, самообращение пациента в службу СМП (для взрослых), нахождение пациента по месту жительства, возраст пациента (от 3 до 75 лет), затажной (хронический) характер течения заболевания. Вызов, переадресованный в территориальную медицинскую организацию, остается на контроле станции СМП в течение 2 ч.

4. В результате передачи 10% «неотложных» состояний в территориальные учреждения здравоохранения:

- доля выездов бригад СМП со временем прибытия до пациента менее 20 мин от момента вызова в общем количестве вызовов увеличилась;
- летальность до прибытия бригады СМП уменьшилась;
- успешность реанимационных мероприятий на выезде удвоилась.

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

ЛИТЕРАТУРА

1. Фаршатов Р. С., Кильдебекова Р. Н. Методические подходы к организации экстренной и неотложной помощи. *Скорая медицинская помощь*. 2014;15(3):20—1.
2. Руденко М. В., Круглова Л. П. Состояние скорой медицинской помощи. Проблемы, перспективы развития. *Скорая медицинская помощь*. 2002;(2):40—1.
3. Ершова Е. В., Осипов А. Н., Богаткина М. В. Анкетирование населения как один из методов эффективного контроля работы скорой медицинской помощи в условиях крупного города. *Скорая медицинская помощь*. 2004;5(4):34—9.
4. Герашенко Е. В. Организация службы неотложной медицинской помощи в г. Краснодаре. *Врач скорой помощи*. 2010;(6):24—7.
5. Мирошниченко А. Г., Стожаров В. В., Барсукова И. М., Линец Ю. П. Скорая медицинская помощь в свете государственной программы развития здравоохранения Российской Федерации до 2020 года. *Скорая медицинская помощь*. 2013;14(2):8—9.
6. Парфенов В. Е., Мирошниченко А. Г., Барсукова И. М. Актуальные вопросы скорой медицинской помощи на современном этапе. *Здоровье нации*. 2012;4(11):16—9.

Поступила 30.07.18
Принята в печать 20.09.2018

REFERENCES

1. Farshatov R. S., Kil'debekova R. N. Methodical approaches to the organization of the emergency and emergency aid. *Skoraya medicinskaja pomoshh'*. 2014;15(3):20—1 (in Russian).
2. Rudenko M. V., Kruglova L. P. Condition of emergency medical service. Problems, prospects of development. *Skoraya medicinskaja pomoshh'*. 2002;(2):40—1 (in Russian).
3. Yershova E. V., Osipov A. N., Bogatkina M. V. Questioning of the population as one of methods of effective control of work of emergency medical service in the conditions of the large city. *Skoraya medicinskaja pomoshh'*. 2004;(4):34—9 (in Russian).
4. Gerashhenko E. V. The organization of service of emergency medical service in Krasnodar. *Vrach skoroy pomoshi*. 2010;(6):24—7 (in Russian).
5. Miroshnichenko A. G., Stozharov V. In., Barsukova I. M., Linets Yu. P. Emergency medical service in the light of the state program of development of health care of the Russian Federation till 2020. *Skoraya medicinskaja pomoshh'*. 2013;(2):8—9 (in Russian).
6. Parfyonov V. E., Miroshnichenko A. G., Barsukova I. M. Topical issues of emergency medical service at the present stage. *Zdorovie natsii*. 2012;4(11):16—9 (in Russian).

© Коллектив авторов, 2019
УДК 614.2;343.83

Ильинцев Е. В.¹, Ильинцева Е. О.², Пономарев С. Б.¹

ОРГАНИЗАЦИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПРОПАГАНДЫ СРЕДИ ЛИЧНОГО СОСТАВА УГОЛОВНО-ИСПОЛНИТЕЛЬНОЙ СИСТЕМЫ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

¹ФКУ «Научно-исследовательский институт Федеральной службы исполнения наказаний», 426000, г. Москва;

²ФГБНУ «Национальный научно-исследовательский институт общественного здоровья им. Н. А. Семашко» Минобрнауки России, 105064, г. Москва

В статье обсуждается вопрос актуальности медицинской пропаганды среди личного состава уголовно-исполнительной системы, интерес к которой в настоящее время среди организаторов здравоохранения недостаточен. Обоснована важность проведения медицинской пропаганды среди сотрудников органов и учреждений уголовно-исполнительной системы Российской Федерации. Отмечены основные проблемы данного направления деятельности (низкий уровень медицинской активности личного состава пенитенциарной системы, недостаточное ресурсное обеспечение санитарно-просветительной работы, неоптимальная структура организации медицинской помощи декретированному контингенту, неполноценное проведение санитарно-просветительной работы в медицинских организациях различной ведомственной принадлежности). Внимание читателя обращается на существование различных категорий аттестованных сотрудников, в частности упоминаются особенности превентивной работы с лицами, несущими службу в сельской местности, а также с курсантами образовательных организаций, что предполагает различные подходы к реализации мероприятий медицинской пропаганды. Предлагаются основные пути решения имеющихся сложностей в санитарно-просветительной работе с данной категорией лиц.

К л ю ч е в ы е с л о в а : медицинская этика; медицинская пропаганда; личный состав уголовно-исполнительной системы.

Для цитирования: Ильинцев Е. В., Ильинцева Е. О., Пономарев С. Б. Организация медицинской пропаганды среди личного состава уголовно-исполнительной системы Российской Федерации. Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. 2019;27(2):170—173. DOI: <http://dx.doi.org/10.32687/0869-866X-2019-27-2-170-173>

Для корреспонденции: Ильинцев Евгений Васильевич, канд. мед. наук, старший научный сотрудник; e-mail: iev-3877@mail.ru.

Ilintcev E. V.¹, Ilintceva E. O.², Ponomarev S. B.¹

THE ORGANIZATION OF MEDICAL PROPAGANDA AMONG CREW OF PENAL EXECUTIVE SYSTEM OF RUSSIAN FEDERATION

¹The Federal Official Institution “The Research Institute of the Federal Penitentiary Service of Russia”, 426000, Moscow, Russia;

²The Federal State Budget Scientific Institution “The N. A. Semashko National Research Institute of Public Health”, 105064, Moscow, Russia

The article considers the issue of actuality of medical propaganda among crew of criminal executive system. It is established that actually the health care managers of criminal executive system are lacking interest to this kind of propaganda. The importance of implementation of medical propaganda among staff of institutions of criminal executive system is substantiated. The study established such main problems of this activity as low level of medical activity of crew of penitentiary system, inadequate resource support of sanitary education, non-optimal structure of organization of medical care of decreed contingent, inferior implementation of sanitary education activities in medical organizations of various departmental belonging. The attention is focused on existence of various categories of certified employees, including characteristics of preventive activities with personnel performing service in rural territory and also with cadets of educational organizations that predisposes different approaches to implementation of measures of medical propaganda. The main means of meeting the complications in sanitary educational work with the given category of individuals.

К e y w o r d s : medical ethics; medical propaganda; crew; criminal executive system.

For citation: Ilintcev E. V., Ilintceva E. O., Ponomarev S. B. The organization of medical propaganda among crew of penal executive system of Russian Federation. *Problemi socialnoi gigieni, zdravookhranenia i istorii meditsini*. 2019;27(2):170—173 (In Russ.). DOI: <http://dx.doi.org/10.32687/0869-866X-2019-27-2-170-173>

For correspondence: Ilintcev E. V., candidate of medical sciences, the senior researcher of the Federal Official Institution “The Research Institute of the Federal Penitentiary Service of Russia”. e-mail: iev-3877@mail.ru.

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

Acknowledgment. The study had no sponsor support

Received 08.10.2018
Accepted 30.01.2019

Знание и соблюдение принципов этики является важным условием успешного функционирования и развития любой отрасли, в том числе системы здравоохранения. Современная медицинская этика не ограничивает сферу своих интересов взаимоотношениями врача с пациентом и коллегами, а все нагляднее показывает повышенное внимание к вопросам отношений между врачом и обществом [1].

Этические вопросы медицинского обеспечения личного состава уголовно-исполнительной системы (УИС) Российской Федерации, включая проблему медицинской пропаганды среди сотрудников пенитенциарной системы, не привлекали внимания отечественных исследователей. Между тем требования, предъявляемые к состоянию здоровья кандидатов на службу и сотрудников УИС, установленные постановлением Правительства Российской Федера-

Реформы здравоохранения

ции от 04.07.2013 № 565 «Об утверждении Положения о военно-врачебной экспертизе», предопределяют постоянное совершенствование проводимых здоровьесохраняющих мероприятий, включая оптимизацию медицинской пропаганды.

Активная политика здравоохранения, направленная на оздоровление, охрану и укрепление здоровья, в том числе здоровья здоровых, как обязательный атрибут всей общественно-полезной деятельности структур общества, должен стать главным направлением развития отечественной медицины и здравоохранения в целом. Формирование здорового образа жизни (ЗОЖ) всего населения Российской Федерации и его отдельных групп, включая личный состав УИС, является одной из актуальных задач здравоохранения России. Мотивация к ЗОЖ — это совокупность внешних и внутренних мотивов, побуждающих к деятельности по сохранению здоровья, и условий, способствующих реализации здоровьесберегающего поведения. Забота о здоровье и его укреплении должна стать ценностным мотивом, определяющим образ жизни человека.

Сохранение здоровья людей, создание благоприятных условий труда, быта и отдыха — одна из главных социальных задач любого цивилизованного государства. Поэтому финансовые вложения в укрепление «человеческого капитала», в том числе в профилактику заболеваний и укрепление здоровья, экономически наиболее выгодны, и чем раньше они осуществляются, тем выше оказываются результаты. Так, в странах Европейского Союза (Великобритания, Ирландия, Польша, Италия, Франция, Дания, Норвегия) показана высокая эффективность программ формирования ЗОЖ и превентивные мероприятия позволили существенно снизить расходы национальных систем здравоохранения на оказание медицинской помощи [2—5]. При этом неотъемлемой частью валеологической деятельности является медицинская пропаганда.

Актуальность мероприятий, направленных на сохранение и улучшение здоровья населения и его отдельных групп, не вызывает сомнений, так как это по праву одна из главных задач любого социально ориентированного государства. Однако в настоящее время, учитывая нестабильную макроэкономическую ситуацию и отсутствие устоявшихся положительных трендов динамики основных медико-демографических показателей населения, проведение таких мероприятий имеет первостепенное значение при дальнейшем эффективном развитии здравоохранения. В условиях пенитенциарного стресса, обусловленного контактом с маргинальными элементами общества и особенностями несения службы, первичная профилактика хронических наиболее распространенных неинфекционных болезней приобретает особую актуальность для сохранения кадрового ядра в рамках УИС.

Санитарное просвещение, проводимое в нашей стране в том или ином виде с первой четверти XVIII в., является одним из факторов повышения уровня медицинской грамотности населения. Без за-

интересованности человека в сохранении и укреплении его здоровья невозможно совершенствование системы охраны здоровья. В основе адекватного здоровьесберегающего поведения пациента лежит его информированность о методах и формах сохранения здоровья и предупреждения обострения имеющейся хронической патологии. При этом медицинская пропаганда является одним из наименее ресурсозатратных путей улучшения показателей общественного здоровья населения. Между тем результаты исследований уровня медицинской активности населения показывают, что даже лица с высшим образованием имеют недостаточный багаж знаний по вопросам здоровьесберегающего поведения. В работах, посвященных непосредственно вопросам медицинской этики ведомственного здравоохранения, отсутствует упоминание специфических этических проблем, возникающих при медицинском обеспечении «людей в погонах» [6—11].

Отмечено, что весомый вклад в осуществление политики укрепления здоровья и профилактики различных заболеваний могут внести образовательные организации. В вузах возможно проведение комплексной работы по укреплению здоровья учащихся и работников вуза. Образовательные учреждения традиционно служат источником информации и определяют мотивацию в семьях, поскольку студенты, приходя домой, передают сведения о здоровом образе жизни и могут выступать в роли силы, побуждающей их родственников к изменению поведения. Качество подготовки будущих специалистов определяет развитие государства на долгосрочную перспективу, а учебные заведения призваны обеспечить потребность в укреплении здоровья отдельных групп населения. Учитывая неблагоприятные тенденции динамики основных показателей здоровья подростков и молодежи, актуальность осуществления медицинской пропаганды с курсантами УИС не вызывает сомнений [12, 13]. Следовательно, научно обоснованной задачей на среднесрочную перспективу является совершенствование проведения медицинской пропаганды в образовательных организациях Федеральной службы исполнения наказаний (ФСИН), поэтому данный вопрос должен рассматриваться совместно с заинтересованными службами.

Отечественными исследователями также неоднократно обращалось внимание на низкий уровень санитарно-гигиенических знаний сельских жителей по сравнению с городским населением [14].

Немаловажно отметить, что пациенты в настоящее время стали предъявлять больше требований к медицинской организации и ее работникам, чаще выражают недовольство при недостаточном получении информации о плане диагностики и лечения, состоянии здоровья, при этом считая себя достаточно грамотными в правовых вопросах и не называя причиной возникновения конфликтов несоблюдение врачебных рекомендаций, т. е. некритично оценивая свой багаж санитарно-гигиенических знаний [15].

Жители сельской местности в большинстве своем не придерживаются основных принципов ЗОЖ, рекомендуемых медицинскими работниками, которые также адептами ЗОЖ не являются. Поэтому результативность медицинской пропаганды среди сельского населения по сравнению с городскими жителями ставится под сомнение.

Около половины личного состава УИС проживает и несет службу в сельской местности, где отсутствуют учреждения здравоохранения системы МВД России, на которую в соответствии с постановлением Правительства Российской Федерации от 30.10.1998 № 1254 «Вопросы уголовно-исполнительной системы» (с изменениями и дополнениями) возложены функции по медицинскому обеспечению сотрудников пенитенциарной системы. В случае отсутствия по месту службы (жительства) аттестованного сотрудника УИС медицинских организаций МВД России, которые обычно дислоцированы в административных центрах субъектов Российской Федерации, согласно требованиям постановления Правительства Российской Федерации от 31.12.2004 № 911 «О порядке оказания медицинской помощи, санаторно-курортного обеспечения и осуществления отдельных выплат некоторым категориям военнослужащих, сотрудников правоохранительных органов и членам их семей, а также отдельным категориям граждан, уволенных с военной службы» (с изменениями и дополнениями) медицинская помощь оказывается в условиях лечебно-профилактических учреждений государственной и муниципальной систем здравоохранения за счет средств, выделенных ФСИН России на эти цели. Очевидно, что под сохранением здоровья здоровых «гражданское» здравоохранение понимает прохождение личным составом УИС периодических медицинских осмотров, за непосредственное проведение которых происходят взаиморасчеты (осмотр врачом-терапевтом, врачами узких специальностей, снятие и расшифровка электрокардиограммы и др.).

Оплата оказанных медицинских услуг происходит по тарифам трехстороннего соглашения за законченный случай поликлинического обслуживания, т. е. финансовая заинтересованность у медицинских работников «гражданских» медицинских организаций в результативности мероприятий медицинской пропаганды среди личного состава УИС отсутствует.

Развитие сети собственных муниципальных организаций на селе для личного состава УИС действующим законодательством не предусмотрена. В результате личный состав учреждений, дислоцированных в сельской местности, поселках городского типа и небольших городах, фактически не получает необходимые знания по сохранению и укреплению здоровья в объеме, предоставляемом сотрудникам УИС, несущим службу в крупных городах.

В ранее проведенных нами исследованиях установлен низкий уровень медицинской активности личного состава УИС и изучения вопросов медицинской этики лицами, имеющих специальные звания

рядового и начальствующего состава. Только 12,5% сотрудников придерживаются основных принципов ЗОЖ. При опросе 300 курсантов старших курсов образовательных учреждений ФСИН России, априори являющихся наиболее здоровыми «людьми в погонах», установлено, что первое ранговое место среди причин, вызывающих недовольство при получении медицинской помощи, занимают длительное ожидание приема врача (20,4%) и наличие этических проблем (20,4%).

Недостаточное ресурсное обеспечение медицинской пропаганды, прежде всего за счет кадровой составляющей, чревато возникновением конфликтов между медицинскими работниками и пациентами, что затрудняет эффективное проведение санитарно-просветительной работы. Формируется своеобразный порочный круг: неадекватные условия медицинской пропаганды — низкий уровень медицинской активности личного состава УИС — повышенная конфликтность в отношениях врач—пациент — низкая эффективность мероприятий по формированию приверженности соблюдению ЗОЖ — низкий уровень медицинской активности личного состава УИС.

Уместно упомянуть, что распоряжением ФСИН России от 30.12.2016 № 190-р утверждена Комплексная ведомственная программа повышения мотивации ЗОЖ среди подозреваемых, обвиняемых и осужденных. Аналогичный административный акт относительно сотрудников УИС отсутствует.

Учитывая отсутствие в ряде субъектов Федерации структурных подразделений ведомственных медицинских организаций для сотрудников УИС, первоочередными мероприятиями, направленными на повышение эффективности медицинской пропаганды среди личного состава УИС, представляется гигиеническое воспитание силами специалистов филиала «Центр государственного санитарно-эпидемиологического надзора» медико-санитарных частей ФСИН России, а также медицинская пропаганда, осуществляемая сотрудниками аппарата медико-санитарных частей ФСИН России. Представляется целесообразным инициирование административного акта, направленного на скрининг тенденции динамики уровня медицинской активности сотрудников УИС и содержащего перечень мероприятий, направленных на повышение приверженности личного состава УИС ведению ЗОЖ.

Заключение

В настоящее время существуют объективные трудности в осуществлении медицинской пропаганды (особенно в части первичной профилактики) среди личного состава УИС, чей уровень санитарно-гигиенических знаний характеризуется как низкий.

Задачами на долгосрочную перспективу следует признать необходимость учитывать при подготовке студентов, обучающихся по договору целевого приема с территориальными органами УИС в медицинских вузах системы Минздрава России, особенности состояния санитарно-просветительной работы с

Реформы здравоохранения

личным составом УИС и связанные с этим этические проблемы, а также совершенствование имеющейся системы медицинского обеспечения прикрепленного контингента. Делегирование уголовно-исполнительной системе полномочий по медицинскому обеспечению личного состава в труднодоступной (отдаленной) местности, где отсутствуют медицинские организации системы МВД России и слабо развита гражданская сеть лечебно-профилактических учреждений, с последующим открытием здравпунктов для личного состава в сельской местности позволит увеличить объем превентивных мероприятий, включая медицинскую пропаганду.

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

ЛИТЕРАТУРА

1. Жилыева Е. П., Нечаев В. С. Некоторые тенденции современной медицинской этики. *Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины*. 2015;(2):43—6.
2. Карасева Т. В., Руженская Е. В. Особенности мотивации ведения здорового образа жизни. *Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины*. 2013;(5):23—4.
3. Лисицын Ю. П. Здравоохранение и медицинская наука: вызовы современности и пути преодоления. *Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины*. 2013;(2):3—4.
4. Щепин О. П., ред. Политика здравоохранения: теория и практика. М.: Научно-исследовательский институт организации здравоохранения Российской академии медицинских наук; 2007.
5. Tsouros E. P. A healthy city is an activecity: a physical activity-planning guide. Available at: <http://www.mangerbouger.fr/pro/IMG/pdf/Ahealthycityisanactivecity.pdf>. WHO, 2008. 90 p.
6. Валитов И. О. Форсирование экологической и медицинской активности как предпосылка самоопределения и здорового образа жизни людей. *Вестник Башкирского университета*. 2016;(3):803—8.
7. Магомедова С. А., Ильинцев Е. В. Особенности санитарно-просветительной работы врачей в городской и сельской местности Республики Дагестан. *Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины*. 2012;(5):32—4.
8. Пенкина И. А. Новые организационно-правовые и научные принципы в условиях модернизации здравоохранения России: Сб. науч. трудов. М.; 2006.
9. Пономарев С. Б., Бурт А. А., Дюжева Е. В. Клинические аспекты пенитенциарного стресса. *Ведомости уголовно-исполнительной системы*. 2016;(4):29—33.
10. Потапова М. В., Мингазов Р. С. Медицинская этика в деятельности медицинского персонала медико-санитарных частей органов внутренних дел. *Вестник современной клинической медицины*. 2009;(1):6—8.
11. Югова Е. А. К вопросу об истории развития здоровьесбережения в России. *Вестник Тюменского государственного университета. Социально-экономические и правовые исследования*. 2011;(9):167—72.
12. Дочкина Н. Л. Решение проблемы сохранения здоровья студенческой молодежи в современных условиях. В кн.: Гигиена детей и подростков: история и современность. Проблемы и пути решения: материалы Всероссийской научно-практ. конференции. М.; 2009.
13. Картышева С. И., Попова О. А., Грошева Е. С. Самооценка здоровья и образа жизни студентов педагогического университета. *Гигиена и санитария*. 2015;(9):18—20.
14. Корецкая Н. М., Чушкина А. А. Современная клиничко-социальная характеристика больных инфильтративным туберкулезом легких в Красноярском крае. *Сибирское медицинское обозрение*. 2009;(3):42—5.
15. Баринев Е. Х., Косухина О. И., Ромодановский П. О. Всегда ли прав пациент? *Проблемы экспертизы в медицине*. 2014;4(56):7—8.

Поступила 08.10.2018
Принята в печать 30.01.2019

REFERENCES

1. Zhilyaeva E. P., Nechaev V. S. Some tendencies of modern medical ethics. *Problemy sotsialnoy gigieny, zdavookhraneniya i istorii meditsiny*. 2015;(2):43—6 (in Russian).
2. Karaseva T. V., Ruzhenskaya E. V. Peculiarities of the motivation of conducting a healthy lifestyle. *Problemy sotsialnoy gigieny, zdavookhraneniya i istorii meditsiny*. 2013;(5):23—4 (in Russian).
3. Lisitsyn Yu. P. Public Health and Medical Science: Challenges of Modernity and Ways to Overcome. *Problemy sotsialnoy gigieny, zdavookhraneniya i istorii meditsiny*. 2013;(2):3—4 (in Russian).
4. Shchepin O. P. (ed.). Health policy: theory and practice [*Politika zdavookhraneniya: teoriya i praktika*]. Moscow: Scientific Research Institute of Health Organization of the Russian Academy of Medical Sciences; 2007 (in Russian).
5. Tsouros E. P. A healthy city is an activecity: a physical activity-planning guide. Available at: <http://www.mangerbouger.fr/pro/IMG/pdf/Ahealthycityisanactivecity.pdf>. WHO, 2008. 90 p.
6. Valitov I. O. Forcing ecological and medical activity as prerequisites for self-determination and a healthy lifestyle of people. *Bulletenij Bashkirskogo universiteta*. 2016;(3):803—8 (in Russian).
7. Magomedova S. A., Ilintsev E. V. Features of sanitary education work of doctors in urban and rural areas of the Republic of Dagestan. *Problemy sotsialnoy gigieny, zdavookhraneniya i istorii meditsiny*. 2012;(5):32—4 (in Russian).
8. Penkina I. A. New organizational, legal and scientific principles in the conditions of modernization of health care in Russia: Collection of Scientific works [*Novye organizatsionno-pravovye i nauchnye printsipy v usloviyakh modernizatsii zdavookhraneniya Rossii: Sb. nauch. trudov*]. Moscow; 2006 (in Russian).
9. Ponomarev S. B., Burt A. A., Dyuzheva E. V. Clinical aspects of penitentiary stress. *Vedomosti ugolovno-ispolnitelnoy systemy*. 2016;(4):29—33 (in Russian).
10. Potapova M. V., Mingazov R. S. Medical Ethics in the Activity of Medical Personnel of Medical and Sanitary Parts of Internal Affairs Bodies. *Bulletenij sovremennoy klinicheskoy mediciny*. 2009;(1):6—8 (in Russian).
11. Yugova E. A. On the history of the development of health savings in Russia. *Bulletenij of the Tyumenskogo universiteta. Sotsialno-ekonomicheskie i pravovye issledovaniya*. 2011;(9):167—72 (in Russian).
12. Dochkina N. L. Solution of the problem of preserving the health of students in modern conditions. In: Hygiene of children and adolescents: history and modernity. Problems and solutions: Materials of the All-Russian scientific and practical conference [*Gigiena detey i podrostkov: istoriya i sovremennost'*. *Problemy i puti resheniya: Vseros. scientific-practical. conf.*]. Moscow; 2009; 139—40 (in Russian).
13. Kartasheva S. I., Popova O. A., Grosheva E. S. Self-assessment of health and lifestyle of students of the Pedagogical University. *Gigiena i sanitariya*. 2015;(9):18—20 (in Russian).
14. Koretskaya N. M., Chushkina A. A. Modern clinical and social characteristics of patients with infiltrative pulmonary tuberculosis in the Krasnoyarsk Territory. *Sibirskoe meditsinskoe obozrenie*. 2009;(3):42—5 (in Russian).
15. Barinov E. Kh., Kosukhina O. I., Romodanovsky P. O. Is the patient always right? *Problemy ekspertizy v medicine*. 2014;4(56):7—8 (in Russian).

© Коллектив авторов, 2019
УДК 614.2:616-036.86-08:172**Магомедова З. А.¹, Петрова И. А.², Нечаев В. С.²****МЕДИКО-ЭТИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ОРГАНИЗАЦИИ МЕДИЦИНСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ**¹ГБУ Республики Дагестан «Республиканская клиническая больница — Центр специализированной экстренной медицинской помощи», 367000, г. Махачкала;²ФГБНУ «Национальный научно-исследовательский институт общественного здоровья им. Н. А. Семашко» Минобрнауки России, 105064, г. Москва

Рассмотрены аспекты организации оказания медицинской реабилитационной помощи населению, имеющие медико-этическое значение: доступность, качество, социальная эффективность. На качество диагностики, профилактики и лечения заболеваний оказывает влияние квалификация медицинского персонала, причем это справедливо как в области клинических дисциплин, так и в сфере управления здравоохранением. Специалисты должны ориентироваться на общепризнанные принципы и стандарты здравоохранения, к числу которых относятся обеспечение должного качества медицинской помощи при оптимальном использовании имеющихся ресурсов, соблюдение этических норм. Республика Дагестан является аграрным регионом, 55% населения проживает в сельской местности, основные ресурсы территориального здравоохранения сконцентрированы в городской местности. Показатели общественного здоровья лиц, проживающих в сельской местности, по многим параметрам хуже, чем у городского населения, обеспеченность медицинскими кадрами учреждений здравоохранения низкая. Оказание специализированной медицинской помощи сельским жителям, к которой относится медицинская реабилитация, представляется без дополнительных управленческих решений более затруднительным по сравнению с пациентами, проживающими в городской черте.

В условиях необходимости оптимизации ресурсного обеспечения деятельности системы здравоохранения невозможно экстенсивный рост возможностей медицинской реабилитации у сельских жителей Дагестана.

К л ю ч е в ы е с л о в а : здравоохранение; медицинская реабилитационная помощь; доступность; социальная эффективность; медицинская этика; ВОЗ.

Для цитирования: Магомедова З. А., Петрова И. А., Нечаев В. С. Медико-этические аспекты организации медицинской реабилитации. Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. 2019;27(2):174—176. DOI: <http://dx.doi.org/10.32687/0869-866X-2019-27-2-174-176>

Для корреспонденции: Нечаев Василий Сергеевич, зав. отделом изучения здорового образа жизни и охраны здоровья населения ФГБНУ «Национальный НИИ общественного здоровья им. Н. А. Семашко», e-mail: vn52@inbox.ru

Magomedova Z. A.¹, Petrova I. A.², Nechaev V. S.²**THE MEDICAL ETHICAL ASPECTS OF ORGANIZATION OF MEDICAL REHABILITATION**¹The State Budget Institution of the Republic of Dagestan “The Republican Clinical Hospital — the Center of Specialized Emergency Medical Care”, 367000, Makhachkala, the Republic of Dagestan, Russia;²The Federal State Budget Scientific Institution “The N. A. Semashko National Research Institute of Public Health”, 105064, Moscow,

The article considers such aspects of organization of medical rehabilitation care of population as accessibility, quality, social efficiency from perspective of medical ethics. The quality of diagnostic, prevention and treatment of diseases is affected by qualification of medical personnel that is applied both to areas of clinical medicine and health care management. The specialists are to apply common principles and standards of health care. Among them are support of valuable quality of medical care under optimal application of available resources and observance of medical ethics standards. The Republic of Dagestan is an agrarian region where 55% of population resides in rural area and most of health care resources are cumulated in urban area. The indices of health of population residing in rural area are in many parameters worse than in urban population and provision of medical institutions with medical personnel is low. The specialized medical care support including medical rehabilitation, of rural population, is provided without additional managerial decisions and is much more difficult as compared with patients residing in urban area. Hence in conditions of necessity of optimization of resource support of health care system functioning no extensive development of possibilities of medical rehabilitation is possible in rural residents of Dagestan.

К e y w o r d s : health care; medical rehabilitation care; accessibility; social efficiency; medical ethics; WHO.

For citation: Magomedova Z. A., Petrova I. A., Nechaev V. S. About certain medical ethical issues of organization of medical rehabilitation *Problemi socialnoi gigieni, zdravookhraneniya i istorii meditsini*. 2019;27(2):174—176 (In Russ.). DOI: <http://dx.doi.org/10.32687/0869-866X-2019-27-2-174-176>

For correspondence: Nechaev V. S., doctor of medical sciences, professor, the head of the Department of studies of life-style and population health care of the Federal State Scientific Institution “The N. A. Semashko National Research Institute of Public Health”, e-mail: vn52@inbox.ru

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

Acknowledgment. The study had no sponsor support

Received 25.01.2019
Accepted 30.01.2019

На 51-й Сессии Всемирной ассамблеи здравоохранения (1998) провозглашено, что улучшение здоровья и благосостояния людей является конечной целью социального и экономического развития общества. Долгосрочная стратегия ВОЗ «Здоровье-21» в Европейском регионе предусматривает одну по-

стоянную цель: достижение полной реализации каждым человеком своего «потенциала здоровья» через решение двух основных задач — укрепление и охрану здоровья людей на протяжении всей их жизни, снижение распространенности и уменьшение страданий, вызываемых основными болезнями, травма-

Реформы здравоохранения

ми и увечьями. В достижении цели и решении задач, оговоренных выше, важное место занимает медицинская реабилитация.

В политике здравоохранения любого уровня реализации медицинская этика является связующим звеном между базовыми ценностями охраны и укрепления здоровья (справедливость, солидарность, активное участие) и практической деятельностью здравоохранения по их реализации на местах, которая осуществляется в рамках правового поля каждой страны. При этом даже в самых богатых европейских странах зажиточные люди живут дольше, реже болеют и меньше становятся инвалидами, чем бедные. Именно бедность как серьезное проявление социальной несправедливости является одним из серьезных факторов риска для здоровья [1].

Уровень образования, в значительной мере связанный с уровнем испытываемых людьми лишений и тягот, также несет свои риски для здоровья, обусловленные принадлежностью к какой-либо социальной категории. Наибольший градиент в состоянии здоровья среди лиц с разным уровнем образования зафиксирован среди женщин.

Ставя задачу достижения равноправия в вопросах охраны здоровья, эксперты ВОЗ подчеркивали, что большая справедливость и равноправие благоприятствуют здоровью. При одинаковом уровне национального богатства общества, прилагающие максимальные усилия для социальной защищенности всех граждан, будут более здоровыми, нежели общества, где люди сталкиваются с неопределенностью, социальной маргинализацией и лишениями. Находящимся в неблагоприятном положении группам и контингентам населения должно гарантироваться приемлемое медико-санитарное обслуживание. Кроме того, отмечено, что раннее инвестирование на цели здоровья и его охраны окупается на макроэкономическом уровне [2].

Центральное место занимает задача обеспечения равноправия, справедливости и устойчивости при финансировании системы охраны здоровья. Необходимо обеспечение всеобщего охвата и доступности медико-санитарного обеспечения, включая медико-реабилитационную помощь, а также сдерживание суммарных расходов и издержек. В вопросах финансирования или предоставления такого социального блага, как здравоохранение, неограниченное и бесконтрольное господство рыночных принципов недопустимо.

На качество диагностики, профилактики, лечения заболеваний и медицинской реабилитации влияет квалификация медицинского персонала. Это справедливо в области клинических дисциплин и в сфере управления здравоохранением. Специалисты по медицинской реабилитации должны ориентироваться на общепризнанные принципы и стандарты здравоохранения, к числу которых относятся обеспечение должного качества медицинской помощи при оптимальном использовании имеющихся ресурсов, соблюдение этических норм. Попытка активного развития частной системы здравоохранения, в том

числе предоставление услуг по медицинской реабилитации, противоречит ключевым медико-этическим принципам [3—5].

Республика Дагестан является аграрным регионом, 55% населения проживает в сельской местности, основные ресурсы территориального здравоохранения сконцентрированы в городской местности. Показатели общественного здоровья лиц, проживающих в сельской местности, по многим параметрам хуже, чем у городского населения, обеспеченность медицинскими кадрами учреждений здравоохранения, включая службы медицинской реабилитации, характеризуется как низкая [6, 7]. Проблема обеспечения необходимого уровня медицинской реабилитации неминуемо ведет к медико-этическому конфликту между поставщиками медико-реабилитационной помощи, городскими жителями и населением, проживающим в сельской местности.

Оказание специализированной медицинской помощи сельским жителям (как в амбулаторных, так и в стационарных условиях), к которой относится медицинская реабилитация, представляется без дополнительных целевых управленческих решений более затруднительной по сравнению с пациентами, проживающими в городской черте. Так, по состоянию на 1 января 2013 г. дневные стационары при больничных учреждениях функционировали в 7 городских и республиканских учреждениях на 140 коек и в 8 сельских медицинских организациях на 66 коек. Дневные стационары при амбулаторно-поликлинических учреждениях функционировали в 17 лечебно-профилактических учреждениях (ЛПУ) городской местности на 254 койки и в 2 сельских ЛПУ на 7 коек. Очевидно, что медико-реабилитационный потенциал расположенных в сельской местности медицинских организаций уступает возможностям лечебно-профилактических организаций аналогичного иерархического уровня, расположенных в городской черте.

Основной источник медико-этического конфликта находится на стыке индивидуальных потребностей, желаний и общественных ценностей [8]. Поэтому в условиях необходимости оптимизации ресурсного обеспечения деятельности системы здравоохранения, включая медицинскую реабилитацию, экстенсивный рост возможностей медицинской реабилитации у сельских жителей Дагестана невозможен. С другой стороны, недостаточная изученность причин и источников медико-этического конфликта, возникающего вследствие несправедливого распределения ресурсов медицинской реабилитации между городским и сельским населением, предопределяет актуальность и востребованность углубленного изучения медико-этических аспектов организации медицинской реабилитации в условиях дотационных территорий.

ЛИТЕРАТУРА

1. Жилиева Е. П., Ильинцева Е. О. Укрепление этических основ здравоохранения. *Бюллетень ННИИОЗ им. Н. А. Семашко РАМН*. 2011;(3):104—6.
2. Здоровье-21. Основы политики достижения здоровья для всех в Европейском регионе ВОЗ: введение. ВОЗ: Европейская серия по достижению здоровья для всех. Копенгаген; 1998: 5.

3. Здоровцов Г. И. Формирование общественно необходимой профессионально-квалификационной структуры кадров медицинских работников. *Экономика здравоохранения*. 2000;(7): 22—30.
 4. Еганын Р. А. Информированность врачей первичного звена здравоохранения в области профилактики артериальной гипертонии и факторов риска ее развития. *Профилактика заболеваний и укрепление здоровья*. 2003;(3):6—12.
 5. Полянская Е. В. Доступность платных медицинских услуг для сельского населения Амурской области. *Бюлл. физиологии и патологии дыхания*. 2009;(34):26—7.
 6. Евсюков А. А. Медико-демографические и организационные основы медицинской помощи сельскому населению. М.; 2010.
 7. Шаманова Л. В. Обращаемость пациентов за медицинской помощью в сельский терапевтический участок. *Здравоохранение Российской Федерации*. 2011;(3):32—4.
 8. Лолас Ф. Здравоохранение и социальная справедливость: об этическом обеспечении медицинской помощи и медицинских исследований. Интернет-ресурс. Доступно по ссылке: www.bioetica.ops-oms.org/E/docs/acta8.pdf
- Поступила 25.01.2019
Принята в печать 30.01.2019
- REFERENCES
1. Zhiliaeva E. P., Il'intceva E. O. The enhancement of ethical basics of health care. *Biulleten' NNIOZ im. N. A. Semashko RAMN*. 2011;(3):104—6 (in Russian).
 2. Health-21. Fundamentals of policy of achievement of health for all in WHO European region: An introduction [*Zdorov'e-21. Osnovy' politiki dostizheniia zdorov'ia dlia vsekh v Evropei'skom regione VOZ: vvedenie. VOZ: Evropei'skaia seriia po dostizheniiu zdorov'ia dlia vsekh, № 5*]. Kopenhagen; 1998 (in Russian).
 3. Zdorovtsov G. I. The development of publicly needed professional qualified structure of medical manpower. *E'konomika zdra-vookhraneniia*. 2000;(7):22—30 (in Russian).
 4. Eganian R. A. The awareness of physicians of primary health care related to prevention of arterial hypertension and risk factors of its development. *Profilaktika zabolevanii' i ukreplenie zdorov'ia*. 2003;(3):6—15 (in Russian).
 5. Polianskaia E. V. The accessibility of paid medical services for rural population of the Amurskaia oblast'. *Biulleten' fiziologii i patologii dy'haniia*. 2009;(34):26—7 (in Russian).
 6. Evsiukov A. A. The medical demographic and organizational basics of medical care of rural population [*Mediko-demograficheskie i organizatsionny'e osnovy' meditsinskoi' pomoshchi sel'skomu nasele-niiu*]. Moscow; 2010 (in Russian).
 7. Shamanova L. V. The medical care appealability of patients in rural therapeutic district. *Zdravookhranenie Rossii'skoi' Federatsii*. 2011;(3):32—4 (in Russian).
 8. Lolas F. Health care and social justice: on ethical support of medical care and medical research [*Zdravookhranenie i sotcial'naia sprav-edlivost': Ob e'ticheskom obespechenii meditsinskoi' pomoshchi i meditsinskikh issledovaniu'*]. On-line resource. Available at: www.bioetica.ops-oms.org/E/docs/acta8.pdf

Образование и кадры

© Мигунова Ю. В., Садыков Р. М., 2019
УДК 614.2

Мигунова Ю. В., Садыков Р. М.

КАДРОВОЕ ОБЕСПЕЧЕНИЕ МЕДИЦИНСКИХ ОРГАНИЗАЦИЙ В РЕСПУБЛИКЕ БАШКОРТОСТАН

ФГБУН «Институт социально-экономических исследований Уфимского научного центра Российской академии наук», 450054, г. Уфа

Рассмотрена проблема кадрового обеспечения медицинских организаций. В российском здравоохранении накопилось много серьезных кадровых проблем: низкий уровень планирования кадров, дефицит многих категорий работников, серьезные диспропорции в их составе, невысокий профессиональный уровень значительной части врачей. С целью более полной оценки кадрового обеспечения современной системы здравоохранения в статье исследуется динамика количественного состава врачей и среднего медицинского персонала в России в период 2004—2015 гг. Анализ статистических данных показал, что в последние годы наблюдается тенденция к снижению численности врачей и среднего медицинского персонала в России. В Республике Башкортостан за исследуемый период количество врачей также сокращалось. В отношении численности среднего медицинского персонала в Башкортостане наблюдались тенденции роста. Низкий уровень заработной платы врачей и других работников сферы здравоохранения является ключевым фактором недостатка профессионалов в медицинском образовании. Эти данные свидетельствуют о необходимости изменить существующую форму регулирования и оплаты деятельности врачей и среднего медицинского персонала. Пересмотр современной модели финансирования системы отечественного здравоохранения неизбежно связан с существенным сокращением государственных расходов в последние годы. Для повышения эффективности денежных вложений и достижения лучшего качества оказываемой медицинской помощи необходимо переход первичного звена здравоохранения на подушевой принцип финансирования отрасли, заключающийся в выделении финансовых средств на каждого пролеченного больного. При таком подходе сотрудники лечебно-профилактического учреждения приобретают материальную заинтересованность в полном выздоровлении пациента, что повышает качество медицинского обслуживания. Также к мерам рациональной финансовой политики в системе здравоохранения относится эффективное развитие форм страховой медицины.

Ключевые слова: кадровое обеспечение; медицинские организации; медицинская помощь; обеспеченность населения врачами; финансирование здравоохранения; уровень заработной платы; врачи; средний медицинский персонал.

Для цитирования: Мигунова Ю. В., Садыков Р. М. Кадровое обеспечение медицинских организаций в Республике Башкортостан. Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. 2019;27(2):177—181. DOI: <http://dx.doi.org/10.32687/0869-866X-2019-27-2-177-181>

Для корреспонденции: Мигунова Юлия Владимировна, канд. социол. наук, научный сотрудник Института социально-экономических исследований Уфимского научного центра Российской академии наук, e-mail: ignatenko_isei@mail.ru

Migunova Iu. V., Sadykov R. M.

THE PERSONNEL SUPPORT OF MEDICAL ORGANIZATIONS IN THE REPUBLIC OF BASHKORTOSTAN

The Federal State Budget Institution of Science “The Institute of Social Economic Studies of the Ufa Research Center of the Russian Academy of Sciences”, 450054, Ufa, Russia

The article considers the problem of personnel support of medical organizations. The Russian health care system cumulated many serious personnel problems, including low level of personnel planning, deficiency of many categories of workers, serious disproportions in personnel structure, low professional level of significant percentage of physicians. The article analyses dynamics of quantitative structure of physicians and paramedical personnel in Russian in 2004—2015 with the purpose of comprehensive evaluation of medical personnel support of modern health care system. The analysis of statistical data demonstrated that during last years a trend of decreasing of number of physicians and paramedical personnel in Russia occurred. In the Republic of Bashkortostan number of physicians also decreased during the analyzed period. The trends of decreasing were established as to paramedical personnel. The low level of salary of physicians and other categories of health care workers is a key factor of deficiency of medical professionals. These results testify the necessity of alteration of actual system of regulation and payment of functioning of physicians and paramedical personnel. The revision of modern model of financing of national health care system is inevitably related to significant shortage of state public costs in recent years. To increase efficiency of financial investments and achievement of better quality of rendered medical care conversion of primary health care to capitation financing principle consisting in allocation of financial funds per every treated patient. At this approach, workers of medical institutions acquire material commitment in total convalescence of patient epe increases quality of medical care. The efficient development of forms of insurance medicine also have to do with measures of financial policy in health care system.

Keywords: personnel support; medical organizations; medical care; population supply with physicians; health care financing; level of salary; physician; paramedical personnel.

For citation: Migunova Iu. V., Sadykov R. M. The personnel support of medical organizations in the Republic of Bashkortostan. *Problemi socialnoi gigieni, zdravookhraneniya i istorii meditsini*. 2019;27(2):177—181 (In Russ.). DOI: <http://dx.doi.org/10.32687/0869-866X-2019-27-2-177-181>

For correspondence: Migunova Iu. V., candidate of sociological sciences, the researcher of the Federal State Budget Institution of Science “The Institute of Social Economic Studies of the Ufa Research Center of the Russian Academy of Sciences”. e-mail: ignatenko_isei@mail.ru

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

Acknowledgment. The study had no sponsor support

Received 01.06.2017
Accepted 10.10.2017

Кадровое обеспечение медицинских организаций является одной из актуальных проблем российского здравоохранения, поскольку медицинские кадры представляют собой наиболее ценный и значимый ее компонент. Недостаток высококвалифицированных специалистов с медицинским образованием отрицательно сказывается на предоставлении доступной медицинской помощи населению, эффективности ее применения, широком внедрении современных инновационных технологий в сфере здравоохранения и информационных систем в диагностике и лечении заболеваний. С точки зрения специалистов, закупка дорогостоящего высокотехнологичного оборудования не гарантирует качество и результативность лечения, основная проблема заключается в дефиците персонала, способного освоить данную технику [1].

Ключевым фактором, обуславливающим дефицит кадров современной системы здравоохранения в России, является низкий уровень заработной платы в данной сфере. Работники здравоохранения относятся к одной из низкооплачиваемых категорий работающих, поэтому система и уровень заработной платы снижают их мотивацию к качественному и результативному труду [2].

Цель данной работы — выявление проблем в сфере кадрового обеспечения здравоохранения, а также анализ тенденций численности врачей и среднего медицинского персонала.

Материалы и методы

С помощью сравнительных, экономико-статистических методов проанализированы статистические материалы, характеризующие динамику численности врачей и среднего медицинского персонала (на 10 тыс. населения) за 2004—2015 гг. в Российской Федерации и Республике Башкортостан. На основе анализа данных официальной статистики исследован уровень заработной платы работников сферы здравоохранения.

Результаты исследования

Для оценки кадрового обеспечения современной системы здравоохранения исследовали динамику количественного состава врачей и среднего медицинского персонала в России в 2004—2015 гг. В 2004—2011 гг. в Российской Федерации отмечалось нестабильное увеличение численности врачей, однако с 2012—2015 гг. фиксировалось снижение данного показателя. Таким образом, численность врачей в период 2004—2015 гг. уменьшилась примерно на 5,2% (с 48,4 до 45,9 на 10 тыс. населения).

В 2015 г. максимальное количество врачей в России регистрировалось в г. Санкт-Петербурге (73,8 на 10 тыс. населения), в Республике Северная Осетия-Алания (64,5) и Астраханской области (60,8). Мини-

мальным этот показатель был в Чеченской Республике (27 на 10 тыс. населения), в Курганской (28,8) и Ленинградской (33,6) областях [3].

В Республике Башкортостан показатель в 2004—2015 гг. был нестабильным: 2004 г. — 41,9; 2007 г. — 43,1; 2009 г. — 42,8 на 10 тыс. населения. К 2015 г. количество врачей снизилось: 2012 г. — 41,6; 2015 г. — 40,2. Таким образом, в 2015 г. по сравнению с общероссийскими показателями численность врачей в Башкортостане была ниже [4].

Исследование кадровых ресурсов системы здравоохранения обозначило важные особенности, существенно изменяющие систему разделения труда между отдельными группами работников здравоохранения. Одна из них — повышение значения сервисной составляющей медицинской помощи. Это связано с тем, что растущее число больных с хроническими и множественными заболеваниями по мере старения населения увеличивает потребность в постоянном наблюдении за их состоянием. Повышается значение комплекса мероприятий по управлению хроническими заболеваниями, направленного на снижение частоты их обострений и на снижение потребности в дорогостоящей стационарной помощи.

Результатом этих процессов является рост потребности в среднем медицинском персонале. При этом главная нагрузка ложится на медицинских сестер, способных совместить клиническую и сервисную составляющие медицинской помощи. В России расширение функционала медсестер слабо выражено, что приводит к более высокой нагрузке на врачей. Их доля в общей занятости в здравоохранении составляет 14%, что в 2—3 раза выше, чем в западных странах. Из-за слабого развития вспомогательного персонала уровень трудоемкости больничной помощи в России в 2—5 раз ниже, что является признаком более низкой интенсивности оказания медицинской помощи в стационаре [5].

Численность среднего медицинского персонала в России в период 2004—2015 гг. характеризовалась нестабильной тенденцией к снижению, причем особенно ощутимо она проявилась в 2011—2014 гг. (минимальный показатель численности среднего медицинского персонала в 2014 г. — 104,3 на 10 тыс. населения). Примечательно, что максимальный уровень фиксировался на протяжении нескольких лет: в 2004 г., 2006—2007 гг. — 108,6 на 10 тыс. населения.

В 2015 г. наибольшая численность среднего медицинского персонала регистрировалась в Магаданской области (165,6 на 10 тыс. населения), в Ханты-Мансийском автономном округе — Югре (154,5), Республике Коми (153,4). Наименьшая отмечена в Ленинградской области (75,4 на 10 тыс. населения), г. Севастополе (84,6), Калининградской области (88,1) [4].

Образование и кадры

Соотношение среднемесячной номинальной заработной платы в целом по экономике Российской Федерации, в здравоохранении и предоставлении социальных услуг

Среднемесячная заработная плата, руб.	2010 г.	2011 г.	2012 г.	2013 г.	2014 г.	2015 г.
По экономике в целом	20 952	23 369	26 629	29 792	32 495	34 030
В здравоохранении и предоставлении социальных услуг	15 724	17 545	20 641	24 439	27 068	28 179

В Республике Башкортостан в 2004—2007 гг. отмечались колебания численности среднего медицинского персонала: в 2004—2007 гг. регистрировался рост представленного показателя (в 2005 г. — 111,9 на 10 тыс. населения, в 2007 г. — 113,8). В 2008—2015 гг. фиксировалось явное уменьшение численности среднего медицинского персонала в республике: в 2008 г. — 111,7 на 10 тыс. населения; в 2010 г. — 110,9; в 2012 г. — 110,7. Однако в 2015 г. описываемый показатель вырос до 112,2 на 10 тыс. населения и был при этом несколько выше общероссийского.

В России в последние годы наблюдается тенденция к снижению численности врачей и среднего медицинского персонала, т. е. в современных условиях количество медицинских работников высшего и среднего звена сокращается. При сравнении данных показателей наблюдаются серьезные диспропорции в количественном составе специалистов с высшим и средним медицинским образованием. Так, в 2015 г. численность врачей была в 2,3 раза ниже таковой среднего медицинского персонала [6].

В России в структуре смежных специальностей изучаемой сферы доминирует административный персонал, на него не распространяются решения о повышении зарплаты медиков, они являются первой жертвой оптимизации здравоохранения. До сих пор не налажена массовая подготовка специалистов по медицинской технике в специализированных вузах. Недостаточное развитие немедицинского персонала повышает нагрузку на врачей и медсестер, приводит к неэффективному использованию медицинского оборудования и его частому выходу из строя. Данную ситуацию следует оценивать как важнейший кадровый дисбаланс, негативно влияющий на результативность медицинской помощи.

При относительно стабильном росте оплаты труда медицинских работников в 2010—2015 гг. ее уровень был в 1,3 раза ниже, чем по экономике в целом. Данные, представленные в таблице, отражают описываемые тенденции [7].

Более того, среднемесячная заработная плата врачей ниже, чем оплата труда в целом по экономике. Сложную ситуацию демонстрируют данные официальной статистики: в 2013 г. зарплата врача составляла 27 656,7 руб. в месяц, в 2014 г. — 31 384 руб., в 2015 г. — 32 896,6 руб.

Приведенные факты свидетельствуют о необходимости изменить существующую форму регулирования и оплаты деятельности врачей и среднего медицинского персонала. Необходимо отказаться от планирования фонда оплаты труда, исходя из числа

имеющихся ставок, и перейти к оплате физических лиц. К примеру, значительно лучше стимулирует участкового врача метод подушевого финансирования (на каждого приписавшегося к данному врачу пациента) и дополнительное поощрение за достижение установленных показателей деятельности: за уровень вакцинации, сокращение частоты вызовов скорой помощи, смертности на дому.

Ряд исследователей считают, что необходим эффективный «социальный контракт» с врачом, основанный на индивидуальной оплате труда с учетом достигнутых результатов клинической деятельности. Иначе говоря, более высокая зарплата для опытного и квалифицированного врача означает признание его заслуг, оправдывающее не только текущие усилия, но и многолетний труд по формированию его профессионального авторитета в медицине. Начиная врач будет стараться приобрести необходимую репутацию, имея к этому материальное вознаграждение. Значение репутационных характеристик оценки деятельности врача вытекает из самой природы его взаимодействия с пациентом, фактора особого доверия пациента к врачу. Следовательно, главным условием эффективного контракта является установление такой оплаты труда, которая дает врачу возможность заработать достаточно на одном рабочем месте, не размениваясь на дополнительные подработки [8].

Пересмотр существующей модели финансирования системы отечественного здравоохранения неизбежно связан с существенным изменением объемов государственных инвестиций в эту отрасль. Однако настоящее положение дел говорит об обратном: по оценкам экспертов, в 2014 г. государственные расходы на здравоохранение по сравнению с 2013 г. сократились на 9% [9]. Более того, в современных условиях уровень расходов отрасли не достигает даже рекомендуемого Всемирной организацией здравоохранения минимума — 5% ВВП [10].

При этом отмечается, что дефицит финансирования отрасли не менее важен, чем рациональность и эффективность используемых денежных средств. По мнению специалистов, дополнительные вложения в сектор амбулаторно-поликлинической медицинской помощи должны быть в 3 раза выше, чем затраты на высокотехнологичное диагностическое оборудование [11]. Упрощение механизмов финансирования со значительным сокращением количества финансовых потоков в данной сфере также позволило бы качественно улучшить перераспределение выделяемых денежных средств. Переход на принципы одноканального финансирования и формирования на его основе полного тарифа на оказываемые медицинские услуги упростил бы и сделал бы более прозрачной систему отечественного здравоохранения [12].

Важной финансовой проблемой региональной системы отечественного здравоохранения является сметный принцип финансирования медицинских услуг. По мнению специалистов, данный способ распределения бюджетных средств не соответствует ин-

дивидуальным потребностям пациента, следовательно, выделяемые финансы расходуются нерационально. Для повышения эффективности денежных вложений и достижения лучшего качества оказываемой помощи необходим переход первичного звена здравоохранения на подушевой принцип финансирования отрасли, заключающийся в выделении финансовых средств на каждого пролеченного больного. При таком подходе сотрудники лечебно-профилактического учреждения приобретают материальную заинтересованность в полном выздоровлении пациента, что повышает качество медицинского обслуживания [13].

Более эффективное развитие форм страховой медицины также относится к мерам рациональной финансовой политики в системе здравоохранения, предполагающей дальнейшее совершенствование системы обязательного медицинского страхования граждан, а также развитие солидарных форм оплаты медицинских услуг. Медицинское страхование представляет собой механизм, позволяющий устанавливать закрепленные источники финансирования здравоохранения (страховые взносы за разные категории граждан). Благодаря этому появляется возможность сделать размеры финансирования здравоохранения менее зависимыми от приоритетов бюджетной политики. Кроме того, разветвленная система медицинского страхования позволяет оплачивать услуги лечебно-профилактических учреждений за реальные объемы и качество оказания медицинской помощи, а не за численность персонала и размеры коечного фонда организации. Все это обеспечивает оплату работы сотрудников медицинских структур по принципу «деньги следуют за пациентом», качество лечения определяет материальное вознаграждение врача и среднего медицинского персонала. Отлаженный механизм системы медицинского страхования предполагает включение в сферу здравоохранения информированных посредников между врачом и пациентом, представляющих собой страховые фонды или компании, заинтересованные в качественном лечении больного, а не в вытягивании денег на бессмысленные обследования [8].

Заключение

Проблема кадрового обеспечения медицинских организаций прежде всего связана с низкой оплатой труда в данной сфере. Статистические данные свидетельствуют о том, что заработная плата в организациях по экономике в целом в 1,3 раза выше, чем в здравоохранении и предоставлении социальных услуг, ее уровень детерминирует численность работников, занятых в отрасли. Вследствие этого за 2004—2015 гг. количественный состав врачей и среднего медицинского персонала практически не увеличился. По сравнению с общероссийскими показателями, в Республике Башкортостан численность врачей была ниже. Численность среднего медицинского персонала в период 2004—2015 гг. сократилась. В 2015 г. в России данный показатель снизился на 2% по сравнению с 2005 г. [14]. Примечательно, что в Респуб-

ке Башкортостан численность среднего медицинского персонала была выше по сравнению с Россией в целом. Сравнение численности врачей и среднего медицинского персонала в Российской Федерации в 2004—2015 гг. обнаруживает значительный дисбаланс в соотношении представленных показателей, что ведет к необоснованному перераспределению функциональных обязанностей медицинских работников разного уровня, к нарушению лечебно-диагностического процесса и снижению эффективности оказываемой помощи. Однако диспропорции кадровых ресурсов имеют место не только внутри лечебно-профилактических учреждений, но и в аспекте город—село, поскольку связаны с низкой обеспеченностью населения как врачами, так и средним медицинским персоналом в сельской местности [15]. Таким образом, постановка и научное осмысление проблемы кадрового обеспечения медицинских организаций указывают на определенные сдвиги, происходящие в оценке роли врача и высококвалифицированного среднего медицинского персонала. Именно от обеспеченности учреждений здравоохранения кадрами зависят доступность и качество оказания медицинской помощи населению. Проблемы оказания медицинской помощи решаются прежде всего путем увеличения числа рабочих мест, а вопросы рационального использования врачебных кадров остаются на втором плане. Врач постепенно должен становиться дорогим ресурсом. Поэтому курс на повышение зарплаты врача необходимо сопровождать мерами по повышению эффективности его труда.

Исследование выполнено в рамках государственного задания Института социально-экономических исследований Уфимского федерального исследовательского центра РАН на 2019 г.

Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

ЛИТЕРАТУРА

- Щепин В. О., Расторгуева Т. И., Чичерин Л. П., Тельнова Е. А., Проклова Т. Н., Миргородская О. В., Карпова О. Б., Полозова О. В., Михальская Е. В. Государственная и муниципальная системы здравоохранения Российской Федерации в 2013 году: обеспеченность основными ресурсами, объемы и показатели деятельности, региональные особенности. *История науки и техники*. 2014;(11):48—62.
- Садьков Р. М., Мигунова Ю. В. Угрозы на региональном рынке труда и проблемы занятости населения. *Региональная экономика: теория и практика*. 2016;3(426):156—68.
- Доклад о состоянии здоровья населения и организации здравоохранения по итогам деятельности органов исполнительной власти субъектов Российской Федерации за 2014 г. URL: <https://www.rosminzdrav.ru/ministry/programms/doklad-o-sostoyanii-zdorovya-naseleniya-i-organizatsii-zdravooxraneniya-po-itogam-deyatelnosti-organov-ispolnitelnoy-vlasti-sub-ektov-rossiyskoy-federatsii-za-2014-god> (дата обращения 25.05.2017).
- Регионы России. Социально-экономические показатели. 2016: Статистический сборник. М.: Росстат; 2016.
- Шейман И. М., Шевский В. И. Кадровая политика в здравоохранении: сравнительный анализ российской и международной практики. *Вопросы государственного и муниципального управления*. 2015;(1):143—67.
- Мигунова Ю. В. Социальная устойчивость в сфере здравоохранения: критерии, риски и угрозы. *Известия Уфимского научного центра РАН*. 2016;(3):90—6.
- Здравоохранение в России. 2015: Статистический сборник. М.: Росстат; 2015.
- Вишневский А. Г., Кузьминов Я. И., Шевский В. И. Российское здравоохранение: как выйти из кризиса. Доклад Государственного университета. М.; 2006.

Образование и кадры

9. Улумбекова Г. Э. Здравоохранение России. Что надо делать. Научное обоснование «Стратегии развития здравоохранения РФ до 2020 года». М.: ГЭОТАР-Медиа; 2010.
 10. Щепин О. П. О развитии здравоохранения Российской Федерации. *Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины*. 2013;(5):3—7.
 11. Шейман И. М., Шишкин С. В. Российское здравоохранение: новые вызовы и новые задачи. *Менеджер здравоохранения*. 2009;(6):7—19.
 12. Банин С. А. Здравоохранение России: вопросы финансирования и пути решения. *Вестник Томского государственного университета*. 2012;3(19):112—7.
 13. Шабунова А. А. Здоровье населения в России: состояние и динамика. Вологда: ИСЭРТ РАН; 2010.
 14. Гаврикова А. В. Демографические процессы Республики Башкортостан в контексте проблемы устойчивости территориальных образований. *Современные проблемы науки и образования*. 2015;(1—2):271.
 15. Садиков Р. М. Проблемы занятости и организация труда на селе в современных условиях. *Фундаментальные исследования*. 2015;(2—3):621—4.
- Поступила 01.06.2017
Принята в печать 10.10.2017
- REFERENCES
1. Schepin V. O., Rastorguyeva T. I., Chicherin L. P., Telnova E. A., Proklova T. N., Mirgorodskaya O. V., Karpov O. B., Polozova O. V., Mikhalskaya E. V. State and municipal health care system of the Russian Federation in 2013 year: provision of basic resources, the volumes and performance measures, regional features. *Istorija nauki i tehniki*. 2014;(11):48—62 (in Russian).
 2. Sadykov R. M., Migunova J. V. Threats in the regional labor market and employment problems. *Regional'naja jekonomika: teorija i praktika*. 2016;3(426):156—68 (in Russian).
 3. Report on the state of health of the population and the organization of public health services on the basis of the activities of the executive authorities of the constituent entities of the Russian Federation for 2014 year [*Doklad o sostojanii zdorov'ja naselenija i organizacii zdavoohranenija po itogam dejatel'nosti organov ispolnitel'noj vlasti sub'ektov Rossijskoj Federacii za 2014 g.*]. Available at: <https://www.rosminzdrav.ru/ministry/programmms/doklad-o-sostoyanii-zdorovya-naseleniya-i-organizatsii-zdravoohraneniya-po-itogam-deyatelnosti-organov-ispolnitelnoj-vlasti-sub-ektov-rossijskoj-federatsii-za-2014-god> (accessed 25 May 2017) (in Russian).
 4. Regions of Russia. Socio-economic indicators. 2016: Statistical yearbook [*Regiony Rossii. Social'no-jekonomicheskie pokazateli. 2016: Statisticheskij sbornik*]. Moscow; 2016 (in Russian).
 5. Sheiman I. M., Shevsky V. I. Personnel policy in health care: a comparative analysis of Russian and international practice. *Voprosy gosudarstvennogo i municipal'nogo upravlenija*. 2015;(1):143—67 (in Russian).
 6. Migunova J. V. Social sustainability in the health sector: the criteria, risks and threats. *Izvestija Ufimskogo nauchnogo centra RAN*. 2016;(3):90—6 (in Russian).
 7. Healthcare in Russia. 2015: Statistical yearbook [*Zdravoohranenie v Rossii. 2015: Statisticheskij sbornik*]. Moscow; 2015 (in Russian).
 8. Vishnevsky A. G., Kuzminov Ya. I., Shevsky V. I. Russian health care: how to overcome the crisis [*Rossijskoe zdavoohranenie: kak vyjti iz krizisa. Doklad Gosudarstvennogo universiteta*]. Moscow; 2006 (in Russian).
 9. Ulumbekova G. E. Health care in Russia. What to do. Scientific substantiation «Health care development strategies of the Russian Federation until 2020» [*Zdravoohranenie Rossii. Chto nado delat'. Nauchnoe obosnovanie «Strategii razvitija zdavoohranenija RF do 2020 goda»*]. Moscow: GEOTAR-Media; 2010 (in Russian).
 10. Schepin O. P. About development of public health services of the Russian Federation. *Problemy social'noj gigieny, zdavoohranenija i istorii mediciny*. 2013;(5):3—7 (in Russian).
 11. Sheiman I. M., Shishkin S. V. Russian health care: new challenges and new problems. *Menedzher zdavoohranenija*. 2009;(6):7—19 (in Russian).
 12. Banin S. A. Health care in Russia: financing issues and ways of decision. *Vestnik Tomskogo gosudarstvennogo universiteta*. 2012;3(19):112—7 (in Russian).
 13. Shabunova A. A. Health of the population in Russia: state and dynamics. [*Zdorov'e naselenija v Rossii: sostojanie i dinamika*]. Вологда: ИСЭРТ РАН; 2010 (in Russian).
 14. Gavrikova A. V. Demographic processes of the Republic of Bashkortostan in the context of the problem of the stability of territorial entities. *Sovremennye problemy nauki i obrazovanija*. 2015;(1—2):271 (in Russian).
 15. Sadykov R. M. Problems of employment and labor organization in rural areas in modern conditions. *Fundamental'nye issledovanija*. 2015;(2—3):621—4 (in Russian).

Сибурин Т. А.¹, Волнухин А. В.², Резе А. Г.²**ВНУТРИОРГАНИЗАЦИОННОЕ ОБУЧЕНИЕ В АМБУЛАТОРНО-ПОЛИКЛИНИЧЕСКИХ ОРГАНИЗАЦИЯХ**¹ФГБУ «Центральный научно-исследовательский институт организации и информатизации здравоохранения» Минздрава России, 127254, г. Москва;²ФГАОУ ВО «Первый Московский государственный медицинский университет им. И. М. Сеченова» Минздрава России (Сеченовский Университет), 119991, г. Москва

Внутриорганизационное обучение может быть эффективным дополнением современной системы непрерывного медицинского образования.

Цель исследования — теоретически обосновать и разработать внутриорганизационную систему непрерывного профессионального развития медицинских работников, внедрить внутриорганизационную систему непрерывного профессионального развития медицинского персонала в работу медицинских организаций, оказывающих медицинскую помощь в амбулаторных условиях, и оценить ее эффективность.

Исследование проводилось на базе трех негосударственных медицинских организаций г. Москвы, оказывающих медицинскую помощь в амбулаторных условиях. Две из них имели сетевую организационную структуру, одна была представлена единственной медицинской организацией. В исследовании были использованы: организационный эксперимент, методы экспертных оценок, социологический, тестовый контроль, аналитический и статистический.

Разработана и апробирована система непрерывного профессионального развития медицинского персонала, включающая три уровня: «Адаптация», «Коррекция» и «Развитие». Система непрерывного профессионального развития включает внутриорганизационный учебный центр, внутриорганизационную систему дистанционного обучения, форму долгосрочного сотрудничества с образовательной организацией, использование целевых образовательных программ, направленных на коррекцию дефицита знаний и умений и приобретение медицинским персоналом новых профессиональных компетенций.

Внутриорганизационная система непрерывного профессионального развития может служить дополнением к современной форме непрерывного медицинского образования. Она может использоваться в государственных и негосударственных медицинских организациях.

Доказано положительное влияние внутриорганизационного обучения на уровень профессиональной квалификации, рост удовлетворенности медицинского персонала и повышение качества медицинской помощи.

К л ю ч е в ы е с л о в а : непрерывное профессиональное развитие; непрерывное медицинское образование; внутриорганизационное обучение; медицинский персонал.

Для цитирования: Сибурин Т. А., Волнухин А. В., Резе А. Г. Внутриорганизационное обучение в амбулаторно-поликлинических организациях. Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. 2019;27(2): 182—186. DOI: <http://dx.doi.org/10.32687/0869-866X-2019-27-2-182-186>

Для корреспонденции: Волнухин Артем Витальевич, канд. мед. наук, доцент кафедры общей врачебной практики Института профессионального образования ФГАОУ ВО «Первый Московский государственный медицинский университет им. И. М. Сеченова» Минздрава России (Сеченовский Университет), e-mail: Volnuhin81@gmail.com

Siburina T. A.¹, Volnuhin A. V.², Reze A. G.²**THE INTRAORGANIZATIONAL TRAINING IN AMBULATORY POLYCLINIC ORGANIZATIONS**¹The Federal State Budget Institution “The Central Research Institute for Health Organization and Informatics” of Minzdrav of Russia, 127254, Moscow, Russia;²The Federal State Autonomous Educational Institution of Higher Education “The I. M. Sechenov First Moscow State Medical University” of Minzdrav of Russia, 119991, Moscow, Russia

The intraorganizational training can be an efficient addition to modern system of continuous medical education. The purpose of study is to theoretically substantiate and to develop an intraorganizational system of continuous professional education of medical personnel, to implement intraorganizational system of continuous professional education of medical personnel into medical organizations providing out-patient medical care and to assess its efficiency. The study was organized at the base of three non-state medical organizations of Moscow providing out-patient medical care. Two out of them had net organizational structure, one was represented by single medical organization. The study implemented such research methods as organizational experiment, expertise, sociological survey, test control, analytical and statistical methods.

The system of continuous professional education of medical personnel including “Adaptation”, “Correction” and “Development” levels was developed and tested. The system of continuous professional education of medical personnel comprises intraorganizational training center, intraorganizational system of remote training, form of long-term cooperation with educational organization, application of target training programs focused on adjustment of deficiency of knowledge and skills and acquirement of new professional competences by medical personnel.

The intraorganizational system of continuous professional education of medical personnel can be used as an addition to modern form of continuous medical education. It can be used in state and non-state medical organizations. The study proved positive effect of intraorganizational training on the level of professional qualification, increase of satisfaction of medical personnel and increase of quality of medical care.

Key words: continuous professional education; continuous medical training; intraorganizational training; medical personnel.

For citation: Siburina T. A., Volnuhin A. V., Reze A. G. The intraorganizational training in ambulatory polyclinic organizations. *Problemi socialnoi gigieny, zdravookhraneniya i istorii meditsiny*. 2019;27(2):182—186 (In Russ.). DOI: <http://dx.doi.org/10.32687/0869-866X-2019-27-2-182-186>

For correspondence: Volnuhin A. V., candidate of medical sciences, associate professor of the Chair of General Medical Practice of the Federal State Autonomous Educational Institution of Higher Education “The I. M. Sechenov First Moscow State Medical University”. e-mail: Volnuhin81@gmail.com

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

Acknowledgment. The study had no sponsor support

Received 09.02.2018
Accepted 01.03.2018

Опубликовано достаточное количество работ, демонстрирующих высокую значимость профессионального и личностного развития медицинского персонала, а также непрерывности этого процесса для повышения качества медицинской помощи [1—5]. В Российской Федерации непрерывное профессиональное развитие медицинского персонала реализуется в рамках дополнительного профессионального образования (ДПО)¹. С 2016 г. начался переход от традиционной формы ДПО к системе непрерывного медицинского образования (НМО). Учитывая происходящие в здравоохранении процессы интеграции, сопровождающиеся формированием медицинских сетей, все более актуализируется возможность создания внутриорганизационных систем непрерывного профессионального развития (НПР). При этом возможно два направления взаимодействия медицинских и образовательных организаций — в рамках формальной и неформальной форм обучения. Формальное обучение заключается в реализации программ НМО. Неформальное обучение состоит в адаптации полученных в образовательных организациях знаний, умений и навыков (ЗУН) к конкретным условиям медицинской организации, в приобретении специализированных ЗУН, необходимых для реализации производственных задач, карьерного роста сотрудника с учетом перспектив развития организации. Это может способствовать повышению профессионального уровня медицинских кадров, формированию инновационной активности и повышению удовлетворенности трудом [6]. Отечественная и зарубежная практика, достаточно широко представленная в научных публикациях, убедительно свидетельствует о целесообразности развития и эффективности внутриорганизационного обучения [7—10].

Цель исследования — теоретически обосновать и разработать внутриорганизационную систему НПР медицинских работников, внедрить внутриорганизационную систему НПР медицинского персонала в работу медицинских организаций, оказывающих медицинскую помощь в амбулаторных условиях, и оценить ее эффективность.

Материалы и методы

Исследование проводилось на базе трех негосударственных медицинских организаций г. Москвы,

оказывающих медицинскую помощь в амбулаторных условиях. Две из них имели сетевую организационную структуру (Сеть 1 и Сеть 2), одна была представлена единственной медицинской организацией (Медицинский центр). В исследовании были использованы организационный эксперимент, методы экспертных оценок, социологический, тестовый контроль, аналитический и статистический.

Организационный эксперимент проводился в 2010—2017 гг. и включал несколько этапов:

- анализ данных литературы с целью выявления современных тенденций развития и возможностей НПР медицинского персонала, изучение основных принципов организации НПР, форм и методов обучения, используемых ресурсов;
- разработку трехуровневой системы НПР медицинского персонала;
- внедрение базовых элементов трехуровневой системы НПР медицинского персонала и оценку их эффективности;
- формулирование предложений по дальнейшему развитию и совершенствованию трехуровневой системы НПР медицинского персонала.

Метод экспертных оценок. Экспертная оценка проводилась выборочным методом. В Сети 1 был проведен анализ качества медицинской помощи (КМП) всех законченных случаев обращения за четыре временных среза, составляющих одну неделю в каждый сезон года. В Сети 2 и Медицинском центре для анализа были отобраны законченные случаи обращения в течение 1 мес. В Сети 2 оценивалось влияние обучения на частоту использования врачами новых методов лечения. В Медицинском центре целью экспертизы было сравнение частоты выявления врачами до и после обучения факторов риска сердечно-сосудистых и онкологических заболеваний и значений необходимых профилактических мероприятий.

Тестовый контроль проводился до и после обучения сплошным методом. В Сети 1 для этого использовалась внутриорганизационная система дистанционного обучения (СДО), интегрированная во внутреннюю информационную сеть. В Сети 2 и Медицинском центре тестовые задания раздавались врачам на бумажных носителях.

Социологический метод. С целью оценки удовлетворенности врачей внутриорганизационным обучением проводилось анкетирование всех участников эксперимента.

Аналитический метод был применен для анализа и обобщения данных литературы, результатов собственных исследований и разработки предложений.

Статистический метод. При обработке результатов исследования были использованы расчет относительных и средних величин, графоаналитический метод. Сравнение относительных величин про-

¹ Федеральный закон от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» (с изм. от 29.07.2017); Федеральный закон от 29.12.2012 № 273-ФЗ «Об образовании в Российской Федерации» (с изм. от 29.07.2017); приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 03.08.2012 № 66н «Об утверждении Порядка и сроков совершенствования медицинскими работниками и фармацевтическими работниками профессиональных знаний и навыков путем обучения по дополнительным профессиональным образовательным программам в образовательных и научных организациях».

водилось с помощью ω -критерия, результаты считались достоверными при $p < 0,05$.

Результаты исследования

Трехуровневая система непрерывного профессионального развития медицинского персонала. С целью реализации НПП медицинского персонала в медицинской организации нами была разработана трехуровневая система НПП, включающая уровни «Адаптация» (1-й уровень), «Коррекция» (2-й уровень) и «Развитие» (3-й уровень). Целью обучения на уровне «Адаптация» является создание оптимальных условий для максимальной реализации профессионально-квалификационного потенциала медицинского персонала в конкретных условиях труда: на уровне «Коррекция» — устранение дефицита ЗУН и повышение профессионально-квалификационного потенциала медицинских работников, на уровне «Развитие» — повышение профессионально-квалификационного потенциала медицинского персонала в целях непрерывного улучшения КМП и инновационного развития.

К основным внутренним ресурсам медицинской организации, которые могут использоваться в НПП медицинского персонала, относятся внутриорганизационный учебный центр (УЦ; для крупных интегрированных организационных структур), при наличии внутренней информационной системы (интранет) — внутриорганизационная система дистанционного обучения (СДО), обучающий потенциал сотрудников медицинской организации, материально-техническая база медицинской организации.

Внешние возможности медицинской организации для обучения медицинского персонала включают привлечение преподавателей образовательных организаций на договорной основе. Но особенно эффективно долгосрочное сотрудничество медицинской и образовательной организаций осуществляется в рамках длительно действующего многостороннего стратегического альянса.

Оценка эффективности внутриорганизационной системы непрерывного профессионального развития медицинского персонала. На базе Сети 1 был развернут внутриорганизационный УЦ с собственным штатом, включающим руководителя, преподавателя и методиста, соответствующей материально-технической базой — учебными аудиториями, компьютерным классом, мультимедиа-аппаратурой. Во внутреннюю информационную систему была интегрирована СДО. Между Сетью 1 и кафедрой общей врачебной практики Первого МГМУ им. И. М. Сеченова был заключен договор о сотрудничестве. Преподаватели кафедры участвовали в определении образовательных потребностей, подготовке обучающих материалов и тестовых заданий, а также оценке результатов обучения.

Обучение медицинского персонала Сети 2 и Медицинского центра также проходило при содействии преподавателей кафедры общей врачебной практики. Ввиду отсутствия технических возможно-

стей обучающие материалы и тестовые задания были подготовлены на бумажных носителях.

В ходе организационного эксперимента внутриорганизационное обучение врачей, преимущественно терапевтов и врачей общей практики (ВОП), проводилось на уровнях «Коррекция» и «Развитие».

Обучение на уровне «Коррекция». Проведенная в Сети 1 внутриорганизационная аттестация с использованием СДО, в которой приняли участие 47 ВОП и терапевтов, продемонстрировала в целом недостаточный исходный уровень знаний: средний балл составил $6,3 \pm 1$ из 10 возможных. Получили неудовлетворительные оценки при ответах на тестовые вопросы 77,6%. Проведенная параллельно экспертная оценка 1070 законченных случаев обращения к ВОП и терапевтам показала, что основная доля (85,3%) дефектов КМП связаны с диагностикой и назначаемым обследованием. На основании внутриорганизационной аттестации и экспертной оценки был определен перечень наиболее проблемных областей знаний, требующих первоочередной коррекции. Для коррекции знаний было подготовлено 49 учебных модулей, включающих теоретическую часть и тестовые задания, которые были размещены в СДО и предоставлены врачам для самообучения. По итогам обучения средний балл увеличился и составил $8,7 \pm 1,7$, а удельный вес отличных и хороших оценок вырос до 69,6%, что свидетельствует о его результативности.

При этом получены положительные результаты по экономии рабочего времени, затраченного врачами на обучение. Наличие в СДО возможности вывода информации на печать позволило изучать обучающие материалы в свободное от работы время, а тестовые задания решать на рабочем месте (в перерывах между приемом пациентов, до начала или после рабочей смены). В итоге время, затраченное на решение тестовых заданий, составило в среднем $12,6 \pm 25,1$ мин, что не превышает 3,5% от общего рабочего времени врача в смену.

В Медицинском центре в обучении приняли участие врачи таких специальностей, как ВОП, терапевт, кардиолог, невролог, офтальмолог и акушер-гинеколог. При определении исходного уровня знаний в области факторов риска сердечно-сосудистых и онкологических заболеваний частота верных ответов составила только $43,8 \pm 14\%$. Экспертиза 35 законченных случаев обращения показала частоту выявления имеющихся факторов риска только в $65,7 \pm 15,7\%$, а назначение необходимых профилактических мероприятий — в $45,5 \pm 29,4\%$ случаев.

После проведенного внутриорганизационного обучения (самостоятельное изучение предоставленных обучающих материалов) частота верных ответов увеличилась с $43,8 \pm 14$ до $64,6 \pm 14\%$, а неверных снизилась с $16,7 \pm 10,5$ до $2,1 \pm 14\%$.

Повторная экспертиза 35 законченных случаев обращения продемонстрировала положительную динамику частоты выявления факторов риска: увеличение с $65,7 \pm 15,7$ до $83,3 \pm 14,9\%$.

У врачей, прошедших обучение, показатель вырос на 17,6% по сравнению с исходным уровнем и

Образование и кадры

превысил его значение у не прошедших обучение специалистов на 46,9%. При выявлении факторов риска обучавшимися врачами в 87,5±22,9% случаев были назначены профилактические мероприятия, что на 42% чаще, чем до обучения.

Высокие оценки врачей получило и само внутриорганизационное обучение —средний балл составил 4,1±0,4 из 5 возможных.

Обучение на уровне «Развитие». Для обучения ВОП и терапевтов на уровне «Развитие» в Сети 1 были организованы лекции, проводившиеся во внутриорганизационном УЦ преподавателями образовательных организаций. Анализ 120 парных результатов тестовых заданий (входной и выходной тестовой контроль, пройденный каждым врачом) свидетельствует об эффективности проведенного обучения. Средний балл увеличился с 6,3±2 до 7,7±1,8. Частота отличных и хороших оценок после обучения стала статистически значимо выше исходной: 23,1±7,5% против 7,4±4,7% ($p<0,001$) и 23,1±7,5% против 13,2±6% ($p<0,02$) соответственно. Частота неудовлетворительных оценок статистически достоверно снизилась с 63,6±8,6 до 29,8±8,2% ($p<0,001$).

На рабочих местах врачи проходили только выходной тестовый контроль. Среднее время, затраченное на него, составило 11,5±1,8 мин, т. е. он не требовал значительных временных затрат и не нанес существенного ущерба производственному процессу.

В Сети 2 внутриорганизационное обучение на уровне «Развитие» проводилось с целью внедрения новых подходов к лечению пациентов. С участием сотрудников кафедры общей врачебной практики были разработаны обучающие материалы, тестовые задания для контроля результатов обучения, карты экспертной оценки, а также анкеты для оценки мнения медицинского персонала. Врачи получили обучающие материалы для самоподготовки, на которую было отведено 2 нед.

В организационном эксперименте приняли участие врачи следующих специальностей: терапевт, физиотерапевт, акушер-гинеколог, уролог, хирург, педиатр, невролог. Результаты тестирования свидетельствуют о высоком уровне освоения теоретического материала врачами: 76,7% правильных ответов при отсутствии неправильных.

Врачи высоко оценили внутриорганизационное обучение, суммарный средний балл составил 4,4±0,9. В 100% случаев была отмечена целесообразность подобной формы обучения как дополнения к ДПО, осуществляемому на базе лицензированных образовательных организаций.

Анализ 45 законченных случаев обращения продемонстрировал рост частоты использования новых подходов к лечению на 20%.

Обсуждение

В ходе проведенного исследования была доказана эффективность использования трехуровневой системы НПР с целью внутриорганизационного обуче-

ния медицинского персонала без отрыва от производства. Обучение на уровнях «Коррекция» и «Развитие» внутриорганизационной системы НПР может служить дополнением к современной форме НМО, отношение к которому среди медицинских работников неоднозначно. Внутриорганизационное обучение позволяет адаптировать полученные в образовательных организациях ЗУН к конкретным условиям труда, а также проводить обучение дополнительным ЗУН, необходимым для реализации стратегий развития медицинской организации и повышения КМП.

Важно отметить, что система НПР, апробированная в условиях медицинских организаций, оказывающих медицинскую помощь в амбулаторных условиях, может использоваться и в государственных медицинских организациях. Этому способствуют последние тенденции развития здравоохранения, характеризующиеся сближением его государственного и негосударственного секторов.

Выводы

1. Внутриорганизационное обучение медицинского персонала на базе медицинской организации может быть эффективным дополнением к ДПО, реализуемому образовательными организациями.

2. Внутриорганизационное обучение может осуществляться с использованием внутренних ресурсов и с привлечением внешних преподавателей.

3. В крупных медицинских организациях при наличии соответствующих технических возможностей целесообразно располагать внутриорганизационным учебным центром, информационной системой с широким комплексом возможностей, в том числе для дистанционного обучения.

4. Результаты исследования свидетельствуют о положительном влиянии внутриорганизационного обучения на уровень профессиональных знаний, удовлетворенность медицинского персонала, экономию рабочего времени, а также качество медицинской помощи.

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

ЛИТЕРАТУРА

1. Назаренко М. А. Технологии управления развитием персонала в диссертационных исследованиях. *Успехи современного естествознания*. 2013;(6):160—2.
2. Петропавлова Г. П., Петров К. В. Обеспечение роста качества медицинских услуг на основе совершенствования системы антикризисного управления стоматологической поликлиникой. *Научный журнал НИУ ИТМО. Серия «Экономика и экологический менеджмент»*. 2015;(2):224—33.
3. Жабин А. П., Волкодавова Е. В., Шарикова Ю. В. Оценка готовности менеджмента медицинских учреждений к работе в условиях новых социально-экономических вызовов. *Вестник Самарского государственного экономического университета*. 2016;7(141):77—83.
4. Репринцева Е. В. Направления повышения эффективности деятельности медицинской организации. *Международный журнал прикладных и фундаментальных исследований*. 2017;2(2):254—7.
5. Nauwa Lamino Abubakar. An Evaluation of a Company's Resources and Capabilities; Achieving and Sustaining Competitive Advantage in Nigerian firms. *J Manag Res Devel*. 2011;2(1):45—59.

6. Волнухин А. В. Внутренние возможности для непрерывного профессионального развития медицинского персонала в сети негосударственных поликлиник. *Врач*. 2016;(4):85—8.
 7. Непогодина А. Н. Практика применения компетентностного подхода для оценки качества внутрифирменного обучения персонала. *Образование и наука*. 2008;4(52):43—59.
 8. Кравец А. Г., Гуртяков А. С. Виртуальные средства обучения в корпоративных системах дистанционного образования. *Известия Волгоградского государственного технического университета. Серия «Актуальные проблемы управления, вычислительной техники и информатики в технических системах»*. 2012;4(91):103—7.
 9. Bloom B. S. Effects of continuing medical education on improving physician clinical care and patient health: A review of systematic reviews. *Int J Technol Assess Health Care*. 2005;21:380—5.
 10. Lown B.A, McIntosh S., Gaines M. E. Integrating Compassionate, Collaborative Care (the «Triple C») Into Health Professional Education to Advance the Triple Aim of Health Care. *Acad Med*. 2016;91(3):310—6.
- Поступила 09.02.2018
Принята в печать 01.03.2018
- REFERENCES
1. Nazarenko M. A. Technologies of personnel development management in dissertational research. *Uspehi sovremennogo estestvoznaniya*. 2013;(6):160—2 (in Russian).
 2. Petropavlova G. P., Petrov K. V. Maintenance of growth of quality of medical services on the basis of perfection of system of anti-recessionary management of a stomatologic polyclinic. Series «Economics and environmental management». *Nauchnyi zhurnal NIU ITMO*. 2015;(2):224—33 (in Russian).
 3. Zhabin A. P., Volkodavova E. V., Sharikova Yu. V. Assessment of readiness of management of medical institutions to work in conditions of new social and economic challenges. *Vestnik Samarskogo gosudarstvennogo ekonomicheskogo universiteta*. 2016;7(141):77—83 (in Russian).
 4. Reprintseva E. V. Directions of increasing the efficiency of the medical organization's activity. *Mezhdunarodnyi zhurnal prikladnykh i fundamentalnykh issledovaniy*. 2017;2(2):254—7 (in Russian).
 5. Hauwa Lamino Abubakar. An Evaluation of a Company's Resources and Capabilities; Achieving and Sustaining Competitive Advantage in Nigerian firms. *J Manag Res Devel*. 2011;2(1):45—59.
 6. Volnukhin A. V. Internal opportunities for continuous professional development of medical personnel in the network of non-state polyclinics. *Vrach*. 2016;(4):85—8 (in Russian).
 7. Nepogodina A. N. The practice of applying a competence approach to assess the quality of in-house training of personnel. *Obrazovanie i nauka*. 2008;4(52):43—59 (in Russian).
 8. Kravets A. G., Gurtyakov A. S. Virtual Learning Tools in Corporate Systems of Distance Education. *Izvestiya Volgogradskogo gosudarstvennogo tehnikeskogo universiteta*. 2012;4(91):103—7 (in Russian).
 9. Bloom B. S. Effects of continuing medical education on improving physician clinical care and patient health: A review of systematic reviews. *Int J Technol Assess Health Care*. 2005;21:380—5.
 10. Lown B. A., McIntosh S., Gaines M. E. Integrating Compassionate, Collaborative Care (the «Triple C») Into Health Professional Education to Advance the Triple Aim of Health Care. *Acad Med*. 2016;91(3):310—6.

Масякин А. В.

МОДЕРНИЗАЦИЯ КАДРОВОГО ОБЕСПЕЧЕНИЯ ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ СЛУЖБЫ г. МОСКВЫ В 2010—2017 гг.

ГБУЗ «Психиатрическая клиническая больница № 1 им. Н. А. Алексеева» Департамента здравоохранения г. Москвы, 117152, г. Москва

Реорганизация психиатрической службы г. Москвы заключалась в сокращении избыточного стационарного и развитии амбулаторного звеньев. На первом этапе преобразований (2010—2016) психоневрологические диспансеры были присоединены к психиатрическим больницам, часть коечного фонда сокращена либо перепрофилирована. На втором этапе (2017) проводилась реорганизация стационарной сети: дальнейшее сокращение коечного фонда и объединение психиатрических больниц. Третий этап (2017—2020) предполагает развитие амбулаторной помощи.

Целью исследования стало определение обеспеченности кадровыми ресурсами психиатрических учреждений г. Москвы, анализ динамики кадровых ресурсов в период проведения реформ.

Исследование является сплошным ретроспективным исследованием кадрового состава психиатрической службы г. Москвы в 2008—2017 гг.

В 2008—2017 гг. число занятых должностей участковых психиатров снизилось с 0,28 до 0,25 в расчете на 10 тыс. населения. В Российской Федерации (РФ) обеспеченность участковыми психиатрами в 2017 г. составила 0,23 на 10 тыс. населения.

Обеспеченность населения психиатрами в 2017 г. составила в Москве 1,15, в РФ — 0,83 на 10 тыс. населения. В 2015—2017 гг. возросли количество и укомплектованность амбулаторных ставок в психиатрических учреждениях г. Москвы. Укомплектованность врачебных ставок в 2017 г. в амбулаториях составила 63,5—77%.

В Москве общее число посещений в расчете на 1 участкового врача-психиатра за 2008—2017 гг. возросло на 36,5% для взрослых, на 140,5% для подростков, на 5,3% для детей.

Доля врачей-психиатров, имеющих квалификационную категорию, снижалась с 2010 по 2017 г. и в 2017 г. составила в Москве 40,4%, в РФ — 50,9%.

К л ю ч е в ы е с л о в а : организация здравоохранения; общественно-ориентированная психиатрия.

Для цитирования: Масякин А. В. Модернизация кадрового обеспечения психиатрической службы г. Москвы в 2010—2017 гг. Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. 2019;27(2):187—191. DOI: <http://dx.doi.org/10.32687/0869-866X-2019-27-2-187-191>

Для корреспонденции: Масякин Антон Валерьевич, канд. мед. наук, зам. главного врача по медицинской части ГБУЗ «Психиатрическая клиническая больница № 1 им. Н. А. Алексеева ДЗМ», доцент кафедры психиатрии, наркологии и психотерапии ФПК РУДН, e-mail: masyakinanton@yandex.ru

Masiakin A. V.

THE MODERNIZATION OF PERSONNEL SUPPORT OF THE MOSCOW PSYCHIATRIC SERVICE IN 2010—2017

The State Budget Institution of Health Care “The N. A. Alekseev Psychiatric Clinical Hospital № 1” of the Moscow Health Care Department, 117152, Moscow, Russia

The modernization of the Moscow psychiatric service consisted in reduction of hospital service and development of out-patient service. The first stage of modernization (2010—2016) the psycho-neurological dispensaries were joined to psychiatric hospitals and bed stock was reduced or restructured for different function. The second stage of modernization (2017) consisted in such modernization of hospital network as further reducing of bed stock and unification of psychiatric hospitals. The third stage (2017—2020) presupposes development of out-patient care. The purpose of study was establishing provision of personnel resources of Moscow psychiatric institutions and analysis of dynamics of personnel resources during modernization period. The study is a continuous retrospective analysis of personnel of Moscow psychiatric service in 2008—2017. In this period number of occupied job positions of district psychiatrists decreased from 0.28 to 0.25 per 10 000 of population. In the Russian Federation provision with district psychiatrists made up to 0.23 per 10 000 of population in 2017. In 2027, the provision with psychiatrists of population made up to 1.15 in Moscow and 0.83 in the Russian Federation per 10 000 of population. In 2015—2017, in Moscow, quantity and staffing of out-patient job positions in Moscow psychiatric institutions increased. In 2017, the staffing of job positions in out-patient institutions made up to 63.5%-77%. In 2008—2017, in Moscow, total number of visits per district psychiatrist increased up to 36.5% for adults and up to 140.5% for adolescents and up to 5.3% for children. The percentage of psychiatrists with qualification category decreased from 2007 to 2017 and in 2017 made up to 40.4% in Moscow and up to 50.9% in the Russian Federation.

К e y w o r d s : health care organization; public-oriented psychiatry.

For citation: Masiakin A. V. The modernization of personnel support of the Moscow psychiatric service in 2010—2017. *Problemy socialnoi gigieni, zdravookhraneniya i istorii meditsini*. 2019;27(2):187—191 (In Russ.). DOI: <http://dx.doi.org/10.32687/0869-866X-2019-27-2-187-191>

For correspondence: Masiakin A. V., candidate of medical sciences, the deputy head physician on medical section of the modernization of personnel support of the Moscow psychiatric service in 2010—2017 The State Budget Institution of Health Care “The N. A. Alekseev Psychiatric Clinical Hospital № 1”. e-mail: masyakinanton@yandex.ru

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

Acknowledgment. The study had no sponsor support

Received 09.10.2018
Accepted 29.11.2018

Основу оказания психиатрической помощи составляет соблюдение принципов общественно-ориентированной психиатрии [1—6]. Основные поло-

жения этой концепции были сформулированы в 2005—2013 гг. в международных документах: «Европейской декларации по охране психического здоро-

вья», «Комплексном плане действий в области психического здоровья на 2013—2020 гг.» и «Европейском плане действий по охране психического здоровья» [7—9].

Основными принципами общественно-ориентированной психиатрии являются: оказание комплексной специализированной психиатрической и социальной помощи на уровне первичного медико-санитарного звена, включение психиатрической помощи в общесоциальную сеть, мультидисциплинарный подход к оказанию психиатрической помощи, соблюдение прав лиц с психическими расстройствами.

Преобразования психиатрической службы г. Москвы с 2010 г. были направлены на оптимизацию избыточного стационарного звена. Реорганизация психиатрической службы проводилась в соответствии с Законом Российской Федерации от 02.07.1992 «О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании», согласно ст. 5 которого «Все лица, страдающие психическими расстройствами... имеют право на: ...психиатрическую помощь в наименее ограничительных условиях, по возможности по месту жительства» (Федеральный закон Российской Федерации от 02.07.1992 № 3185—1 (ред. от 03.07.2016) «О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании»).

До начала проведения реформ в составе службы состояло 16 психиатрических больниц (ПБ) и 24 психоневрологических диспансера (ПНД), имевших статус самостоятельных юридических лиц.

Первый этап преобразований (2010—2016) заключался в присоединении ПНД к ПБ, сокращении коечного фонда психиатрических учреждений, его перепрофилировании, передаче некоторых учреждений в ведомство Департамента труда и социальной защиты населения (ДТСЗН) — ПБ № 2 им. О. В. Кербикова, ПБ № 10. Были организованы территориальные психиатрические объединения (ТПО) — 6 ПБ, имеющих в составе филиалы — 21 ПНД. Данные изменения позволили сократить расходы на содержание административно-управленческого аппарата.

Количество психиатрических коек в Москве в 2010—2016 гг. было сокращено с 14 до 8,6 тыс. (на 39%), что производилось в основном за счет простаивающих коек и позволило найти ресурсы для расширения коечного фонда ДТСЗН, а также перераспределить финансирование в пользу развития амбулаторного звена психиатрической службы.

Второй этап (2017) включал реорганизацию стационарной сети: дальнейшее сокращение коечного фонда (простой которого в 2015 г. составлял от 5 до 75%), присоединение психиатрической клинической больницы (ПКБ) № 3 к ПКБ № 4, присоединение ПБ № 14 к ПКБ № 1, передачу ПКБ № 15 в ведомство ДТСЗН и передачу ПКБ № 12 в Научно-практический центр (НПЦ) им. Соловьева. Одновременно осуществлялось развитие амбулаторного звена психиатрической службы, увеличение мест для лиц с психическими заболеваниями в дневных стационарах.

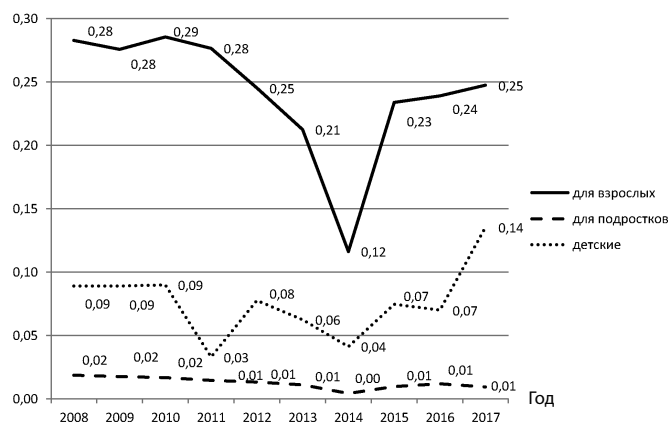


Рис. 1. Обеспеченность психиатрами, работавшими по участковому принципу, в г. Москве в 2008—2017 гг. (на 10 тыс. населения).

Третий этап, реализация которого началась в 2017 г. и продолжается в настоящее время, предполагает развитие существующих и открытие новых амбулаторных учреждений, имеющих диспансерные отделения, дневные стационары и медико-реабилитационные отделения.

Целью данного исследования являлось определение обеспеченности кадровыми ресурсами психиатрических учреждений г. Москвы, анализ динамики кадровых ресурсов в период проведения реформ.

Материалы и методы

Проведено сплошное ретроспективное исследование, осуществлен анализ кадрового состава психиатрической службы РФ в целом и г. Москвы в частности в период 2008—2017 гг.

Результаты исследования

В 2008—2017 гг. число занятых должностей психиатров, работающих по участковому принципу, снизилось с 316,25 в 2008 г. до 140,75 в 2014 г. и вновь возросло до 306,25 в 2017 г., в целом снизившись на 3,2%. Обеспеченность населения участковыми психиатрами на 10 тыс. населения снизилась за период наблюдения на 10,7% (рис. 1).

В РФ обеспеченность участковыми психиатрами на 10 тыс. населения в 2017 г. была ниже московской и составила 0,23.

Общее количество психиатров в Москве в 2017 г. составило 1427 человек, обеспеченность — 1,15 на 10 тыс. населения. Для РФ этот показатель был ниже и составил 0,83 на 10 тыс. населения.

Число врачей-психотерапевтов, осуществляющих диспансерное наблюдение и консультативно-лечебную помощь, в Москве в 2008—2017 гг. снизилось с 193 до 59,25 (на 69,3%); обеспеченность врачами-психотерапевтами, осуществляющими диспансерное наблюдение и консультативно-лечебную помощь, снизилась с 0,17 до 0,05 на 10 тыс. населения (на 70,6%).

За 2010—2017 гг. общее число психотерапевтов в Москве снизилось с 286 до 160, обеспеченность пси-

Образование и кадры

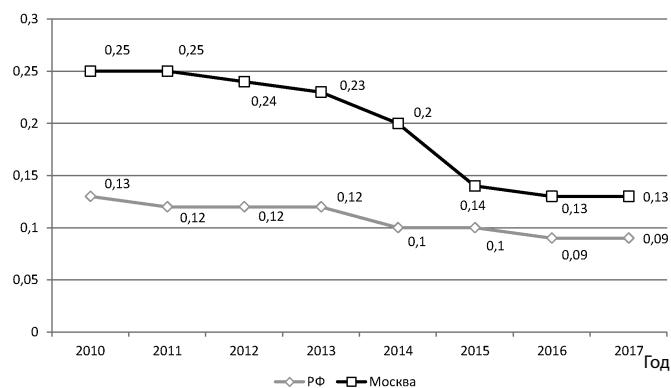


Рис. 2. Обеспеченность Москвы и РФ психотерапевтами (на 10 тыс. населения) в 2010—2017 гг.

хотерапевтами — с 0,25 до 0,13 на 10 тыс. населения, т. е. на 48%. В РФ в это время также отмечено снижение общего количества психотерапевтов (с 1800 до 1361) и обеспеченности психотерапевтами с 0,13 до 0,09 на 10 тыс. населения, т. е. на 30,8%. Однако в Москве обеспеченность населения психотерапевтами остается выше, чем в целом по России (рис. 2).

Второй этап преобразований был реализован в 2017 г., и динамика показателей здравоохранения за 2015—2017 гг. отражает его эффективность.

За 2015—2017 гг. возросло количество амбулаторных ставок в ПКБ № 1 относительно врачебного персонала, а также в ПКБ № 4 и № 13 относительно среднего и младшего медицинского персонала, распределение врачебных ресурсов стало более равномерным (табл. 1). Расширение амбулаторного звена осуществлялось параллельно сокращению ресурсов, выделяемых на избыточное стационарное звено (табл. 2).

В сравнении с 2015 г. укомплектованность врачебными ставками в амбулаториях возросла: в ПКБ № 1 с 71 до 77%, в ПКБ № 4 с 61 до 63,5%, в ПКБ № 13 с 66 до 87%, в ПНД № 22 с 71 до 77%. С 2015 по 2017 г. сни-

Таблица 1

Количество ставок медицинского персонала по категориям в различных амбулаторных учреждениях г. Москвы в 2015 и 2017 гг. (на 100 тыс. прикрепленного населения)

Учреждение	Количество врачебных ставок (психиатры и психотерапевты)		Количество ставок среднего медицинского персонала		Количество ставок младшего медицинского персонала	
	2015 г.	2017 г.	2015 г.	2017 г.	2015 г.	2017 г.
	ПНД № 22	17,6	6,94	31,4	13,14	16,2
ПКБ № 1	5,7	8,83	5,8	9,71	1,8	2,62
ПКБ № 4	6,3	6,33	6,0	7,2	1,6	2,04
ПБ № 13	6,2	4,57	7,9	6,7	3,2	—

зилась укомплектованность врачебных ставок в стационарах ПКБ № 1 (с 73 до 64%) и ПКБ № 4 (с 72 до 54%), возросла с 75 до 100% укомплектованность врачебных ставок ПБ № 13.

По данным Бюро медицинской статистики, Ф. 30, 2017 г., коэффициент совместительства для врачей-психиатров составляет от 1,07 в амбулатории ПНД № 22 до 1,75 в амбулатории ПБ № 13 и от 1,13 в стационаре ПКБ № 1 до 1,24 в стационаре ПКБ № 13. Это свидетельствует о сохраняющемся дефиците кадров в психиатрической службе. Также отмечен дефицит среднего медицинского персонала в амбулаторных учреждениях ПБ № 13 (табл. 3).

В Москве число посещений врача, включая посещения на дому, в расчете на одного врача-психиатра за 2008—2017 гг. возросло с 3311 до 4520,2 (на 36,5%) для взрослых пациентов, с 2689,3 до 6469 (на 140,5%) для подростков, с 2167 до 2282,6 (на 5,3%) для детей. Однако число посещений психотерапевтов за это же время снизилось с 1803,9 до 1096,7 (на 39,2%; табл. 4).

Доля врачей-психиатров, имеющих квалификационную категорию, составила в 2017 г. 40,4%, что ниже соответствующего показателя для России (50,9%). Практически по всем специальностям доля специалистов, имеющих квалификационную категорию, в 2010—2017 гг. снижалась (табл. 5).

Таблица 2

Количество ставок в круглосуточных стационарах по категориям в г. Москве в 2015 и 2017 гг. (на 100 тыс. прикрепленного населения)

Учреждение	Количество врачебных ставок (психиатры и психотерапевты)		Количество ставок среднего медицинского персонала		Количество ставок младшего медицинского персонала	
	2015 г.	2017 г.	2015 г.	2017 г.	2015 г.	2017 г.
ПКБ № 1	7,3	5,16	18,5	18,86	16,7	2,14
ПКБ № 4	6,2	4,47	17,8	12,75	26,5	19,6
ПБ № 13	6,9	2,14	20,0	9,00	29,2	0,61

Таблица 3

Коэффициент совместительства персонала ТПО в 2017 г. в г. Москва

Учреждение	Врачебный персонал		Средний медицинский персонал		Младший медицинский персонал	
	стационар	амбулатория	стационар	амбулатория	стационар	амбулатория
ПКБ № 1	1,13	1,16	1,07	1,11	1,13	1,19
ПКБ № 4	1,22	1,14	1,13	1,08	1,12	1,28
ПБ № 13	1,24	1,75	1,22	1,98	0,92	—
ПНД № 22	—	1,07	—	0,98	—	—

Таблица 4

Число посещений врачей в Москве в 2008—2017 гг. в расчете на одного врача, работающего по участковому принципу

Врач	2008 г.	2009 г.	2010 г.	2011 г.	2012 г.	2013 г.	2014 г.	2015 г.	2016 г.	2017 г.
Участковый врач-психиатр для взрослых	3311	3453	3545	3818	4673	5140	13430	5365	5051	4520
« « для подростков	2689	2785	2713	3127	3435	4337	15819	5260	4944	6469
« « для детей	2167	2199	2250	2371	2548	3153	7728	3858	4353	2283
Психотерапевт	1804	1692	1786	1981	1509	2160	4877	1477	817	1097

Таблица 5

Доля врачей, имеющих квалификационную категорию, в РФ и Москве в 2010—2017 гг. (в %)

Врач	2010 г.	2011 г.	2012 г.	2013 г.	2014 г.	2015 г.	2016 г.	2017 г.
РФ:								
психиатр (все население)	57,6	56,4	55,9	55,6	55,3	53,8	52,6	50,9
психотерапевт	44,9	44,6	44,8	44,8	44,8	44,4	44,6	42,3
Москва:								
психиатр (все население)	45,9	46,5	49,2	49,3	48,4	48,6	44	40,4
психотерапевт	26,2	24,2	26,4	31,7	26,4	30,4	25,9	23,1

Обсуждение

Стремительные изменения территориального устройства г. Москвы способствуют неравномерному распределению ресурсов психиатрической службы в черте города, делая необходимым проведение мероприятий по оптимизации ресурсов.

В 2008—2017 гг. число занятых должностей психиатров, работающих по участковому принципу, оставалось практически неизменным, снизившись на 3,2%. В период 2008—2014 гг. снижение было более выраженным, что могло быть связано с существовавшим дефицитом кадров, нараставшим вследствие большого процента работающих в психиатрической службе пенсионеров. В дальнейшем отмечалось увеличение количества участковых психиатров, а к 2017 г. дефицит кадров в первичном звене здравоохранения в психиатрии был сведен к минимуму. В РФ обеспеченность психиатрами была ниже соответствующего показателя для столицы, что свидетельствует о высокой обеспеченности кадрами психиатрической службы г. Москвы.

Выраженное снижение количества психотерапевтов, отмечавшееся в г. Москве в 2010—2017 гг., может быть связано с тем, что часть должностей стали занимать врачи-психиатры, работающие в психиатрических учреждениях психотерапевтами по совместительству.

В 2015—2017 гг. в Московской психиатрической службе осуществлялся второй этап реформ, заключающийся в расширении амбулаторного звена. За этот период возросло количество амбулаторных ставок, распределение врачебных ресурсов между различными ТПО стало более равномерным, возросла укомплектованность врачебных ставок в амбулаториях.

В Москве за 2008—2017 гг. возросло общее число посещений врачей-психиатров, работающих по участковому принципу, включая посещения на дому, в расчете на 1 врача-психиатра, что говорит о положительной динамике и расширении объемов амбулаторной помощи.

Однако о необходимости дальнейших преобразований говорит превышение рекомендованных предельных значений коэффициента совместительства врачебного и другого медицинского персонала ТПО,

свидетельствующее об избыточной нагрузке на медицинский персонал и снижении качества и доступности психиатрической помощи для населения. На основании ст. 284 Трудового кодекса РФ максимальный коэффициент совместительства составляет 1,5. По данным В. Н. Кораблева, предельный коэффициент совместительства для врачей ТПО составляет 1,2, для среднего медицинского персонала — 1,4, для младшего медицинского персонала — 1,5 [10]. В двух психиатрических стационарах и одной амбулатории г. Москвы наблюдается превышение рекомендованных предельных значений совместительства для врачебного персонала. Превышение предельных значений коэффициента совместительства для среднего медицинского персонала отмечается в одной амбулатории города.

Уровень профессиональной подготовки медицинского персонала ТПО в настоящее время также требует совершенствования и ограничивает внедрение инновационных технологий оказания психиатрической помощи. Доля врачей-психиатров, имеющих квалификационную категорию, ниже соответствующего показателя для России. Практически по всем специальностям с 2010—2017 гг. снижается доля специалистов, имеющих квалификационную категорию. Таким образом, для повышения квалификации медицинского персонала ТПО и обеспечения психиатрической службы г. Москвы высококвалифицированными кадрами необходима разработка эффективных программ повышения квалификации и усовершенствования компетенций, создание специализированных образовательных центров и организация непрерывного обучения кадров психиатрической службы г. Москвы.

Выводы

1. В период 2008—2017 гг. число занятых должностей психиатров, работающих по участковому принципу, и обеспеченность населения участковыми психиатрами оставались на высоком уровне, что говорит о высоком потенциале развития амбулаторной психиатрической службы.

2. В 2015—2017 гг. возросло количество амбулаторных ставок в психиатрических учреждениях г. Москвы, их укомплектованность, распределение врачебных ресурсов между различными ТПО стало более равномерным, что свидетельствует о развитии амбулаторной помощи населению.

3. В Москве за 2008—2017 гг. возросло общее число посещений врачей-психиатров, работающих по участковому принципу, включая посещения на дому, в расчете на одного врача-психиатра, что также свидетельствует об эффективном развитии системы амбулаторной психиатрической помощи населению.

4. Доля врачей-психиатров, имеющих квалификационную категорию, в Москве ниже, чем в РФ. Снижается доля специалистов, имеющих квалификационную категорию, с 2010 по 2017 гг. Коэффициент совместительства врачебного и другого медицинского персонала в некоторых ТПО превышает рекомен-

Образование и кадры

дованные нормативы. Таким образом, необходимы дальнейшие преобразования системы оказания психиатрической помощи.

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

ЛИТЕРАТУРА

1. Engel G. L. The clinical application of the biopsychosocial model. *Am J Psychiatry*. 1980;137:535—44.
2. Engel G. The need for a new medical model: A challenge for biomedicine. *Science*. 1977;196:129—36.
3. Гурович И. Я. Состояние психиатрической службы в России и направления ее развития к психиатрии с опорой на сообщество. В кн.: Гурович И. Я., Ньюфельдт О. Г., ред. Современные тенденции развития и новые формы психиатрической помощи. М.: Медпрактика-М; 2007.
4. Дженкинс Р., МакКаллок Э., Фридли Л., Паркер К. Вопросы разработки национальной политики в области психического здоровья. М.: Медпрактика-М; 2005.
5. Чуркин А. А. Социальные аспекты организации психиатрической помощи и охраны психического здоровья. *Российский психиатрический журнал*. 2012;(6):4—10.
6. Henderson A. S. Handbook of social psychiatry. Amsterdam: Elsevier; 1988.
7. Европейская декларация по охране психического здоровья. ВОЗ, 2005 г. Доступно по ссылке: <http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/107625/E85445R.pdf;jsessionid=B2A38C52FAA70F094414E5B79B39D71C?sequence=3>. Ссылка активна на 18.04.2018.
8. Комплексный план действий в области психического здоровья на 2013—2020 гг. ВОЗ, 2013. Доступно по ссылке: <http://www.who.int/iris/handle/10665/151502> Ссылка активна на 18.04.2018.
9. Европейский план действий по охране психического здоровья. ВОЗ, 2013. Доступно по: http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0004/195187/63wd11r_MentalHealth-3.pdf. Ссылка активна на 18.04.2018.

10. Кораблев В. Н. Оценка результативности и эффективности системы здравоохранения и медицинских организаций. Хабаровск: Изд-во ГБОУ ВПО ДВГМУ; 2015.

Поступила 09.10.2018
Принята в печать 29.11.2018

REFERENCES

1. Engel G. L. The clinical application of the biopsychosocial model. *Am J Psychiatry*. 1980;137:535—44.
2. Engel G. The need for a new medical model: A challenge for biomedicine. *Science*. 1977;196:129—36.
3. Gurovich I. Ya. The state of psychiatric service in Russian Federation and the direction of its development to community-based psychiatry. In: Gurovich I. Ya., N'yufel'dt O. G., eds. Modern development trends and new forms of psychiatric care [*Sovremennye tendencii razvitiya i novye formy psichiatricheskoi pomoshi*]. Moscow: Medpraktika; 2007 (in Russian).
4. Dzhenkins R., MakKallok E., Fridli L., Parker K. Issues of the national policy in the field of mental health development [*Voprosy razrabotki natsionalnoi politiki v oblasti psicheskogo zdoroviya*]. Moscow: Medpraktika-M; 2005 (in Russian).
5. Churkin A. A. Social aspects of the organization of psychiatric care and mental health. *Rossiyskiy psichiatricheskii zhurnal*. 2012;(6):4—10 (in Russian).
6. Henderson A. S. Handbook of social psychiatry. Amsterdam: Elsevier; 1988.
7. Mental health declaration for Europe, WHO, 2005. Available at: <http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/107625/E85445R.pdf;jsessionid=B2A38C52FAA70F094414E5B79B39D71C?sequence=3>. Accessed April, 18, 2018.
8. Comprehensive mental health action plan 2013—2020, WHO, 2013. Available at: <http://www.who.int/iris/handle/10665/151502>. Accessed April, 18, 2018.
9. The European Mental Health Action Plan, WHO, 2013. Available at: http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0004/195187/63wd11r_MentalHealth-3.pdf. Accessed April, 18, 2018.
10. Korablev V. N. Assessment of the health care system and medical organizations effectiveness [*Ocenka rezul'tativnosti i effektivnosti sistemy zdravookhraneniya*]. Khabarovsk: GBOU VPO DVGMU; 2015.

© Коллектив авторов, 2019
УДК 614.2-051

Иванова М. А.¹, Сачек О. И.¹, Люцко В. В.¹, Оськов Ю. И.¹, Голубев Н. А.^{1,2}

ОБЕСПЕЧЕННОСТЬ ВРАЧАМИ-ИНФЕКЦИОНИСТАМИ И ИХ ДЕЯТЕЛЬНОСТЬ В РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ В 2013—2017 гг.

¹ФГБУ «Центральный научно-исследовательский институт организации и информатизации здравоохранения» Минздрава России, 127254, г. Москва;

²ФГАОУ ВО «Первый Московский государственный медицинский университет им. И. М. Сеченова» Минздрава России (Сеченовский Университет), 119991, г. Москва

Укомплектованность врачами-специалистами играет важную роль в своевременном оказании специализированной медицинской помощи населению. Несмотря на улучшение условий жизни в развитых странах, инфекционные болезни остаются наиболее опасными в эпидемиологическом плане заболеваниями. Организация специализированной медицинской помощи населению осуществляется согласно порядку оказания медицинской помощи при инфекционных заболеваниях. В настоящее время отмечается высокая загруженность врачей-инфекционистов, что указывает на необходимость анализа обеспеченности врачами-инфекционистами и их деятельности. Цель исследования — анализ обеспеченности врачами-инфекционистами и их деятельности в Российской Федерации для принятия организационных решений. В работе использованы данные по Российской Федерации федерального статистического наблюдения «Сведения о медицинской организации», форма № 30 за период 2013—2017 гг. В работе применялись статистический, аналитический, описательный методы статистики.

Практически во всех федеральных округах прослеживается рост обеспеченности врачами-инфекционистами при снижении укомплектованности специалистами амбулаторного звена, что соответствует общероссийской тенденции. Отмечается также снижение числа посещений из расчета на одну должность врача-инфекциониста, при этом в последние 3 года указанного периода наблюдается стабильность показателя числа обращений по поводу заболеваний.

Ключевые слова: обеспеченность; посещаемость; врач-инфекционист; Российская Федерация; федеральный округ.

Для цитирования: Иванова М. А., Сачек О. И., Люцко В. В., Оськов Ю. И., Голубев Н. А. Обеспеченность врачами-инфекционистами и их деятельность в Российской Федерации в 2013—2017 гг. Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. 2019;27(2):192—195. DOI: <http://dx.doi.org/10.32687/0869-866X-2019-27-2-192-195>

Для корреспонденции: Иванова Маиса Афанасьевна, д-р мед. наук, профессор, заведующая отделением «Нормирование труда медицинских работников» ФГБУ «Центральный НИИ организации и информатизации здравоохранения» Минздрава России, e-mail: maisa961@mail.ru

Ivanova M. A.¹, Sachek O. I.¹, Liutcko V. V.¹, Oskov Iu. I.¹, Golubev N. A.^{1,2}

THE PROVISION WITH INFECTIOLOGISTS IN THE RUSSIAN FEDERATION IN 2013—2017

¹The Federal State Budget Institution “The Central Research Institute for Health Organization and Informatics” of Minzdrav of Russia, 127254, Moscow, Russia;

²The Federal State Autonomous Educational Institution of Higher Education “The I. M. Sechenov First Moscow State Medical University” of Minzdrav of Russia, 119991, Moscow, Russia

The staffing of medical specialists plays an important role in modern rendering of specialized medical care of population. Despite amelioration of life conditions in developed countries, infectious diseases continue to be the most dangerous ones on the side of epidemiology. The organization of specialized medical care of population is implemented according standards of provision of medical care in case of infectious diseases. Nowadays, high load of physicians is noted that indicates necessity of analyzing provision with infectiologists and their activities.

The purpose of study is to analyze provision with infectiologists and their activities in the Russian Federation for organizational decision-making. The study used national data from the Federal statistical monitoring “The information of medical organization” (Form 30) in 2013—2017. The study applied such research methods as statistical, analytical, descriptive techniques. Factually, in all Federal okrugs increasing of provision with infectiologists is traced at decreasing of staffing with out-patient paramedical personnel that correspond to all-Russian trend. Also decreasing of number of visits per one job position of infectiologist. At that, during last three years of the mentioned period, a stability of indicator of visits because of diseases is observed.

Keywords: provision; visit; infectiologist; the Russian Federation; the Federal okrug.

For citation: Ivanova M. A., Sachek O. I., Liutcko V. V., Oskov Iu. I., Golubev N. A. The supply of infectiologists in the Russian Federation in 2013—2017. *Problemi socialnoi gigieni, zdravookhraneniya i istorii meditsini*. 2019;27(2):192—195 (In Russ.). DOI: <http://dx.doi.org/10.32687/0869-866X-2019-27-2-192-195>

For correspondence: Ivanova M. A., doctor of medical sciences, professor, the head of the Department of Work Quota Setting of Medical Workers of the Federal State Budget Institution “The Central Research Institute for Health Organization and Informatics”, e-mail: maisa961@mail.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

Состояние здоровья населения характеризует благосостояние общества, поэтому организация медицинской помощи и анализ кадрового потенциала

относятся к главным задачам здравоохранения [1—6]. Инфекционные болезни на протяжении многих столетий были и остаются наиболее опасными из-за

Образование и кадры

их способности вовлечь в процесс большое число здоровых людей в течение короткого времени. Несмотря на улучшение условий жизни, инфекционные болезни продолжают занимать значимое место в структуре заболеваемости и смертности человека и уступают первые места лишь болезням сердечно-сосудистой системы и злокачественным онкологическим заболеваниям. Известно, что организация специализированной медицинской помощи взрослому населению осуществляется в соответствии с порядком оказания медицинской помощи при инфекционных заболеваниях [7]. В то же время отмечается высокая загруженность врачей-специалистов [8, 9], что требует периодического пересмотра порядка оказания медицинской помощи и анализа деятельности профильных специалистов.

Цель исследования — анализ обеспеченности врачами-инфекционистами и их деятельности в Российской Федерации для принятия организационных решений.

Материалы и методы

Использованы данные федерального статистического наблюдения «Сведения о медицинской организации», ф. № 30, за 2013—2017 гг. В работе применялись статистический, аналитический, описательный методы статистики.

Результаты исследования

Обеспеченность врачами-инфекционистами, оказывающими медицинскую помощь населению в амбулаторных условиях, в целом по Российской Федерации за 2013—2017 гг. выросла на 12,5% (с 0,16 в 2013 г. до 0,18 в 2017 г.), несмотря на период стагнации в 2014—2015 гг., когда показатель обеспеченности был равен 0,17 на 10 тыс. населения. Положительные темпы прироста показателя (ТПП) зафиксированы в 2014 г. (+6,3%) и в 2017 г. (+5,9%).

В то же время укомплектованность данными специалистами амбулаторного звена за 5-летний период исследования снизилась на 4,6% (с 84,6 до 80%), что дало в течение всего анализируемого периода отрицательные темпы прироста показателя. Максимальное снижение данного показателя зафиксировано в 2016 г. (на 1,7%) и 2017 г. (на 1,4%).

На этом фоне закономерным является уменьшение коэффициента совместительства среди врачей-инфекционистов (ТПП=-4,5%), который снизился с 1,79 в 2013 г. до 1,71 в 2017 г. В анализируемый период четко проявлена отрицательная динамика ТПП исследуемого показателя, за исключением 2016 г.

Число посещений из расчета на одну должность врача-специалиста на протяжении 5-летнего периода снижалось с ТПП=-11,9% за период 2013—2017 гг. (5186,2 в 2013 г. и 4571,6 в 2017 г.). Максимальное снижение на 7% произошло в 2014 г., в последующие годы отрицательные значения ТПП составляли от -1,3 до -2,6%.

За анализируемый период доля посещений по поводу заболеваний увеличилась с 68,4% в 2013 г. до 71,7% в 2017 г. (ТПП=+3,3%). Максимальный при-

рост на 3,5% был отмечен в 2015 г., тогда показатель достиг максимального значения 71,7%, такой же показатель зафиксирован и в 2017 г. Минимальное значение (68,3%) отмечено в 2014 г.

Анализ обеспеченности врачами-инфекционистами, оказывающими медицинскую помощь населению в амбулаторных условиях, выявил, что во многих федеральных округах (ФО) отмечается рост либо стабильность данного показателя (в Центральном ФО). Наибольшим (+21,4%) ТПП был в Дальневосточном ФО, на 18,8% вырос показатель в Приволжском ФО, аналогичные ТПП (+16,7%) отмечены в Северо-Кавказском ФО и Сибирском ФО. Максимальные показатели уровня обеспеченности в 2017 г., которые превышают общероссийский показатель или соответствуют ему, зафиксированы в Уральском ФО (0,24%), Северо-Западном ФО (0,22%) и Сибирском ФО (0,21%). Минимальные показатели выявлены в Центральном ФО (0,14%), Северо-Кавказском ФО (0,14%) и Южном ФО (0,15%).

За период 2016—2017 гг. в 4 федеральных округах (Центральном, Северо-Кавказском, Поволжском и Сибирском) отмечалась стагнация показателей.

При анализе показателя обеспеченности в пилотных субъектах страны выявлены максимальные и минимальные значения. Так, максимальный ТПП (+66,7%) зафиксирован в Ставропольском крае, где, несмотря на рост показателя, прослеживается наиболее неблагоприятная ситуация по обеспеченности врачами-инфекционистами: уровень показателя обеспеченности в 2017 г. равен 0,1, что в 1,8 раза ниже общероссийского показателя. В пилотных субъектах (г. Москва и Ивановская область) отмечаются отрицательные ТПП (-18,8 и -12,5% соответственно) и низкие значения показателя обеспеченности (0,13 и 0,14 соответственно) врачами-специалистами.

Наиболее высокие показатели за весь анализируемый период продемонстрировали г. Санкт-Петербург (0,34%), где показатель превышает общероссийский в 1,9 раза, и Удмуртская Республика с показателем, равным 0,32%.

За период 2013—2017 гг. в подавляющем большинстве федеральных округов отмечено снижение показателя укомплектованности, что особенно выражено в Южном ФО (ТПП=-8,6%), где регистрируется минимальное значение (73%). Рост укомплектованности врачами-инфекционистами отмечен лишь в Северо-Кавказском ФО (ТПП=+5,6%).

Из пилотных субъектов снижение укомплектованности врачами-инфекционистами наиболее выражено в Краснодарском крае, где за анализируемый период ТПП составил -15,2%. Максимальный прирост отмечен в Ставропольском крае (+14,9%).

Распределение субъектов по максимальным/минимальным показателям выявило низкую укомплектованность врачами-инфекционистами в Астраханской области (69,8%), Краснодарском крае (72,1%), Хабаровском крае (74,1%). Наиболее благополучная ситуация по укомплектованности врачами-специалистами — в Республике Татарстан (92,7%) и Ивановской области (91,4%).

Анализ коэффициента совместительства специалистов показал, что во всех федеральных округах, кроме Южного ФО (ТПП=0,0%), отмечаются отрицательные значения ТПП, особенно в Северо-Кавказском ФО (-17,8%) и Дальневосточном ФО (-11,2%). В Центральном ФО за весь исследуемый период отмечались незначительные колебания показателей. Наиболее высокие коэффициенты совместительства в 2017 г. имели врачи, работающие на территории Приволжского ФО (1,82), что на 6,4% превышает значение среднероссийского показателя (1,71 в РФ).

В большинстве пилотных субъектов наблюдается снижение коэффициента совместительства врачей-инфекционистов. Минимальный показатель в 2017 г. зарегистрирован в г. Москве (1,46), максимально отрицательный ТПП выявлен в Ставропольском крае (-29%), где коэффициент совместительства равен 1,64. Максимальное значение анализируемого показателя сопровождается положительным ТПП (+10,2%) в Алтайском крае (2,06). Значительно выросла величина данного показателя в Томской (ТПП=+23%, от 1,39 в 2013 г. до 1,71 в 2017 г.) и Астраханской (ТПП=+22,3%, от 1,48 в 2013 г. до 1,81 в 2017 г.) областях.

Наряду с ростом показателя обеспеченности врачами-инфекционистами во всех федеральных округах отмечалось снижение числа посещений в расчете на одну должность врача-специалиста в период 2013—2017 гг. Наиболее загруженными в 2017 г. оказались специалисты Приволжского ФО, где данный показатель равен 4890,3, что превышает общероссийский уровень на 7%. В Дальневосточном ФО отмечено существенное снижение числа посещений врачей-специалистов (ТПП=-20,5%, от 4923,3 в 2013 г. до 3913,2 в 2017 г.). Показатель в данном округе был минимальным за весь период исследования. Максимальное снижение числа посещений выявлено в Центральном ФО (ТПП=-20,9%), при этом данный округ входил в тройку лидеров по числу посещений на протяжении всего анализируемого периода.

Среди пилотных субъектов минимальные значения показателя по числу посещений в расчете на одну должность врача-инфекциониста и, одновременно, наиболее высокие темпы снижения посещаемости выявлены в Хабаровском крае (ТПП=-35,9%, от 4791,4 в 2013 г. до 3071 в 2017 г.) и г. Москве (ТПП=-49,3%, от 7237,7 в 2013 г. до 3671 в 2017 г.).

Установлено, что среди пилотных субъектов наиболее высокой загруженностью врачей-инфекционистов была в Ивановской области: число посещений на одну должность врача в данном субъекте в 2017 г. составило 6915 (ТПП=+11,7%). Значительно возросла нагрузка (ТПП=+29,2%) врачей-инфекционистов Новосибирской области: в 2017 г. на одну должность врача пришлось 6009,8 посещения.

К 2017 г. на 14,8% увеличилось число посещений по поводу заболеваний в Дальневосточном ФО, показав при этом максимальное значение анализируемого показателя (81,1%).

В Северо-Кавказском ФО и Северо-Западном ФО отмечено снижение удельного веса посещений по поводу заболеваний, однако доля посещений врачей-инфекционистов по поводу заболеваний в этих округах наиболее высока относительно других пилотных субъектов (75,4 и 75,1% соответственно). На втором месте по темпу прироста показателя — Сибирский ФО (ТПП=+13,7%), причем положительные ТПП в данном округе наблюдались на протяжении всего 5-летнего периода. Доля посещений по поводу инфекционных заболеваний выросла с 58,3% в 2013 г. до 72% в 2017 г. Минимальная посещаемость по поводу заболеваний на начало и конец исследуемого периода зарегистрирована в Приволжском ФО (71 и 68,3% соответственно).

Анализ данных официальных статистических наблюдений показал, что за период 2013—2017 гг. увеличилась доля посещаемости врачей-инфекционистов по поводу заболеваний в 10 пилотных субъектах, особенно в Новосибирской и Московской областях (на 26,5 и 22,3% соответственно).

Значительно сократилась доля посещений по поводу заболеваний в Томской области (-23,4%) — 53,7% в 2017 г. В Астраханской области, несмотря на увеличение числа посещений по поводу заболеваний (на 15,9%), в 2017 г. анализируемый показатель был относительно низким.

Обсуждение

В Российской Федерации прослеживается рост обеспеченности населения врачами-инфекционистами, при этом отмечены периоды стагнации в 2014—2015 гг. и в 2016—2017 гг. Показатели укомплектованности и коэффициент совместительства врачей данной специальности за анализируемый период снижались. Наряду с этим происходило снижение числа посещений в расчете на одну должность врача-специалиста, в то время как доля посещений по поводу заболевания оставалась стабильной на протяжении последних 3 лет исследуемого периода. Для принятия оптимальных управленческих решений требуется изучение не только причин снижения посещений данными врачами-специалистами, но и адекватность обеспечения ими медицинских организаций, оказывающих медицинскую помощь в амбулаторных условиях.

Заключение

Анализ обеспеченности врачами-инфекционистами за период 2013—2017 гг. показал рост показателя во всех ФО. Наиболее обеспечены врачами-инфекционистами жители Уральского ФО, Центральный и Северо-Кавказский ФО обеспечены менее. При этом в 7 округах происходило снижение укомплектованности амбулаторных медицинских организаций данными специалистами. Так, наименьшая укомплектованность в 2017 г. отмечена в Южном ФО, максимальная — в Уральском ФО. Снижался также коэффициент совместительства врачей-специалистов, особенно в Северо-Кавказском ФО.

Образование и кадры

Наиболее высокий коэффициент совместительства зарегистрирован в Приволжском ФО.

Во всех ФО отмечена тенденция к снижению числа посещений в расчете на одну врачебную должность. Минимальное значение на конец исследуемого периода зафиксировано в Дальневосточном ФО, максимальное — в Приволжском ФО. При этом в трех ФО произошел рост удельного веса посещений по поводу заболеваний.

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

ЛИТЕРАТУРА

1. Щепин В. О. Обеспеченность населения Российской Федерации основным кадровым ресурсом государственной системы здравоохранения. *Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины*. 2013;(6):24—8.
2. Щепин В. О. Лечебно-профилактическая помощь населению Российской Федерации: ресурсное обеспечение и основные показатели деятельности в 2007. *Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины*. 2009;(1):3—5.
3. Щепин В. О. К вопросу о кадровом обеспечении подразделений лучевой диагностики. *Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины*. 2014;(5):42—5.
4. Одинец А. В. Гендерный и возрастной состав пациентов с наркотической зависимостью в условиях современных стандартов оказания специализированной медицинской помощи, в 2013—2015 гг. *Проблемы стандартизации здравоохранения*. 2017;(9—10):49—54.
5. Попова Н. М., Максимов Н. Н., Попов А. В., Толмачев Д. А. Заболеваемость по обращаемости болезнями системы кровообращения среди взрослого населения Удмуртской Республики в 2004—2013 годах. Ижевск; 2017; 28—30.
6. Стародубов В. И., Сон И. М., Иванова М. А., Люцко В. В., Армасhevская О. В., Соколовская Т. А., Бантьева М. Н. Затраты рабочего времени врачей амбулаторного звена по данным фотохроно-

метражных исследований. *Менеджер здравоохранения*. 2014;(8):18—22.

7. Стародубов В. И., Иванова М. А., Люцко В. В., Попова Н. М., Толмачев Д. А. Затраты рабочего времени врачей-специалистов на выполнение работ, связанных с проведением ультразвуковых исследований. *Российский медицинский журнал*. 2017; 23(6):288—91.

Поступила 17.01.2019
Принята в печать 30.01.2019

REFERENCES

1. Schepin V. O. Provision of the population of the Russian Federation with the main personnel resource of the public health system. *Problemy sotsialnoi gigieny, zdravookhraneniya i istorii meditsiny*. 2013;(6):24—8 (in Russian).
2. Schepin V. O. Therapeutic and prophylactic aid to the population of the Russian Federation: resource provision and key performance indicators in 2007. *Problemy sotsialnoi gigieny, zdravookhraneniya i istorii meditsiny*. 2009;(1):3—5 (in Russian).
3. Schepin V. O. On the issue of staffing units of radiation diagnosis. *Problemy sotsialnoi gigieny, zdravookhraneniya i istorii meditsiny*. 2014;(5):42—5 (in Russian).
4. Odinets A. V. Gender and age structure of patients with drug addiction in the conditions of modern standards of specialized medical care, in 2013—2015. *Problemy standardizatsii zdravookhraneniya*. 2017;(9—10):49—54 (in Russian).
5. Popova N. M., Maksimov N. N., Popov A. V., Tolmachev D. A. The morbidity level of the circulatory system diseases among the adult population of the Udmurt Republic in the 2004—2013 period [*Zabolevaemost' po obrashchaemosti boleznyami sistemy krovoobrashcheniya sredi vzroslogo naseleniya Udmurtskoy Respubliki v 2004—2013 godakh*]. Izhevsk; 2017; 28—30 (in Russian).
6. Starodubov V. I., Son I. M., Ivanova M. A., Lucko V. V., Century, Armashevskaya O. V., Sokolovskaya T. A., Bantewa M. N. The cost of doctors' time outpatient segment according to fothronometra research. *Meneger zdravookhraneniya*. 2014;(8):18—22 (in Russian).
7. Starodubov V. I., Ivanova M. A., Lutsko V. V., Popova N. M., Tolmachev D. A. Time specialists for the execution of works related to the conduct of ultrasound examinations. *Rossiiskii meditsinskii zhurnal*. 2017;23(6):288—91 (in Russian).

История медицины

© Коноплева Е. Л., Остапенко В. М., 2019
УДК 614.2:93(470-332)

Коноплева Е. Л., Остапенко В. М.

УСЛОВИЯ ТРУДА ЗЕМСКОГО МЕДИЦИНСКОГО ПЕРСОНАЛА СМОЛЕНСКОЙ ГУБЕРНИИ В НАЧАЛЕ XX в.

ФГБОУ ВО «Смоленский государственный медицинский университет» Минздрава России, 214019, г. Смоленск

Представлен краткий обзор кадровой политики органов земского самоуправления Смоленской губернии в области здравоохранения. Авторы приходят к выводу о среднем уровне и качестве жизни земско-медицинского персонала в одной из типичных аграрных губерний Центральной России начала XX века.

Ключевые слова: земская медицина; Смоленская губерния; материальное положение врачей, фельдшеров и акушеров.

Для цитирования: Коноплева Е. Л., Остапенко В. М. Условия труда земского медицинского персонала Смоленской губернии в начале XX в. Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. 2019;27(2):196—199. DOI: <http://dx.doi.org/10.32687/0869-866X-2019-27-2-196-199>

Для корреспонденции: Коноплева Елена Леонидовна, канд. мед. наук, доцент, e-mail: konopleva.alenushka@gmail.com

Konoplyova E. L., Ostapenko V. M.

THE CONDITIONS OF WORK OF ZEMSTVO MEDICAL PERSONNEL IN THE SMOLENSK GUBERNIA IN THE BEGINNING OF XX CENTURY

The Federal State Budget Educational Institution of Higher Education “The Smolensk State Medical University” of Minzdrav of Russia, 214019, Smolensk, Russia

The article presents a concise review of personnel policy of boards of Zemstvo self-government in the Smolensk gubernia related to health care. The conclusion is made about average level and life quality of the Zemstvo medical personnel in one of typical rural gubernia of the Central Russia in the beginning of XX century.

Keywords: Zemstvo medicine; Smolensk gubernia; economic standing; physician; feldsher; midwife.

For citation: Konoplyova E. L., Ostapenko V. M. The conditions of work of Zemstvo medical personnel in the Smolensk gubernia in the beginning of XX century. *Problemi socialnoi gigieni, zdravookhraneniya i istorii meditsiny*. 2019;27(2):196—199 (In Russ.). DOI: <http://dx.doi.org/10.32687/0869-866X-2019-27-2-196-199>

For correspondence: Konoplyova E. L., candidate of medical sciences, associate professor of the Federal State Budget Educational Institution of Higher Education “The Smolensk State Medical University”. e-mail: konopleva.alenushka@gmail.com

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

Acknowledgment. The study had no sponsor support

Received 06.11.2018
Accepted 29.11.2018

В обществе не утихают дискуссии о несправедливо низкой оценке высококвалифицированного труда отечественных медицинских работников. Достаточно часто в качестве аргумента звучат ссылки на высокие доходы земских врачей в дореволюционной России. Оппоненты этой точки зрения, напротив, утверждают, что обычный врач того времени еле сводил концы с концами, вспоминая поговорку: «Жена попа без рубахи, а жена врача полощет белье на речке», т. е. из-за нищеты не может позволить себе нанять прислугу.

Делегатские доклады XIV съезду земских врачей Смоленской губернии дают возможность объективно оценить жизненный уровень земско-медицинского персонала в 1910-е годы.

Смоленская губерния — типичная аграрная среднерусская губерния с населением более 2 млн. При неустойчивом климате, малоплодородности почв и экстенсивном характере землепользования местность являлась зоной рискованного земледелия,

объем промышленного производства составлял менее 1% фабрично-заводской продукции России.

В 1910-е годы XX в. земству принадлежали ²/₃ лечебных учреждений и коечного фонда Смоленской губернии, помощь в земских лечебницах получали 78% стационарных и 90% амбулаторных больных. Земское здравоохранение включало губернскую и психиатрическую больницы, а также 66 врачебных участков в 12 уездах. На земской службе состояло 90 врачей и более 200 лиц фельдшерско-акушерского персонала. Типичным врачебным участком являлся участок с радиусом 17 верст и населением в 25 тыс. жителей на одного врача, что коррелировало со средними данными по земской России.

Смоленская губерния, являясь экономически недостаточно развитой, по величине доходной сметы все годы своего существования занимала одно из последних мест в списке земских губерний, опережая лишь Псковское, Тульское, Новгородское и Олонецкое земства. Однако отчисления на здравоохранение всегда занимали достойное место в расходных ста-

История медицины

тях земского бюджета. Так, в 1910 г. совокупный расход губернского и уездных земств на медицинскую часть составил 943 тыс. руб. (22% общего бюджета), в то время как в среднем по земским губерниям эта цифра равнялась 1436 тыс. руб. (28%) [1, с. 514—517]. Губернским земством было израсходовано на нужды здравоохранения 321 тыс. руб. (36,3% общей сметы), уездные земства затратили 622 тыс. руб. (14% сметы) [2, с. 243].

Делегатские доклады XIV съезду земских врачей Смоленской губернии (1911) включают подробные сведения об условиях службы медицинского персонала в каждом из 12 уездов. Показательно, что сами земские врачи оценивали свои доходы как низкие. В материалах съезда фигурирует мнение, что именно недостаточная оценка врачебного труда объясняет высокую текучесть кадров и невозможность заполнить все имеющиеся вакансии.

Земским врачам зачастую приходилось работать в убогой уездной глуши, в условиях достаточно холодного климата и бездорожья, вдали от цивилизации и культуры. В этой ситуации многое в развитии медицины определяла идеология народничества. Либерально-демократические установки русских медиков были связаны не только с их происхождением из слоев, близких к народной массе, но прежде всего с патриотическими устремлениями, глубоким сочувствием к бедствиям многомиллионного крестьянства. Известный земский врач Д. Н. Жбанков писал в своих воспоминаниях: «Мне так хотелось пойти в народ: я осознавал свою вину перед крестьянином и считал своим долгом как-нибудь отплатить деревне»¹. Земская медицина стала одной из форм реализации «теории малых дел», столь популярной в среде русской интеллигенции.

Из-за тяжелых условий работы в российской глубинке земская служба привлекала преимущественно молодежь. Земские деятели понимали, что невозможно бесконечно эксплуатировать ее талант, энергию, физические силы и народнический энтузиазм, поэтому старались обеспечить врачам и их помощникам достойный жизненный уровень, совместно выработывали обоюдно удобные и полезные формы взаимоотношений. Такая тактика позволяла успешно бороться с кадровым «медицинским голодом». Достаточно сказать, что с 1866 по 1916 г. количество земских врачей в Смоленской губернии увеличилось с 24 до 91, среднего медицинского персонала — с 33 до 216.

Земства не жалели средств на улучшение существующих и строительство новых больниц даже в самом отдаленном захолустье. Так, например, небольшое село Никольское Сычевского уезда Смоленской губернии находилось в десятках верст от уездного центра и ближайшей железнодорожной станции. Жена М. А. Булгакова Т. Н. Лаппа так вспоминает их приезд на новое место службы осенью 1916 г.: «Отвратительное впечатление. Во-первых, страшная

грязь, 40 верст ехали весь день. <...> грязь бесконечная и унылая, и вид такой унылый. Туда приехали под вечер. Такое все... Боже мой! Ничего нет, голое место, какие-то деревца...» [3, с. 306]. Однако белокаменная двухэтажная больница размещалась в прекрасном помещицком доме, проданном его последним владельцем земству. Расчитанная на 34 койки, она имела операционную, инфекционное и родильное отделения, аптеку, несколько флигелей, баню, жилые строения, телефон. М. А. Булгаков был удивлен наличием современного хирургического инструментария и обширной медицинской библиотеки, разнообразием медикаментов.

Земские структуры активно проводили политику экономического стимулирования медицинских работников, ориентируясь на средний уровень жизни в данной местности.

Оклады губернских земских врачей превышали оклады их коллег на службе уездных земств. Так, в 1910 г. старшие врачи соматической и психиатрической больниц зарабатывали по 2,5 тыс. руб. в год, их ординаторы — 1,5—1,8 тыс. руб., заведующий медико-статистическим отделением — 2 тыс. руб. Содержание директора Бактериологического института обходилось земской казне в 3 тыс. руб., заведующих аналитическим и пастеровским отделениями — по 2 тыс. руб. каждому. При этом отсутствовала система поощрительных надбавок за стаж работы, принятая в уездных земствах для закрепления медицинских кадров. Уровень зарплаты повышался периодически по решению губернского земского собрания. Так, в 1913 г. жалованье губернских докторов повысилось в среднем на 300—400 руб. [4, с. 171]. Кроме того, проживающие в городах земские врачи имели возможность получать дополнительные доходы от занятий частной практикой, хотя это и вызывало резкое неудовольствие со стороны земской администрации.

В уездах положение врачей было не одинаковым, что объяснялось различными условиями службы и финансовыми возможностями местных управ. Заведующие городскими больницами и врачи-хирурги зарабатывали до 1,7—1,9 тыс. руб. Участковый земский врач получал вознаграждение от 1 тыс. до 1,5 тыс. руб. в год, в среднем 1315 руб. Женский труд оценивался на 150—200 руб. ниже труда мужчин. В целом по России врачебный оклад в центральных земских губерниях составлял 1,2 тыс. руб. (в северных и южных губерниях — 1,5—1,8 тыс. руб.) [5, с. 366].

Фельдшеры зарабатывали от 240 до 480 руб. в год в зависимости от уезда. Труд школьных фельдшеров оплачивался выше труда ротных фельдшеров. Оклад акушеров ценился ниже фельдшерского и составлял 240—360 руб. Однако земства охотно приглашали на службу фельдшериц-акушеров, оценивая их помощь в 480 руб. в год.

Стараясь закрепить медицинских работников на селе, земства разработали целую систему дополнительных стимулирующих выплат. В 9 уездах из 12 оклады медицинскому персоналу повышались каж-

¹ Российский государственный архив литературы и искусства. Ф.199. Оп. 1. Д.24. С.46.

дые 3—5 лет на 10% до полуторного содержания, в 2 уездах дополнительные выплаты составили 20% от 1 оклада в 5-летие, только в одном уезде прибавки за стаж вообще не полагались. За особенно трудные условия работы практиковались так называемые личные прибавки врачам, фельдшерам и акушеркам. Прогрессивные прибавки не уничтожали личных, поэтому получались неравные пестрые оклады. Однако часть этих средств регулярно «съедала» инфляция, поэтому с ростом жалования существенного повышения уровня благосостояния земских служащих не происходило.

Стремясь обеспечить приток квалифицированных специалистов в собственные структуры здравоохранения, земства пытались привести в соответствие достаток земских и государственных врачей. Оклады губернских земских врачей всегда были сопоставимы с окладами врачей, находящихся на государственной службе: врачи Смоленского военного госпиталя получали жалование около 2 тыс. руб. в год, пересмотр этой суммы был связан с пересмотром общей тарифной сетки. Уездные и участковые врачи добивались того же через несколько лет работы за счет поощрительных надбавок.

Земства много внимания уделяли вопросам социальной поддержки медицинского персонала на селе. Уездные управы старались улучшить материальное положение специалистов, предоставляя готовую квартиру, оплачивая ее освещение и отопление. Если служебная квартира не удовлетворяла врача, он получал «квартирные» в размере 250—300 руб. (100 руб. для среднего медицинского персонала).

Много времени врачи проводили в разъездах по бездорожью. При этом только в трех уездах из 12 земства предоставляли врачу собственных лошадей, остальные выдавали врачу «разъездные» в установленной сумме 150—360 руб. в год. Командировки среднего медицинского персонала чаще всего оплачивались «по действительному расходу» или из поверстной платы (4 копейки с версты), реже в фиксированной сумме 50—90 руб. в год; в одном уезде даже выплачивались 30 копеек суточных. Медицинскому персоналу приходилось ездить на обывательских и наемных лошадях, часто плохого качества, «по медвежьим углам... в самых незатейливых тележках, очень нередко самых примитивных крестьянских телегах» [6, с. 118].

После 2 лет работы врач имел право на оплачиваемый отпуск в течение месяца и один свободный день каждые 2 нед. Во время его отпуска или болезни медицинскую помощь оказывал фельдшерский персонал, при длительном отсутствии врача его коллега из ближайшего участка в определенный день недели навещал подшефную больницу. Некоторые уездные земства оплачивали приглашение замещающего врача.

В случае болезни врач получал полное содержание в течение 4 мес, два последующих месяца — половинное. Если болезнь превышала полгода, выдача жалования прекращалась, однако еще в течение

6 мес врач сохранял право по выздоровлении занять прежнее место работы.

Средний медицинский персонал пользовался правом ежегодного месячного отпуска для отдыха, а по болезни — трехмесячным отпуском с сохранением содержания, дольше 3 мес — без такового. Во время отпуска работа распределялась между оставшимися специалистами.

В Смоленской губернии существовали страховые и пенсионные кассы для медицинского персонала. Так, в случае смерти врача во время работы на эпидемии семья получала единовременное страховое пособие в 5 тыс. руб. Такие кассы в начале XX в. существовали только в 13 из 34 земских губерний.

Земство оплачивало поездки на врачебные съезды и конференции. Врачам, имевшим стаж более 3 лет, разрешались научные командировки на 3 мес. для повышения квалификации с сохранением содержания. Если на рубеже XIX—XX вв. на эти цели выплачивалась дополнительная субсидия только в одном уезде, то в 1910 г. — в 8 уездах из 12. Размер субсидии составлял 200—300 руб. По возвращении врач был обязан не оставлять службы ранее года (в противном случае земству возвращался трехмесячный оклад). Однако только в одном уезде предоставлялась возможность повышения квалификации фельдшерам через 3 года на 3 мес с субсидией 100 руб.

Правда, уездные врачи, учитывая их стесненное материальное положение и большие семьи, не часто использовали эту возможность. Исключение составляли врачи губернского земства. Например, заведующий медико-статистическим бюро Д. Н. Жбанков за счет земства неоднократно принимал участие в работе Пироговских съездов, международных врачебных конгрессов: XII в Москве (1897) и XIII в Париже (1900), съезда по борьбе с сифилисом в Санкт-Петербурге (1897), земских врачебных съездов ряда губерний. Результатом поездок старших врачей Н. П. Энгельгардта и С. А. Александрова в ведущие клиники Франции, Германии и Италии стало значительное расширение спектра проводимых операций в губернской земской больнице. Ординатор хирургического отделения губернской больницы С. И. Спасокукоцкий в период работы в Смоленском земстве побывал в нескольких заграничных поездках (в Лозанне, Берлине, Вене, Мюнхене), где изучал опыт хирургического лечения заболеваний пищеварительного тракта.

При всех земских больницах имелись библиотеки для медицинского персонала, ежегодно выписывались медицинские газеты и журналы, на что ассигновались специальные средства в размере 60—100 руб. в год. На составление библиотек для больных, состоявших преимущественно из брошюр по гигиене и медицине, земства выдавали дополнительные деньги в размере 5 или 10 руб. на каждую больницу.

Для сравнения уровня доходов земских врачей с доходами других групп населения целесообразно привести следующие данные. В 1910 г. годовой оклад директора городского банка Смоленска составлял 1,5 тыс. руб., жалование бухгалтера находилось в

История медицины

пределах 900—1100 руб., канцелярские служители, земские учителя младших классов, служащие почты, помощники аптекарей, санитары, библиотекари и сторожа зарабатывали 240 руб. в год [7, с. 42]. Жалованье преподавателей старших классов в гимназиях устанавливалось на уровне 1—2 тыс. руб. в год. Оклады младших офицеров равнялись 660—1260 руб. в год, старших — 1740—3900 руб., генералов — до 7800 руб. Средний годовой заработок индустриальных рабочих составлял 243 руб., сельскохозяйственных рабочих — 129 руб. В день наемные рабочие в промышленности и в сельском хозяйстве получали за свой труд от 50 коп. до 1 руб., квалифицированный рабочий или крестьянин с собственной лошадью — 1,5—2 руб. Женщинам платили от 30 до 50 коп. в зависимости от вида работ [2, с. 130—42].

Сравнение доходов врачей с ценами того времени подтверждает распространенный тезис о дешевизне продуктов питания. В 1910 г. розничные цены в Смоленской губернии были таковы: говядина — 22 коп. за фунт (450 г), парные куры — 84 коп. за штуку, осетрина свежая — 52 коп. за фунт, картофель — 32 коп. за пуд, яйца — 31 коп. за десяток, молоко — 14 коп. за литр, сливочное масло — 52 коп. за фунт, хлеб — 5 коп. За пуд ржаной муки, ячменя или гречихи просили 80 коп., овса — 65 коп. Ведро 40% спирта обходилось в 75—90 коп. Зарабатывая в среднем 3—4 руб. в день, на 1 руб. врач мог позволить себе купить, например, 8 килограммов свинины, или 4 курицы, или 40 кг гречневой крупы, или 3 пуда ржаного хлеба [2, с. 100—130; 7, с. 170—173].

Правда, скромные цены на продукты питания компенсировались относительной дороговизной промышленных и других товаров. Например, мужской костюм стоил 10—15 руб., зимнее пальто — 20 руб., ботинки или сапоги — от 2 до 10 руб. За хороший рояль было необходимо заплатить 200 руб., цены на лошадей и коров колебались в пределах 50—70 руб., за сажень (поленица размерами 2 × 2 × 2 м) березовых дров платили 12 руб. [8, с. 160—162, 174—179].

Таким образом, ретроспективное исследование уровня и качества жизни земского медицинского персонала Смоленской губернии в начале XX в. позволяет сделать вывод о том, что социально-экономическое положение медицинских работников было

вполне удовлетворительным и даже выше среднего. В целях сохранения медицинских кадров на селе уездные земства предоставляли врачам, фельдшерам и акушеркам целый ряд поощрительных и социально-бытовых денежных выплат. Вместе с тем нельзя утверждать, что земские врачи были очень состоятельными людьми. Основным мотивом их профессиональной и социальной деятельности являлись этические принципы и идеалы, желание облегчить жизнь крестьянства.

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

ЛИТЕРАТУРА

1. Жбанков Д. Н. Итоги земской медицины. *Врач*. 1894;18.
2. Краткие хозяйственно-статистические сведения по Смоленской губернии. Смоленск; 1912.
3. Соколов В. В. Михаил Булгаков: загадки судьбы. М.: Вагриус; 2008.
4. Смоленское земство и здравоохранение. 1865—1918 годы: Сборник материалов. Смоленск: Маджента; 2005.
5. Веселовский Б. В. История земства за 40 лет. СПб.; 1909; Т. I.
6. Труды XIV съезда земских врачей и членов земских врачебно-санитарных учреждений Смоленской губернии. Смоленск; 1912; Т. I.
7. Статистический ежегодник города Москвы. Вып. 4-й. 1911—1913. М.; 1916.
8. Журналы Смоленской городской думы за 1910 год. Смоленск; 1911.

Поступила 06.11.2018
Принята в печать 29.11.2018

REFERENCES

1. Zhbankov D. N. Results of territorial medicine. *Vrach*. 1894;18 (in Russian).
2. Short economic and statistical data on the Smolensk province [*Kratkie khozyaystvenno-statisticheskie svedeniya po Smolenskoj gubernii*]. Smolensk; 1912 (in Russian).
3. Sokolov V. V. Mikhail Bulgakov: destiny riddles [*Mikhail Bulgakov: zagadki sud'by*]. Moscow: Vagrius; 2008 (in Russian).
4. Smolensk zemstvo and health care 1865—1918: collection of materials [*Smolenskoe zemstvo i zdravookhranenie. 1865—1918 gody: sbornik materialov*]. Smolensk: Madzhenta; 2005 (in Russian).
5. Veselovskiy B. V. Zemstvo history in 40 years [*Istoriya zemstva za 40 let*]. St. Petersburg; 1909; Vol. 1 (in Russian).
6. Works XIV of congress of territorial doctors and members of territorial medical and sanitary establishments of the Smolensk province. [*Trudy XIV s'ezda zemskikh vrachey i chlenov zemskikh vrachebno-sanitarnykh uchrezhdeniy Smolenskoj gubernii*]. Smolensk; 1912; Vol. 1 (in Russian).
7. Statistical year-book of the city of Moscow [*Statisticheskiy ezhegodnik goroda Moskvy*]. Moscow; 1911—1913 (in Russian).
8. Magazines of Smolensk City Council for 1910 [*Zhurnaly Smolenskoj gorodskoy dumy za 1910 god*]. Smolensk; 1911 (in Russian).

© Коллектив авторов, 2018
УДК 61(09)

Косолапов А. Б.¹, Кику П. Ф.¹, Маслов Д. В.², Ананьев В. Ю.³

ИСТОРИЯ САНИТАРНОГО ДЕЛА И САНИТАРНО-ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКОЙ СЛУЖБЫ ПРИМОРСКОГО КРАЯ

¹ФГАОУ ВО «Дальневосточный федеральный университет», 690950, г. Владивосток;

²Управление Федеральной службы по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека по Приморскому краю, 690095, г. Владивосток;

³ФБУЗ «Центр гигиены и эпидемиологии в Приморском крае», 690095 г. Владивосток

Представлена история развития санитарного дела и государственной санитарно-эпидемиологической службы Приморского края, связанная с общей историей России XIX—XXI вв. Установлен вклад врачей г. Владивостока в первые десятилетия после его основания в проведение санитарных мероприятий, включавших открытие Пастеровской станции, борьбу с эпидемиями особо опасных инфекционных заболеваний, функционирование санитарно-исполнительной комиссии. Рассмотрены мероприятия по обеспечению санитарно-эпидемиологического благополучия населения в период Гражданской войны на Дальнем Востоке, в годы строительства социализма, а также в постсоветский период.

Ключевые слова: государственная санитарно-эпидемиологическая служба; санитарное дело; Роспотребнадзор; история медицины; Приморский край.

Для цитирования: Косолапов А. Б., Кику П. Ф., Маслов Д. В., Ананьев В. Ю. История санитарного дела и санитарно-эпидемиологической службы Приморского края. Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. 2019;27(2):200—203. DOI: <http://dx.doi.org/10.32687/0869-866X-2019-27-2-200-203>

Для корреспонденции: Кику Павел Федорович, д-р мед. наук, профессор, зав. кафедрой общественного здоровья и профилактической медицины Школы биомедицины, e-mail: abkosvlad@mail.ru

Kosolapov A. B.¹, Kiku P. F.¹, Maslov D. V.², Ananiev V. Yu.³

THE HISTORY OF SANITARY EPIDEMIOLOGICAL SERVICE OF THE PRIMORSKIY KRAI

¹The Far-Eastern Federal University, 690950, Vladivostok, Russia;

²The Agency of the Federal Service of Control in Sphere of Protection of Rights of Consumers in the Primorskiy Krai, 690095, Vladivostok, Russia;

³The Federal Budget Health Care Institution “The Center of Hygiene and Epidemiology in the Primorskiy Krai”, 690095, Vladivostok, Russia

The article presents the history of development of sanitary business and state sanitary epidemiological service of the Primorskiy Krai related to general history of Russia in XIX—XX centuries. The study established input of physicians of Vladivostok into implementation of sanitary activities during first decades from city foundation: opening of the Pasteur station, struggle with epidemics of very dangerous infectious diseases, functioning of sanitary executive commission. The activities concerning support of sanitary epidemiological well-being of population during the Civil War in the Far East, years of socialism development and in post-Soviet period are considered.

Keywords: state sanitary epidemiological service; sanitary business; Rosпотребнадзор; history of medicine; the Primorskiy Krai.

For citation: Kosolapov A. B., Kiku P. F., Maslov D. V., Ananiev V. Yu. The history of sanitary epidemiological service of the Primorskiy Krai. *Problemy socialnoi gigieni, zdravookhraneniya i istorii meditsiny*. 2019;27(2):200—203 (In Russ.). DOI: <http://dx.doi.org/10.32687/0869-866X-2019-27-2-200-203>

For correspondence: Kiku P. F., doctor of medical sciences, professor, the Head of the Chair of Public Health and Preventive Medicine of the School of Biomedicine of the Far-Eastern Federal University. e-mail: abkosvlad@mail.ru

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

Acknowledgment. The study had no sponsor support

Received 18.04.2016
Accepted 21.02.2017

Исторические аспекты санитарно-профилактической деятельности в Приморском крае остаются наименее изученными разделами отечественной истории медицины. Сохранившиеся архивные и библиографические источники, освещающие возникновение, становление и развитие санитарного дела в Приморском крае в XIX в., немногочисленны, что в определенной степени обусловлено неоднократно менявшимся административным делением восточной окраины России и утратой преемственности в делопроизводстве и хранении документов.

В 80-е годы XIX в. единственным медицинским учреждением г. Владивостока был морской госпиталь «для всех ведомств, сословий и лиц города». Госпиталь занимался исключительно лечением, однако некоторые прогрессивные врачи понимали неиз-

бежность проведения санитарных мероприятий для предупреждения эпидемий. В 1889 г., благодаря усилиям врачей госпиталя А. Е. Черемшанского и А. А. Шишло, обучавшегося у Л. Пастера, по разрешению городской администрации в г. Владивостоке открывается Пастеровская станция. Это было первое учреждение на Дальнем Востоке, оказывавшее антирабическую помощь.

В 1884 г. Владивостокская дума выделяет деньги на содержание первого городского врача. Им стал молодой доктор Иван Мякотин. Через полгода после начала работы в должности городского врача И. Мякотин, осматривая больного, заразился брюшным тифом и умер.

Первое упоминание о деятельности санитарно-исполнительной комиссии г. Владивостока относит-

История медицины

ся к 1893 г. [1]. Председателем комиссии был избран городской голова, в ее состав вошли гражданские практикующие врачи и старший экипажный врач коллежский советник Красильников. Санитарно-исполнительная комиссия занималась предупреждением эпидемий холеры, чумы и дифтерии, устранением их последствий и статистической отчетностью.

Конец XIX — начало XX в. характеризовались выраженным эпидемическим неблагополучием Приморской области. В 1886, 1890, 1895, 1902, 1910 гг. разразились эпидемии азиатской холеры, в 1874, 1875, 1879, 1887, 1896 гг. — натуральной оспы. Противоэпидемические мероприятия сводились к химической дезинфекции и вывешиванию желтых карантинных флагов [2].

Портовое положение г. Владивостока и его тесные морские связи с десятками государств поддерживали напряженную санитарно-эпидемиологическую обстановку, особенно по холере и чуме. Для предупреждения заноса карантинных инфекций в 1901 г. на острове Русский была открыта обсервационная станция, действовавшая до 1926 г. Станция имела стерилизационное отделение, бараки для больных, помещения для персонала и хранения оборудования. Все суда, заходившие в порт г. Владивостока, останавливались на рейде напротив брандвахты. Экипаж и пассажиров осматривал дежурный санитарный врач. Выявленных больных помещали в изолятор, судно обеззараживали, используя сулему и известь.

Медицинские отчеты свидетельствуют о неоднократных случаях проявления самоотверженности персонала станции. Самым неблагополучным оказался 1910 г. Начиная с апреля г. Владивосток наводнили тысячи китайских и корейских рабочих. С наступлением теплых дней среди них стали регистрироваться случаи холеры. Число пострадавших не уменьшалось, и в октябре 1910 г. городские власти официально объявили об эпидемии холеры во Владивостоке. Персонал станции обсервации работал с колоссальной нагрузкой, подчас в экстремальных условиях. Например, 8 октября 1910 г. на борту парохода «Тунгус», пришедшего во Владивосток, среди почти тысячи китайских и корейских рабочих были выявлены холерные больные. В течение ближайшей ночи с борта парохода сняли всех пассажиров, 300 иностранцев подверглись санитарной обработке и были размещены в бараках. Остальные пассажиры в ожидании дезинфекции находились на трех баржах. Для карантина пассажиров было развернуто почти 4 тыс. мест. Еще 50 мест были выделены для больных холерой. Ситуация осложнялась тем, что на станции обсервации было всего 18 больничных коек, а ее общая вместимость не превышала 200 мест. Тем не менее члены экипажа парохода и пассажиры были обследованы и санированы [3].

В 1906 г. городская дума г. Владивостока впервые утверждает должность городского санитарного врача; им становится В. Перватов, проработавший на этом посту много лет.

В начале 1912 г. в Приморской области работали всего два санитарных врача. К середине года в г. Владивостоке впервые вводится должность школьного врача, а для проведения текущего санитарного надзора открывается санитарно-гигиеническая лаборатория с врачом (химиком-бактериологом) и фельдшером. Создается медико-статистическое бюро, учреждается низший санитарный надзор, представленный шестью надзирателями и двумя дезинфекторами.

Гражданская война еще более усугубила напряженную эпидемиологическую ситуацию. В связи с этим в 1919 г. выходят дополнения и изменения к правилам о санитарно-исполнительных комиссиях на железных дорогах. В правилах описывались полномочия и направления деятельности комиссий по борьбе с эпидемиями чумы и возвратного тифа и указывалось на создание в г. Владивостоке чумного городка. Кроме бараков для размещения больных, в чумном городке были сформированы дезинфекционный отряд и бактериологическая лаборатория.

В 1921 г. в Приморской области в условиях продолжавшейся Гражданской войны возникла эпидемия чумы. Из-за отсутствия противочумных учреждений противоэпидемические мероприятия были поручены врачебно-санитарной службе Уссурийской железной дороги. На узловых станциях работали участковые санитарно-исполнительные комиссии. Помещения вокзалов, перроны и вагоны дезинфицировались карболовым раствором. Фельдшера осматривали всех прибывающих пассажиров. Больных с симптомами инфекционных заболеваний изолировали в санитарных вагонах, следовавших в составе пассажирских поездов.

Между станциями Владивосток и Угольная с 8 марта 1921 г. курсировал пятнадцативагонный противочумный поезд. В нем размещались изолятор, обсерватор, аптека, лаборатория, кузница, дезинфекционная камера, баня, морг. В штате поезда состояли 2 врача, 4 фельдшера, 1 дезинфектор, 10 санитаров и 6 охранников (карантинная стража). На бригаду поезда возлагалась функция врачебного осмотра и термометрия пассажиров. В период с 18 марта по 5 июля 1921 г. персоналом противочумного поезда было осмотрено 110 200 пассажиров, на железнодорожных путях подобрано 13 и сожжено 17 трупов, изолировано 37 человек, транспортировано в противочумной городок 328 человек, обсервации подвергнуто 105 человек, изоляции — 83 человека [4].

После освобождения Приморья от белогвардейцев и интервентов осенью 1922 г. при Дальревкоме создается отдел здравоохранения (Дальздрав). В его состав вошли 5 губздравов, в том числе отдел здравоохранения Приморского губисполкома. Приказом начальника Приморского губернского революционного комитета формируется Губернский санитарно-медицинский подотдел. Одновременно начинают работу уездные и районные медико-санитарные депроизводства.

На острове Русский открывается санитарно-наблюдательная станция. В конце 1922 г. в ее штате со-

стояло 8 санитарных работников, спустя год их число увеличилось до 28. В 1923 г. учреждаются уездные и районные отделы здравоохранения¹.

В период с 1924 по 1929 г. материально-техническая база здравоохранения Приморья стремительно развивалась: появились новые медицинские учреждения, были расширены штаты медицинских работников. В 1929 г. только в г. Владивостоке работало 10 санитарных врачей, в том числе 6 школьно-санитарных. В 1930 г. открываются дезинфекционная станция и санитарное бюро с 6 санитарными врачами всех специальностей и одним врачом-эпидемиологом².

С 1932 по 1939 г. при Приморском областном исполнительном комитете работал Приморский областной отдел здравоохранения. В его задачи входили надзор за учреждениями здравоохранения, контроль лечебного и санитарного дела, улучшение охраны здоровья трудящихся путем снижения заболеваемости и смертности, санитарный надзор на промышленных предприятиях³.

Важнейшей задачей Приморского областного отдела здравоохранения в 1932—1933 гг. стала борьба с эпидемией сыпного тифа⁴.

В 1936 г. при городских и районных здравотделах Приморской области созданы государственные санитарные инспекции, просуществовавшие до 1949 г. В июне 1948 г. начинает работу Владивостокская городская санитарно-эпидемиологическая станция (СЭС). В декабре 1948 г. открывается Приморская краевая СЭС второй категории, первым главным врачом которой стала эпидемиолог З. К. Колесникова. В 1950 г. в составе краевой СЭС функционировали санитарный, эпидемиологический и бактериологический отделы⁵.

В последующее десятилетие система советского здравоохранения была реорганизована, что повлекло за собой укрупнение санитарно-эпидемиологической службы. Приказом Министерства здравоохранения СССР от 01.02.1951 № 98 было утверждено «Положение о санитарно-противоэпидемической службе» с возложением на нее текущего санитарного надзора на всей территории СССР, а также предупредительного надзора за объектами районного и городского подчинения. В соответствии с этим положением при Приморской краевой СЭС создается санитарно-гигиеническая лаборатория, а в 1955 г. — паразитологический отдел, который возглавила В. С. Дорохова.

В 1956 г. на основании приказа Министерства здравоохранения от 11.03.1955 № 180-м «О реорганизации бруцеллезных и противомаларийных станций в отделы особо опасных инфекций при СЭС» создается отдел особо опасных инфекций (руководитель М. В. Федорова). В 1956 г. появляется радио-

логическая группа, в 1958 г. — дезинфекционный отдел. В 1960 г. при паразитологическом отделе были организованы вирусологическое и гельминтологическое отделения. В 1966 г. при радиологической группе открылась радиохимическая лаборатория⁶.

К 1968 г. в составе санитарно-эпидемиологической службы Приморского края работали 40 СЭС и санитарно-эпидемиологические отделения при Пожарской и Чкаловской районных больницах, 47 санитарно-бактериологических и 11 санитарно-гигиенических лабораторий, радиологическая лаборатория, дезинфекционная и противочумная станции с двумя отделениями и одной самостоятельной лабораторией, НИИ эпидемиологии и микробиологии. В 1972 г. санитарно-эпидемиологическое благополучие Приморского края обеспечивали 185 санитарных врачей, 462 средних медицинских работника и 53 врача-инфекциониста [5].

В 1999 г. был принят новый Федеральный закон «О санитарно-эпидемиологическом благополучии населения», уточнивший основные положения закона 1991 г. и включавший принципиальные положения, которые ранее регулировались подзаконными актами.

Во исполнение Указа Президента Российской Федерации от 09.03.2004 № 314 «О системе и структуре федеральных органов исполнительной власти», распоряжения Правительства Российской Федерации от 13.01.2005 № 23-р «О создании федеральных государственных учреждений здравоохранения — центров гигиены и эпидемиологии, подведомственных Роспотребнадзору» и приказа Федеральной службы по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека от 18.01.2005 № 5 «О проведении реорганизации центров Госсанэпиднадзора» в 2005 г. санитарно-эпидемиологическая служба Приморского края была вновь реорганизована. Ей были переданы функции Министерства экономического развития и торговли РФ в сфере надзора на потребительском рынке, Министерства РФ по антимонопольной политике и поддержке предпринимательства — в сфере защиты прав потребителей.

В настоящее время Управление Федеральной службы по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека по Приморскому краю является территориальным органом Федеральной службы по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека. В состав Управления входят 7 территориальных отделов в городах Находка, Уссурийск, Дальнегорск, Лесозаводск, Спасск-Дальний, Партизанск, Арсеньев. Структура Управления в Приморском крае представлена также ФБУЗ «Центр гигиены и эпидемиологии в Приморском крае», учреждениями дезинфекционного профиля, ФКУЗ «Приморская противочумная станция» Роспотребнадзора.

Санитарно-эпидемиологическая служба Приморского края тесно взаимодействует с органами государственной и исполнительной власти, обще-

¹ Государственный архив Приморского края (ГАПК). Ф. Р-86. Оп. 1. Д. 3а. Л. 1.

² ГАПК. Ф. Р-86. Оп. 1. Д. 24. Л. 48.

³ ГАПК. Ф. Р-341. Оп. 2. Д. 3. Л. 14—16.

⁴ ГАПК. Ф. Р-341. Оп. 1. Д. 4.1. Л. 7—14.

⁵ ГАПК. Ф. Р-318. Оп. 1. Д. 61. Л. 17.

⁶ ГАПК. Ф. Р-318. Оп. 1. Д. 61. Л. 67—69.

История медицины

ственными организациями, подтверждая свою необходимость и значимость в решении вопросов охраны здоровья населения и обеспечении его санитарно-эпидемиологического благополучия.

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

ЛИТЕРАТУРА

1. Приказ командира Владивостокского порта от 7 июня, № 336. *Газета «Владивосток»*. 1893;24:1.
2. Хроника. *Газета «Владивосток»*. 1893;24:4.
3. Мизь Н. Г., Турмов Г. П. Страницы забытой истории Владивостока. Владивосток: Изд-во ДВГУ; 2000.
4. Основные этапы развития санитарно-эпидемиологической службы на железнодорожном транспорте. ФБУЗ «Центр гигиены и эпидемиологии по железнодорожному транспорту». Доступно по ссылке: <http://www.fcrw.ru/i1.html>
5. Маслов Д. В., Полякова М. В., Будаева И. Б., Некрасова Н. А. История развития государственной санитарно-эпидемиологи-

ческой службы Приморского края. *Здоровье. Медицинская экология. Наука*. 2012;3(49):2—5.

Поступила 18.04.2016
Принята в печать 21.02.2017

REFERENCES

1. Order of the commander of the port of Vladivostok on June 7, number 336. *The newspaper «Vladivostok»*. 1893;24:1 (in Russian).
2. Chronicle. *The newspaper «Vladivostok»*. 1893;24:4 (in Russian).
3. Miz N. G., Turmov G. P. Pages forgotten history of Vladivostok [Stranicy zabytoi istorii Vladivostoka]. Vladivostok: Far Eastern National University Publishing House; 2000 (in Russian).
4. The main stages of development of sanitary-epidemiological service on the railways [Osnovnye etapy razvitiya sanitarno-epidemiologicheskoi sluzhby na zheleznodorozhnom transporte]. FBUZ “Rail Transport Center for Hygiene and Epidemiology”. Available at: <http://www.fcrw.ru/i1.html> (in Russian)
5. Maslov D. V., Polyakova M. V., Budaeva I. B., Nekrasova N. A. The history of development of the state sanitary-epidemiological service of the Primorsky Territory. *Health. Environmental health. The science*. 2012;3(49):2—5 (in Russian).

Васина Т. А.

ОРГАНИЗАЦИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ В ГОРНОЗАВОДСКИХ ОКРУГАХ КАМСКО-ВЯТСКОГО РЕГИОНА В ДОРЕФОРМЕННЫЙ ПЕРИОД (КОНЕЦ XVIII — ПЕРВАЯ ПОЛОВИНА XIX в.)

ФГБУН «Удмуртский федеральный исследовательский центр Уральского отделения Российской академии наук», 426067, г. Ижевск

Рассмотрено становление профессиональной медицинской помощи в горнозаводских округах Камско-Вятского региона в дореформенный период (конец XVIII — первая половина XIX в.). Автор анализирует историю создания в крае госпиталей горного и военного ведомств, источники финансирования, снабжение лечебных заведений лекарствами и расходными материалами, решение кадрового вопроса, взаимодействие заводской администрации и медицинского персонала, лечебно-профилактическую и просветительную деятельность врачей, борьбу с оспой и другими эпидемическими заболеваниями, противодействие «народной медицине», результативность деятельности учреждений здравоохранения. Сделаны выводы, что развитие медицинской помощи в изучаемый период сопровождалось рядом трудностей: преобладали проблемы материального оснащения, подготовки и привлечения специалистов, вместительности госпиталей (т. е. наблюдался явный недостаток врачей и коек на душу населения). К концу изучаемого периода больницы при промышленных поселениях стабильно функционировали в качестве составной части разветвленной системы заведений социальной инфраструктуры Урала.

К л ю ч е в ы е с л о в а : Камско-Вятский регион; горнозаводское население; здравоохранение; госпитали горного и военного ведомств; медицинские кадры; лечебно-профилактическая и просветительная деятельность.

Для цитирования: Васина Т. А., Организация медицинской помощи в горнозаводских округах Камско-Вятского региона в дореформенный период (конец XVIII — первая половина XIX в.). Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. 2019;27(2):204—209. DOI: <http://dx.doi.org/10.32687/0869-866X-2019-27-2-204-209>

Для корреспонденции: Васина Татьяна Анагольевна, канд. ист. наук, старший научный сотрудник Удмуртского федерального исследовательского центра УрО РАН, e-mail: tatjasch@mail.ru

Vasina T. A.

THE ORGANIZATION OF MEDICAL CARE IN THE MINING AND SMELTING OKRUGS OF THE KAMA VYATKA REGION IN THE PRE-REFORM PERIOD (END OF XVIII-FIRST HALF OF XIX CENTURIES)

The Federal State Budget Institution of Science “The Udmurt Federal Research Center of the Ural Branch of the Russian Academy of Sciences”, 426067, Izhevsk, Russia

The article considers becoming of professional medical care in mining and smelting okrugs of the Kama Vyatka region in the pre-reform period (end of XVIII-first half of XIX centuries). The analysis is presented concerning the history of organization in the Kray of hospitals of mining and military departments, sources of financing, provision of curative institutions with medications and active storages, solution of personnel problem, interaction between factorial administration and medical personnel, curative preventive and educational activities of physicians, struggle with smallpox and other epidemiological diseases, counteraction to “traditional medicine”, effectiveness of functioning of health care institutions. The conclusions are made that development of medical care during studied period was accompanied by number of such predicaments as material equipping, training and mobilization of specialists, roominess of hospitals (i.e. obvious deficiency in physicians and beds per capita was observed). To the end of studied period hospitals at industrial settlements functioned stably as an integral part of ramified system of establishments of social infrastructure of the Ural.

К е у о р д с : the Kama Vyatka region; mining and smelting population; health care; hospitals of mining and military departments; medical personnel; curative preventive and educational activities.

For citation: Vasina T. A. The organization of medical care in the mining and smelting okrugs of the Kama Vyatka region in the pre-reform period (end of XVIII-first half of XIX centuries). *Problemi socialnoi gigieni, zdravookhraneniya i istorii meditsiny*. 2019;27(2):204—209 (In Russ.). DOI: <http://dx.doi.org/10.32687/0869-866X-2019-27-2-204-209>

For correspondence: Vasina T. A., candidate of historical sciences, the senior researcher of the Federal State Budget Institution of Science “The Udmurt Federal Research Center of the Ural Branch of the Russian Academy of Sciences”. e-mail: tatjasch@mail.ru

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

Acknowledgment. The study had no sponsor support

Received 21.03.2018
Accepted 26.04.2018

Исследования в области социальной истории, концентрирующей внимание на обстоятельствах жизни российского общества, занимают одно из значимых мест в исторической науке. В связи с этим представляется актуальным обращение к истории развития отечественного здравоохранения в конце XVIII — первой половине XIX в. на примере горнозаводских округов Камско-Вятского региона. Достижение заявленной цели, т. е. раскрытие специфики формирования учреждений здравоохранения в гор-

ном ведомстве, требует решения ряда исследовательских задач: изучения вклада заводской администрации в организацию квалифицированной медицинской помощи, выявления численности медицинского персонала, анализа его деятельности, определения результативности работы госпиталей. Становление медицинской помощи в горнозаводских округах рассматривается на примере ряда государственных и частных заводов Вятской и Пермской губерний: Камско-Воткинского (построен в 1759 г.),

История медицины

Ижевского (1760 г.; с основанием в 1807 г. оружейного производства передан в военное ведомство), Пудемского (1759), Залазнинского (1772), Омутнинского (1775), Камбарского (введен в строй в 1767 г.).

Первые госпитали для стационарного лечения больных на изучаемой территории появились при казенных Камских заводах — Камско-Воткинском и Ижевском; в частных горнозаводских округах заводчики в основном ограничивались созданием в домах приемных покоев. Казенные госпитали и аптеки функционировали на основании заводских штатов, штата медицинской части казенных предприятий Урала от 9 июня 1798 г. В XIX в. основополагающим документом, детально регламентировавшим управление врачебной частью горного ведомства, стал «Проект Горного положения для управления заводов хребта Уральского» от 13 июля 1806 г. (далее — Проект). Глава XII (§§ 678—720) данного документа освещала положение госпиталей и медицинских чинов. В соответствии с Проектом каждый завод или селение при руднике, где трудились свыше 200 человек, был обязан иметь госпиталь и при нем лекаря; при горном правлении и горных начальниках создавалась должность штаб-лекаря (§ 678). Госпитали содержались за счет заводской суммы, персоналу выдавалось жалованье по окладам «Положения для медицинского управления по армии и флоту» от 4 августа 1805 г. (§ 679). Право на лечение предоставлялось всем заводским служащим, в том числе классным чиновникам (§ 681). Больные бесплатно получали лекарства, пищу, постельное белье и одежду, но в период пребывания в медицинском учреждении теряли половину жалованья и провиант (§§ 683—684). Содержание больных осуществлялось на основании «Штата о полевых полках», а содержание аптеки — на основании «Положения для полевых аптек» (§§ 685—686). Врачебные обязанности заключались в лечении горнозаводского населения в госпитале и на дому, назначении медикаментов и диеты больным, приготовлении лекарств, ведении отчетности (§§ 695—709) [1, 2]. Изложенные в Проекте правила деятельности госпиталей, назначения медицинского персонала, его обязанности были подтверждены Уставом горным Свода законов Российской империи (§§ 888—924 — Об устройстве врачебной части при казенных горных заводах, §§ 1358—1364 — О порядке врачебной части и общественного призрения на посессионных и § 1404 — на владельческих заводах) [3].

В 1808—1809 гг. в Ижевском и Камско-Воткинском заводах были введены в эксплуатацию специальные госпитальные здания, включавшие комплекс построек медицинского и хозяйственного назначения. Воткинский госпиталь имел больничные палаты на 70 мест, аптеку, аптекарский огород, баню, кладовые¹. Ижевский госпиталь был рассчитан на 150 мест и включал три корпуса, соединенных коридорами, флигель с баней и прачечной, лабораторию, до-

мик для анатомирования, еще одну баню и два погреба с амбаром². В 1830—1857 гг. здесь размещалась и богадельня для заводских рабочих. Лечебные заведения при частных предприятиях были меньше. Камбарский госпиталь со «службами», по данным на 1846 г., был рассчитан всего на 10 кроватей (в 1855 г. — на 15)³. В Омутнинском заводе строительство госпиталя на 15 мест было начато только в 1846 г. (введен в строй в конце 1850 г.) [4].

Врачебные учреждения содержались за счет заводской суммы. Так, по штату Ижевского оружейного завода 1807 г. на госпиталь отпускалось 2000 руб. в год⁴, в 1829 г. по штату оружейного завода — 10 775 руб., железоковательного — дополнительно 2000 руб. [5]. По штатному расписанию Камско-Воткинского горного округа 1847 г. на оплату жалованья медицинского персонала и материальное оснащение выделялось 7268 руб. 90 коп., в том числе 2100 руб. на лекарства⁵. На балансе омутнинских госпиталя и аптеки в 1857 г. состояло 3570 руб. 18 коп.⁶. Госпитальная сумма формировалась также путем вычетов из заработной платы заводских служащих. Например, в военном ведомстве в соответствии с положением от 22 марта 1798 г. на медикаменты отчислялось с офицеров по 1,5%, с нижних чинов — по 1% [6]. В 1829 г., согласно «Положению для Ижевского оружейного завода», вычеты составляли 2,5% жалованья [5].

Лекарства и иные расходные материалы поставлялись из главных аптек Санкт-Петербурга и Москвы, вольных аптек Казани, Вятки, Перми, из Нижнего Новгорода (Макарьевской ярмарки). В озерах ловились пиявки: они «доставляются в заводской госпиталь нарочно увольняемыми для этой цели мастеровыми, кои за это время получают от казны содержание, на каждого человека полагается доставить в продолжении лета 120 штук...»⁷. Омутнинская аптека покупала пиявок по цене 3 коп. серебром за штуку у крестьян Глазовского уезда (1848)⁸. Для Залазнинского завода лекарства первоначально покупались в Казани, а с 1840-х годов — в ближайшей вольной аптеке Вятки (каталог необходимых медикаментов утверждался Главной конторой заводов Мосолова)⁹.

Заводскому начальству вменялось в обязанность контролировать состояние госпиталей. Систематическое освидетельствование материально-технической базы лечебных учреждений военного ведомства проводил инспектор оружейных заводов, горного — медицинский инспектор уральских казенных и частных заводов.

² ЦГА УР. Ф. 4. Оп. 1. Д. 1545. Л. 28об.

³ Государственный архив Свердловской области (ГАСО). Ф. 43. Оп. 2. Д. 1317. Л. 26. Д. 1920. Л. 38.

⁴ ЦГА УР. Ф. 4. Оп. 1. Д. 13. Л. 4об.

⁵ ЦГА УР. Ф. 212. Оп. 1. Д. 5535. Л. 38—38об.

⁶ Государственный архив Кировской области (ГАКО). Ф. 496. Оп. 1. Д. 2. Л. 23об.—24.

⁷ ЦГА УР. Ф. 212. Оп. 1. Д. 5652. Л. 13.

⁸ ГАКО. Ф. 496., Оп. 3. Д. 29. Л. 43об.

⁹ ГАКО. Ф. 494. Оп. 1. Д. 8. Л. 68—68об., 200—201об., 242, 310—310об., Д. 24. Л. 192. 216—216об.

¹ Центральный государственный архив Удмуртской Республики (ЦГА УР). Ф. 212. Оп. 1. Д. 597. Л. 4—4об.

В целом объемы финансирования позволяли достичь достаточного уровня оснащения госпиталей, особенно казенных. Например, инспектор оружейных заводов И. М. Бакунин в 1833 г. отметил, что в Ижевске, несмотря на обветшание здания, «насчет белья, одежды, пищи и чистоты все было в отличном порядке»¹⁰. Госпиталь Камско-Воткинского завода в 1814 г. тоже был снабжен «достаточным количеством лекарственных учеников из детей мастерских и унтер-шихтмейстерских, имеет довольно богатую аптеку, недостает однако некоторых пособий, чтоб довести можно было оную до совершенства»¹¹. При госпитале сформировалась небольшая библиотека, так как заводская контора по заявкам врачей ежегодно приобретала необходимые издания. Так, в 1831 г. были заказаны «Изображение растений, преимущественно российских, употребляемых в лекарства и таких, которые наружным видом с ними сходны и часто за них принимаются, но лекарственных сил не имеют» И. А. Двигубского, «О незаразительности холеры. Наблюдения, сделанные в Москве В. Зубковым», «Теория и новейший способ лечения эпидемической холеры в Москве» М. Зика, «Краткое начертание женских болезней» К. Вестфальта, «Руководство к познанию и излечению младенческих болезней» А. Генке. На 1846 г. выписаны «Народно-врачебная газета „Друг здравия“» и «Парижская медицинская газета»¹². Всего к 1848 г. в госпитальной библиотеке насчитывалось 46 наименований книг и два периодических издания¹³. В 1853 г. медицинская часть воткинского госпиталя по-прежнему находилась «в известном хорошем порядке», а хозяйственная уже нуждалась в улучшении (требовались новое белье, форменная посуда для хранения лекарств, новая баня, ремонт аптеки)¹⁴.

В частных горнозаводских хозяйствах состояние медицинской сферы нередко оставляло желать лучшего [7]. Так, в начале 1851 г. замечания получил Омутнинский госпиталь: помещение к тому времени уже было построено, снабжено всем необходимым и в основном готово к приему больных, но еще не оштукатурено и не окрашено, не были введены в строй вспомогательные «службы», не хватало лекарственных учеников¹⁵.

Кадровая проблема в изучаемый период была особенно актуальной. Согласно Проекту, назначение медицинских чинов для горного правления и предприятий осуществлялось по ходатайству генерал-губернатора к министру внутренних дел по представлению берг-инспектора и горных начальников. Последние имели право самостоятельно приглашать лекарей и переводить их с одного завода на другой (§ 570) [1]. Тем не менее указ Уральского горного правления от 14 марта 1842 г. засвидетельствовал дефицит медицинского персонала: частные горноза-

водские хозяйства, состоявшие из нескольких предприятий, имели всего по одному врачу на округ, следовательно, в отдаленных заводах доступ к медицинской помощи был затруднен. В качестве временного решения вопроса горное начальство предложило сотрудничество между заводскими конторами. Таким образом, например, население Омутнинского и Пудемского заводов могло бы пользоваться услугами Залазнинского госпиталя и т. д. Но Залазнинским госпиталем, по данным на 1842 г., заведовал уездный врач, и, по мнению заводского управляющего Л. П. Снегирева, лучшим выходом из ситуации стало бы приглашение постоянного врача в Омутнинск, который одновременно обслуживал бы и жителей Залазны за дополнительную плату в 500 руб. ассигнациями в год¹⁶.

В середине XIX в. обязанности врача Омутнинского и Залазнинского заводов исполнял лекарь Э. К. Капеллер (с оплатой 2200 руб. в год), а в периоды его отпусков — врач Холуницких заводов соседнего Слободского уезда Вятской губернии. Кроме него, в Залазнинском госпитале лекарскими учениками работали крепостные заводские крестьяне М. Ченцов (в 1842 г. окончил фельдшерский курс при слободском уездном враче) и А. Путьятин с сыном¹⁷.

Некоторые сложности в пополнении медицинских кадров на рубеже XVIII—XIX вв. испытывали и казенные Ижевский и Камско-Воткинский заводы: госпитальные служители назначались из отставных мастеровых. При нехватке вспомогательного персонала штаб-лекарь приходилось не только наблюдать больных в палате, но и выдавать лекарства в аптеке. В Воткинске при среднем количестве больных до 70 человек в день утренние часы лекарь проводил в госпитале, а в аптеке появлялся не ранее 11 ч. Если число заболевших увеличивалось до 100—150, врач мог появиться в аптеке только после 13 ч¹⁸. Поэтому в помощь лекарю при Воткинской малой горной школе с 1811 г. была организована подготовка лекарственных и аптекарских учеников, обязанности которых заключались в составлении и отпуске медикаментов по рецептам врача, сборе лекарственных трав, составлении отчетов о расходовании лекарств. Сбор трав поручался также детям воткинских мастеровых: в 1825 г. они принесли лекарственных растений на сумму 547 руб. 14 $\frac{3}{4}$ коп., в 1830 г. — на 515 руб. 79 коп., в 1835 г. — 916 руб. 96 коп.¹⁹. Для Ижевского госпиталя травы собирали ученики заводской ланкастерской школы.

Штат Ижевского завода 1807 г. предусматривал наличие при госпитале доктора, лекаря, четверых лекарственных учеников, двух цирюльников и двух работников в аптеке и лазарете²⁰. По штату 1829 г. при

¹⁶ ГАКО. Ф. 494. Оп. 1. Д. 8. Л. 68—68об., 200—201об., 242, 310—310об.

¹⁷ ГАКО. Ф. 494. Оп. 1. Д. 8. Л. 68—68об., 200—201об., 242, 310—310об., Д. 23. Л. 150—150об., 160—160об., 183об.—184, 235—238, 290—290об., 293—293об.

¹⁸ ЦГА УР. Ф. 212. Оп. 1. Д. 597. Л. 4—4об.

¹⁹ ЦГА УР. Ф. 212. Оп. 1. Д. 4275. Л. 1—2, 4.

²⁰ ЦГА УР. Ф. 4. Оп. 1. Д. 13. Л. 4об.

¹⁰ ЦГА УР. Ф. 4. Оп. 1. Д. 204. Л. 27.

¹¹ ЦГА УР. Ф. 212. Оп. 1. Д. 597. Л. 4—4об.

¹² ЦГА УР. Ф. 212. Оп. 1. Д. 3883. Л. 8—8об., Д. 5431. Л. 102об.

¹³ ЦГА УР. Ф. 212. Оп. 1. Д. 5588. Л. 33—38об.

¹⁴ ГАСО. Ф. 43. Оп. 2. Д. 1412. Л. 1—2.

¹⁵ ГАКО. Ф. 496. Оп. 3. Д. 37. Л. 37—37об.

История медицины

Ижевском госпитале числились штаб-лекарь (жалованье 1500 руб. в год), лекарь (750 руб.), три фельдшера (старший и два младших; 45 и 36 руб. соответственно), комиссар (415 руб.) с двумя помощниками (60 и 20 руб.), писарь (90 руб.), 30 госпитальных служителей (по 7 руб. 50 коп.), в аптеке — гезель (300 руб.) и аптекарский ученик (120 руб.) [5]. В 1832 г. на службу была взята повивальная бабка.

Продвижение по службе медиков военного ведомства регулировалось «Планом о рангах» 1762 г., указом Павла I от 9 декабря 1799 г., штатами от 4 августа 1805 г. о чинах и жалованье в сухопутных госпиталях, «Табелью о новых окладах жалованья медицинских, фармацевтических и ветеринарных чинов сухопутного ведомства» от 6 ноября 1819 г., «Положением о госпиталях» 1816 г., «Положением о чинах военно-медицинского ведомства» от 1 апреля 1843 г. с расписанием должностей (выделялись 8 медицинских, 3 фармацевтических и 4 ветеринарных разряда) [6, 8]. В конце изучаемого периода старший врач Ижевского госпиталя по чинопроизводству относился к VII классу «Табели о рангах», по возрастным ограничениям службы — ко II разряду (62 года) «Расписания должностей военно-медицинского ведомства» от 27 ноября 1860 г., а по содержанию — к IV разряду (550 руб. оклада и 240 руб. столовых) «Расписания должностей военно-медицинского ведомства» от 17 апреля 1859 г.; управляющий аптекой по чинопроизводству относился к VIII классу, по «пределу» службы — к III разряду (60 лет), по содержанию — ко II разряду фармацевтических должностей (420 руб. жалованья и 180 руб. столовых)²¹.

По штату Камско-Воткинского завода 1828 г. при госпитале работали старший и младший лекари (1500 и 750 руб. в год), два старших и четыре младших лекарских ученика (по 240 и 180 руб.), повар (60 руб.), 14 служителей из мастеровых (по 48 руб.), два сторожа (по 24 руб.), три вольнонаемные прачки (по 60 руб.), предусматривалась должность смотрителя, ответственного за имущество (500 руб.); в аптеке — аптекарь (1000 руб.) и два аптекарских ученика (по 180 руб.) [9]. С 1826 г. госпиталь стараниями доктора С. Ф. Тучемского готовил для своих нужд акушерок. Штатное расписание 1847 г. включало уже 46 должностей: старшего и младшего лекарей, 7 фельдшеров, двух лекарских учеников, аптекаря, двух аптекарских учеников, комиссара (ответственного за материальную часть), повивальную бабку, ветеринарного врача, 26 госпитальных служителей, предусматривались должности письмоводителя, трубочиста и профоса (отвечающего за чистоту в помещении)²².

Право на получение медицинской помощи имели лица, числившиеся в заводском штате: мастеровые, оружейники, неременные (урочные) работники, заводские крестьяне, нижние чины, военнотружущие и прочие, занятые на производстве либо получавшие содержание от заводов, а также члены их семей. Так,

В Воткинском госпитале в 1860 г. получили медицинскую помощь 4 обер-офицера, 39 приказнослужителей, 33 ученика горной школы, 1034 мастеровых, 262 урочных работника, 31 жена и дочь мастеровых и урочных работников, 40 рядовых линейного Оренбургского батальона, 34 военнотружущих других ведомств, два арестанта (и еще свыше 1 тыс. человек лечились дома)²³.

В Ижевске в середине XIX в. насчитывалось уже свыше 19 тыс. жителей, а в округе — более 11 тыс. неременных работников. В этих условиях 150 госпитальных коек могли предназначаться только для тяжелых больных, а врачи главным образом практиковали амбулаторный прием. Рабочие с хроническими заболеваниями распускались из госпиталя по своим квартирам, чтобы не тратить на них «казенное иждивение».

Результативность деятельности медицинских учреждений определялась уровнем летальности. Расчеты, выполненные на основе архивных материалов, показали, что в Ижевском госпитале процент умерших в первой половине XIX в. колебался в пределах 1,8—7,1%, в Воткинском держался примерно на одном уровне (3,3—2,8%). При этом доля выздоравливавших в медицинских учреждениях была выше, чем дома: в 1840 г. в Воткинском госпитале излечились 2103 пациента (94,1% заболевших), а в домашних условиях — 1050 (62,1%), в 1849 г. — 1213 (99,1%) и 646 (49,1%) соответственно [10].

Деятельность врачей заключалась не только в ежедневном приеме больных, но и в изучении специфики и причин заболеваний, просветительной работе, сотрудничестве с заводской администрацией. В 1827 г. контора Камско-Воткинского завода предписала Управе благочиния обязать мастеровых при заболеваниях детей обращаться к врачу, так как доктором С. Ф. Тучемским была замечена высокая смертность детей от дизентерии, особенно в летние месяцы. В 1837 г. правление и полиция Ижевского завода запретили рабочим употреблять коренья и травы без дозволения лекаря.

В случаях появления эпидемий принимались экстренные меры. Так, при обнаружении осенью 1860 г. в Ижевском заводе холеры (с 12 сентября по 9 ноября заболел 91 человек) заводская администрация и полиция распорядились о срочной доставке в госпиталь лиц с характерными симптомами, приказали обывательским десятникам, «чтоб они, при окличке в своем околотке, наведывались о состоянии здоровья жителей и коль скоро узнают больных, в особенности желудком, тотчас же докладывали бы об этом полиции...». Старший лекарь И. С. Метаниев изменил диету больных (вместо гороховой «порции» ввел борщ с добавлением перца, вместо кваса — «сахарную воду» и травяной чай), на базе арестантской палаты сформировал инфекционное отделение с пятью служителями из числа «поторжных» работников завода, составил для населения памятку о мерах пре-

²¹ ЦГА УР. Ф. 4. Оп. 1. Д. 1408. Л. 5—6об.

²² ЦГА УР. Ф. 212. Оп. 1. Д. 5535. Л. 38—38об.

²³ ЦГА УР. Ф. 212. Оп. 1. Д. 7436. Л. 17об.—18.

досторожности, поручил фельдшерам осмотры мастеровых в вечерние смены²⁴.

Особое внимание уделялось борьбе с оспой. С 1811 г. на основании положения Комитета министров «О распространении прививания коровьей оспы в губерниях» в стране открывались комитеты по прививанию предохранительной оспы. В 1812 г. такой комитет появился в Камско-Воткинском заводе. В его состав вошли врачи госпиталя, заводской управляющий с помощником, горный исправник, вальдмейстер, полицмейстер и протоиерей. Оспопрививание проводили лекарские ученики под руководством врачей. Серебряными медалями Императорского Вольного экономического общества были награждены лекарский ученик А. Лушников, фельдшер О. Г. Жарихин (привил 4922 младенца и повторно еще 500 подростков, создал депо прививочного материала, «из которого оспопрививатели Сарапульского и других соседних уездов получают оспенную лимфу свежую и действительную»), урядник А. Е. Иванов (в 1846—1858 гг. привил 8469 человек)²⁵.

В Ижевском заводе стараниями медперсонала эпидемии оспы прекратились к концу 1850-х годов. Фельдшер Ф. Я. Ведерников был награжден серебряной медалью Вольного экономического общества (в 1847—1864 гг. привил свыше 13 тыс. детей)²⁶, а фельдшер П. А. Пушин — золотой.

В Залазнинском заводе награда имела денежную форму. Так, в первой половине 1854 г. лекарские ученики А. Путятин и М. Ченцов привили предохранительную оспу 111 детям, за что от Главной конторы заводов Мосолова получили 27 руб. 75 коп. (по 25 коп. за ребенка), а в 1860 г. за привитие 159 младенцев — 39 руб. 75 коп.²⁷

Кроме того, в Камско-Воткинском заводе с 1852 г. действовал Комитет общественного здоровья, цель которого заключалась в организации профилактических мер по предупреждению эпидемий и эпизоотий и в просвещении заводского населения. Комитет возглавил горный начальник, а его членами стали управитель завода, полицмейстер, горный исправник, старший врач, протоиерей, лесничие, старшие мастера и старшины урочных работников. Работа комитета состояла в популяризации труда С. Ф. Тучемского «Наставления, как предохранять себя от холеры во время эпидемий» [11], в распространении правил содержания домашнего скота, правил гигиены человека.

Особое значение придавалось борьбе со знахарством и убеждению горнозаводского населения в необходимости лечиться в госпитале, поскольку в изучаемый период была широко распространена «народная медицина». К примеру, на заводах Урала мастеровые верили, что для остановки кровотечения

следует высушить у огня окровавленную тряпку. На предприятиях Д. Е. Бенардаки рудокопы от боли в пояснице пили смесь вина, сока редьки, конопляного масла и серы, прогревались в бане [12, 13]. В Камско-Воткинском заводе в 1830-е годы приобрела известность «мастерская жена» А. Черепанова, которая парила младенцев, избавляла от сглаза («урока»). Для «лечения» различных заболеваний она чаще всего использовала травы, включая ядовитые (например, чемерицу), ольховый деготь, а также буру (от «горячки»), селитру (от «изнеможения»), камфору (для «очищения крови»), железный купорос (от болей в животе). По итогам следственного дела 1836—1837 гг. А. Черепанова была посажена в «караульню» при полиции на 10 суток («на хлеб и воду»)²⁸.

В целом можно утверждать, что благодаря открытию в Камско-Вятском регионе заводских госпиталей население горного и военного ведомств получило непосредственный доступ к врачебной помощи, соответствующей уровню развития медицины того времени. К концу изучаемого периода больницы при промышленных поселениях стабильно функционировали в качестве составной части разветвленной системы заведений социальной инфраструктуры Урала.

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

ЛИТЕРАТУРА

1. Проект Горного положения для управления заводов хребта Уральского. СПб.: Типография Шнора; 1806; 241—54.
2. Черноухов Э. А. Нормативная база организации и деятельности казенной горнозаводской медицины в XIX в. *История государства и права*. 2014;14:51—4.
3. Свод законов Российской империи. СПб.: Типография 2-го отделения собственной Е. И. В. канцелярии; 1842; Т. 7: 55—486.
4. Энциклопедия Омутнинского района. Киров: Дом печати — Вятка; 2009; 222—7.
5. Положение для Ижевского оружейного завода. СПб.; 1829; 1—92.
6. Столетие Военного министерства. 1802—1902. СПб.: Типография Министерства внутренних дел; 1902; Т. 8, Ч. 1: 57—9, 79, 92, 128, 192.
7. Черноухов Э. А. Социальная инфраструктура частных горных заводов Урала накануне отмены крепостного права. *Вестник Башкирского университета*. 2014;19(1):306—10.
8. Столетие Военного министерства. 1802—1902. СПб.: Типография поставщиков двора Е. И. В. товарищества М. О. Вольф; 1908; Т. 8, Ч. 2: 38.
9. Штат и положение для Камско-Воткинского железодельного завода. СПб.; 1828; 45—9.
10. Блинов М. Историко-статистическое известие о Камско-Воткинском заводе и тамошних вотяках. *Журнал Министерства внутренних дел*. 1855;(3):1—75.
11. Наставления, составленные доктором Тучемским, о средствах против холеры. *Вятские губернские ведомости*. 1854;(6):35—6.
12. Даль В. О народных врачебных средствах. *Прибавление к Вятским губернским ведомостям*. 16.09.1844;(38):223.
13. Простое средство от поясничной боли. *Вятские губернские ведомости*. 1845;22:144.

Поступила 21.03.2018
Принята в печать 26.04.2018

REFERENCES

1. The draft Mining Regulations for the management of the factories of the Ural Ridge [*Proekt Gornogo polozheniya dlya upravleniya za-*

²⁴ ЦГА УР. Ф. 4. Оп. 1. Д. 1284. Л. 1—1об., 3, 5об., 8—9, 37—37об., 40—40об.

²⁵ ЦГА УР. Ф. 212. Оп. 1. Д. 7250. Л. 79об.—80, Д. 7495. Л. 1—2.

²⁶ ЦГА УР. Ф. 4. Оп. 1. Д. 1696. Л. 1—2, 5.

²⁷ ГАКО. Ф. 494. Оп. 1. Д. 24. Л. 192. 216—216об., Д. 23. Л. 150—150об., 160—160об., 183об.—184, 235—238, 290.

²⁸ ГА УР. Ф. 212. Оп. 1. Д. 4449. Л. 3—8.

История медицины

- vodov khrebita Ural'skogo*]. St. Petersburg: Tipografiya Shnora; 1806: 241—54 (in Russian).
2. Chernoukhov E. A. Normative base of organization and activity of state mining medicine in the XIX century. *Istoriya gosudarstva i prava*. 2014;14:51—4 (in Russian).
 3. Code of laws of the Russian Empire [*Svod zakonov Rossiyskoy imperii*]. St. Petersburg: Tipografiya 2-go otdeleniya sobstvennoy E. I.V. kantselyarii; 1842; Vol. 7:55—486 (in Russian).
 4. Encyclopedia of the Omutninsk district [*Entsiklopediya Omutninskogo rayona*]. Kirov: Dom pečhati — Vyatka; 2009: 222—7 (in Russian).
 5. Regulations of the Izhevsk arms factory [*Polozhenie dlya Izhevskogo oruzhey'nogo zavoda*]. St. Petersburg; 1829; 1—92 (in Russian).
 6. Centenary of the War Office. 1802—1902 [*Stoletie Voennogo ministerstva. 1802—1902*]. St. Petersburg: Tipografiya Ministerstva vnutrennikh del; 1902; Vol. 8: Part. 1: 57—9; 79; 92; 128; 192 (in Russian).
 7. Chernoukhov E. A. Social infrastructure of private mining plants in the Urals on the eve of the abolition of serfdom. *Vestnik Bashkirskogo universiteta*. 2014;19(1):306—10 (in Russian).
 8. Centenary of the War Office. 1802—1902 [*Stoletie Voennogo ministerstva. 1802—1902*]. St. Petersburg: Tipografiya postavshchikov dvora E. I.V. tovarishchestva M. O. Vol'f; 1908; Vol. 8:Part 2: 38 (in Russian).
 9. States and regulations of the Kama-Votkinsk iron-making factory [*Shtat i polozhenie dlya Kamsko-Votkinskogo zhelezodelatel'nogo zavoda*]. St. Petersburg; 1828: 45—9 (in Russian).
 10. Blinov M. Historical and statistical news about the Kama-Votkinsk factory and the local Votyaks. *Zhurnal Ministerstva vnutrennikh del*. 1855;(3):1—75 (in Russian).
 11. Instructions compiled by Dr Tuchemsky on the remedies against cholera. *Vyatskie gubernskie vedomosti*. 1854;(6):35—6 (in Russian).
 12. Dal' V. About folk medicine. *Pribavlenie k Vyatskim gubernskim vedomostjam*. 16.09.1844;(38):223 (in Russian).
 13. A simple recipe for lumbago. *Vyatskie gubernskie vedomosti*. 1845;22: 144 (in Russian).

ПАМЯТИ ОЛЕГА ПРОКОПЬЕВИЧА ЩЕПИНА

7 марта 2019 г. в Москве ушел из жизни Олег Прокопьевич Щепин, доктор медицинских наук, профессор, академик РАН, заслуженный деятель науки Российской Федерации, государственный деятель, выдающийся деятель советского здравоохранения, всемирно известный специалист в области социальной гигиены и организации здравоохранения, член редколлегии и главный редактор журнала «Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины» на протяжении многих десятилетий.

О. П. Щепин родился 6 апреля 1932 г. в Костромской области. В 1955 г. окончил Пермский государственный медицинский институт, в котором и работал на кафедре социальной гигиены и организации здравоохранения, был деканом санитарно-гигиенического факультета. В 1963—1967 гг., как сотрудник Всемирной организации здравоохранения, работал в странах Африки и штаб-квартире ВОЗ в Швейцарии. В 1967—1977 гг. — начальник Управления внешних сношений и член коллегии Министерства здравоохранения СССР, в 1977—1981 гг. — заместитель заведующего отделом науки и учебных заведений ЦК КПСС. Одновременно (1974—1981) возглавлял созданную по его инициативе первую в нашей стране кафедру организации здравоохранения зарубежных стран Центрального института усовершенствования врачей. В 1981—1988 гг. — первый заместитель министра здравоохранения СССР. В 1986 г. Олег Прокопьевич являлся председателем комиссии по лик-

видации медицинских последствий аварии на Чернобыльской АЭС.

С 1988 по 2013 г. О. П. Щепин — директор Национального научно-исследовательского института общественного здоровья имени Н. А. Семашко, а затем, до последних дней жизни, — его научный руководитель и руководитель научного направления.

Научные исследования О. П. Щепина затрагивают широкий круг проблем социально-гигиенической науки, общественного здоровья и организации здравоохранения, которым он посвятил более 400 научных работ, в том числе статей, монографий, учебников, различных руководств, пособий и рекомендаций. О. П. Щепин создал высокопрофессиональную научную школу в области социальной гигиены и организации здравоохранения, его учениками защищено более 50 докторских и кандидатских диссертаций.

Большое значение имели исследования О. П. Щепина по изучению состояния здоровья, становления и развития национальных систем здравоохранения в развивающихся странах. Глубокое многоаспектное изучение сложившихся проблем позволило дать объективную картину состояния общественного здоровья, обобщить тенденции и определить наиболее рациональные пути развития служб охраны здоровья. За цикл работ, посвященных проблемам тропической медицины и здоровья населения жарких стран, О. П. Щепин был отмечен премией им. П. Г. Сергиева Академии медицинских наук (1979).

Важным этапом объективного научного познания явилось проведенное О. П. Щепиным изучение здравоохранения в развитых странах. В отличие от господствовавшего в СССР долгое время негативного отношения к состоянию здравоохранения в капиталистических государствах, О. П. Щепин исследовал не только его отрицательные, но и положительные стороны, обосновав необходимость учитывать достижения и опыт зарубежного здравоохранения в процессе совершенствования служб охраны здоровья в нашей стране.

В результате этих исследований усилиями О. П. Щепина была разработана концепция системного подхода к решению проблем медико-географического страноведения, а цикл работ по проблемам медицинской географии был отмечен Государственной премией СССР (1985).

О. П. Щепин сформулировал важные представления об основных направлениях повышения эффективности общественного здравоохранения: изменениях состояния здоровья населения, росте потребности в медицинской помощи и новых требованиях к структуре службы здоровья; совершенствовании форм управления здравоохранением; роли трудовых коллективов и профсоюзов в повышении эффективности общественного здравоохранения; воспитании медико-гигиенической культуры населения; мировоззренческим, нравственным и правовым аспектам

История медицины

подготовки врача. В крупных работах в области охраны здоровья народа, основываясь на большом фактическом материале, дан критический анализ нерешенных проблем в этой области, намечены перспективы развития здравоохранения.

В конце 80-х годов прошлого века по инициативе О. П. Щепина 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 России. Чрезвычайно полезным оказалось изданное под редакцией и при участии О. П. Щепина 6-томное руководство «Медицинское страхование» (1992—1995), в котором впервые был представлен пакет организационных технологий по переходу в России к медицинскому страхованию граждан.

В более поздних исследованиях, выполненных под руководством О. П. Щепина, дан критический анализ отечественного и зарубежного опыта развития здравоохранения. Особое внимание уделено вопросам организации охраны здоровья граждан при различных формах собственности в здравоохранении, а также вопросам управления, планирования, финансирования и организации медицинской помощи.

На протяжении многих лет институт, возглавляемый О. П. Щепиным, являлся основным разработчи-

ком Государственного доклада «О состоянии здоровья населения Российской Федерации». Эта работа и ее руководитель были отмечены премией Президиума РАМН им. Н. И. Пирогова (1994).

Олег Прокопьевич — лауреат премии «Профессия — Жизнь» (2007). За заслуги в области медицины и здравоохранения ему присужден титул «Выдающийся государственный деятель в области медицины и здравоохранения» (2007).

В 2009 г. Олег Прокопьевич, как руководитель научного коллектива, стал лауреатом премии Правительства Российской Федерации в области науки и техники за цикл работ «Разработка и практическое применение мониторинга здоровья населения — основы совершенствования здравоохранения Российской Федерации».

О. П. Щепин награжден медалью «За заслуги перед отечественным здравоохранением», кавалер ордена Трудового Красного Знамени, двух орденов Дружбы народов и двух орденов «Знак почета».

Редколлегия и редакционный совет журнала, весь работавший с Олегом Прокопьевичем коллектив Национального института общественного здоровья имени Н. А. Семашко скорбит о тяжелой потере и выражает глубокое соболезнование родным и близким, друзьям и коллегам Олега Прокопьевича Щепина.