

HEALTH CARE STANDARDIZATION PROBLEMS

*Научно-практический
рецензируемый журнал*

Журнал включен в Перечень ведущих рецензируемых научных журналов и изданий, в которых должны быть опубликованы основные научные результаты диссертации на соискание ученой степени доктора и кандидата наук (редакция декабрь 2015 года)

Импакт-фактор РИНЦ на 2014 год 0,169

Адрес редакции:

115446, Москва, Коломенский пр., а/я 2,
ООО МТП Ньюдиамед

Тел./факс (495) 225-83-74

E-mail: mtpndm@newdiamed.ru

Internet: www.newdiamed.ru

Директор издательства:

Буланова В.А.

Технический редактор

Нерсисян М.Ю.

Компьютерная верстка:

ИП Прохоров О.В.

Индекс журнала 79284

по каталогу агентства РОСПЕЧАТЬ

«ГАЗЕТЫ И ЖУРНАЛЫ»

9—10 2016
(Сентябрь—Октябрь)

*При перепечатке ссылка
на журнал обязательна*

© Издательство «НЬЮДИАМЕД»

Формат 60×90/8

Печ. листов 7. Заказ № PR09-1016

Отпечатано в ООО «Авансед солиюшиз»

ПРОБЛЕМЫ СТАНДАРТИЗАЦИИ В ЗДРАВООХРАНЕНИИ

УПРАВЛЕНИЕ КАЧЕСТВОМ

Главный редактор А.И. Вялков

Редакционная коллегия:

В.А. Батурич

С.Г. Боярский

П.А. Воробьев
(зам. главного редактора)

А.П. Голубева

Е.В. Елисеева

Н.Н. Камынина

В.И. Кисина

В.В. Мадыанова

А.Ю. Малый

Л.С. Краснова

А.П. Столбов

С.Ш. Сулейманов

С.В. Сушин

И.В. Тюрина

(научный редактор)

Редакционный совет:

Б.А. Айнабекова (Казахстан)

Ю.Б. Белоусов (Москва)

А.В. Быков (Москва)

В.В. Власов (Москва)

А.И. Воробьев (Москва)

В.К. Леонтьев (Москва)

М.Д. Смит (США)

Р.А. Хальфин (Москва)

Е.П. Какорина (Москва)

Издательство «НЬЮДИАМЕД», Москва, 2016

**Редколлегия журнала «ПРОБЛЕМЫ СТАНДАРТИЗАЦИИ В ЗДРАВООХРАНЕНИИ»
просит авторов оформлять статьи, направляемые в редакцию,
в строгом соответствии с правилами.
ПРАВИЛА ОФОРМЛЕНИЯ СТАТЕЙ**

1. Журнал «Проблемы стандартизации в здравоохранении» публикует статьи, освещающие широкий круг проблем, связанных с управлением качеством в здравоохранении: лицензирование, аккредитация и сертификация, разработка и внедрение протоколов ведения больных и стандартов медицинской помощи, оценка качества медицинской помощи и мероприятия по повышению качества, клинико-экономический анализ (фармакоэкономика), медицина, основанная на доказательствах.
2. Статьи построены по традиционному для мировой научной периодики плану. Описание результатов оригинальных исследований должно быть структурировано по разделам: материалы и методы, результаты и обсуждение, выводы.
3. Статья должна быть представлена в редакцию в распечатанном виде с подписью авторов и обязательно на электронном носителе (дискете или CD). Статьи, направленные в редакцию по электронной почте, должны быть продублированы письмом.
4. Текст должен быть набран в текстовом редакторе Word в системе Windows. Перенос слов не делать.
5. Объем статьи, включая таблицы, литературу, реферат и резюме, не должен превышать 10 страниц, набранных шрифтом Times New Roman, 14 кеглем через полтора интервала.
6. В каждой научной статье журнала должны быть указаны следующие данные: фамилия, имя, отчество автора (полностью); место работы каждого автора в именительном падеже, должность автора, звание; **контактная информация для публикации** (почтовый адрес, телефон, e-mail); название статьи; аннотация; ключевые слова. Все данные должны быть приведены на русском и английском языках.
7. Желательно предоставление авторами информации о наличии у них конфликта интересов (наличие личных интересов, противоречащих общественным интересам, которые могут повлиять на объективность публикации). Декларация конфликта интересов авторов публикуется после статьи. Также желательно предоставление для публикации информации об источниках финансирования работ, описанных в статье.
8. Статья должна быть тщательно выверена автором, так как редакция не высылает корректуру.
9. Таблицы должны быть компактными, иметь название и ссылку в тексте. Цифры в них не должны расходиться с цифрами в тексте. Обязательна статистическая обработка со ссылкой на рассчитываемые коэффициенты.
10. Математические и химические формулы должны быть написаны четко с указанием на полях букв алфавита (строчных, прописных, греческих, латинских), показателей степени, индексов надстрочных и подстрочных.
11. К статье может быть приложено минимальное количество рисунков. Они должны быть представлены на дискете в любом графическом редакторе и в распечатанном виде и **доступны для редактирования**. Сканированные рисунки принимаются только при условии их хорошего качества. Журнал публикуется в черно-белом варианте, в связи с чем диаграммы и графики должны быть оформлены так, чтобы различия между столбиками, секторами, линиями и пр. были ясны при печати без использования дополнительных цветов (рекомендуется использовать штриховку или градации серого цвета). Рисунки не должны содержать текстовых надписей и обозначений, которые можно поместить в текст или подрисующие подписи. В тексте должна быть ссылка на каждый рисунок. Микрофотографии, фотографии и рентгенограммы должны быть размером 6 × 9 см и хорошего качества.
12. К статье должен быть приложен список использованной литературы **в порядке цитирования**. Библиографические ссылки в тексте должны даваться в квадратных скобках цифрами в соответствии с пристатейным списком литературы. Список литературы должен быть составлен следующим образом: Иванов И.И. Лечение артериальной гипертензии // Клин. геронтол. 1995. № 6. С. 56—59 или Петров А.А. Актуальная пульмонология. М.: НЬЮДИА-МЕД, 2007. С. 241—246. Возможны ссылки на электронные ресурсы. Например: Вардосанидзе С.Л., Шикина И.Б. Управление качеством и стандартизация медицинской помощи — основа обеспечения безопасности пациентов в стационарных лечебно-профилактических учреждениях // Пробл. стандарт. в здравоохран. 2006. № 6. С. 3—18. URL: <http://www.zdrav.net/doc/pr/2006/prc06/pdf> или Закон РФ «О средствах массовой информации» от 27.12.91 № 2124-1 (ред. 25.12.2008). Доступ из справ.-правовой системы «КонсультантПлюс».
13. Направление в редакцию работ, которые уже посланы в другие редакции или напечатаны в них, не допускается!
14. Все статьи рецензируются. Отрицательные рецензии и отзывы, содержащие замечания, требующие коренной или частичной переработки рукописи, пересылаются авторам, которые в кратчайший срок принимают решение либо об отзыве рукописи, либо о ее переработке. Исправленные рукописи также максимально быстро пересылаются в редакцию с комментариями авторов о выполнении рекомендуемых исправлений и (или) аргументированными возражениями по поводу замечаний рецензента. Рукопись, полученная позднее, чем через один месяц, будет считаться вновь поступившей.
15. Редакция журнала оставляет за собой право вносить стилистические изменения, включая названия статей, термины и определения, сокращать статьи, а также осуществлять литературное редактирование текста.
16. Публикация статей в журнале бесплатная.

*Статьи следует направлять по адресу:
115446, Москва, Коломенский проезд, а/я 2,
редакция журнала «Проблемы стандартизации в здравоохранении»
E-mail: mtprndm@newdiamed.ru*

ПЕРЕДОВАЯ СТАТЬЯ

**ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ИНСТРУМЕНТОВ
РАЗДЕЛЕНИЯ РИСКОВ И ПРОЦЕДУР
РАННЕГО ДОСТУПА К ЛЕЧЕНИЮ
В ЕВРОПЕЙСКОМ СОЮЗЕ**

Лэшек Борковски¹, И.Ю. Солодун², М.А. Холownя², Е.П. Евдошенко²

¹ Больница Вольского, г. Варшава, Польша

² Центр координации и проведения клинических исследований
Департамента здравоохранения города Москвы

**USE OF INSTRUMENTS OF RISK SHARING
AND SCHEMES OF EARLY ACCESS
TO TREATMENT IN THE EUROPEAN UNION**

Leszek Borkowski¹, I.Y. Solodun², M.A. Holownia², E.P. Evdoshenko²

¹ Wolski Hospital, Warsaw, Poland

² State Budgetary Institution of Moscow City «Center of Clinical Trials Management
and Performance of Moscow Department of Healthcare», Moscow, Russia

Любое включение нового лекарственного препарата (ЛП) в список, отпускаемых в системе государственного или страхового возмещения затрат (реимберсмент) на лекарственную терапию, связано с большими рисками уполномоченного органа исполнительной власти (регулятора) и остальных участников системы здравоохранения. Риски регулятора, при включении нового ЛП в перечень ЛП, отпускаемых по назначению врачей, касаются:

1) обоснованного выбора ЛП (необходимость отдельного регулирования возможности назначения врачом ЛП в рамках разрешенных при его регистрации показаний к медицинскому применению и обеспечения государственного возмещения затрат, при использовании этого же ЛП, пациентам с определенным ограниченным перечнем четко сформулированных клинических состояний, при которых соотношение пользы риска от проводимой терапии, экономически обосновано);

2) его эффективности в повседневной практике;

3) безопасности использования;

4) финансовых последствий для различных уровней системы здравоохранения.

Чтобы максимально снизить эти риски, регулятор использует государственные структуры, которые участвуют в процессе принятия решения сначала о регистрации препарата, а потом — о включение медицинской технологии в систему государственного возмещения затрат. Учреждение, ответственное за регистрацию лекарственных препаратов, оценивает документацию о клинических исследованиях с точки зрения подтверждения соответствия представленных заявителем (анг. *Marketing Authorisation Holder, MAH*) показаний к медицинскому применению. Агентство по оценке медицинских технологии оценивает эффективность и безопасность ЛП с позиции обоснованности возмещения затрат по определенным показаниям, которые должны

быть идентичны с одним, несколькими или со всеми из показаний, заявленных в характеристике ЛП (анг. *summary of product characteristics, SmPC*). Важным элементом правильно подготовленного отчета об оценке медицинской технологии, на основании которого принимается решение о включении или невключении ЛП в систему возмещения затрат, это результаты проведенной оценки медицинской технологии, полученные из других стран, где ранее было принято положительное или отрицательное решение — так называемый бенчмаркинг (анг. *benchmarking*).

Научные данные, которые обрабатываются при оценке медицинской технологии, дополняют регистрационную информацию относительно обоснованности реимберсента данной медицинской технологии. Часто в регистрационном досье отсутствуют фармакоэпидемиологические данные об эффективности ЛП и его влиянии на бюджет здравоохранения в данной стране. Поэтому клинические исследования, используемые при оценке медицинской технологии, должны быть правильно подобраны и структурированы, чтобы предоставить убедительные аргументы в пользу ЛП при принятии решения о его включении в систему возмещения затрат.

Безопасность. При оценке профиля безопасности следует обратить внимание на ее уровни:

- значительное улучшение профиля безопасности;
- улучшение профиля безопасности;
- эквивалентная токсичность;
- ухудшение состояния здоровья;
- значительное ухудшение состояния здоровья.

Эффективность. Ограничения, связанные с данными об эффективности, непосредственно влияют на решение о реимберсенте. Рекомендуется использование убедительных научных доказательств, например опубликованных результатов, по крайней мере двух и более качественных клинических исследований III фазы. Если их нет, а заявление основано на одном клиническом исследовании III фазы, тогда заявление нуждается в обязательном, разумном обосновании.

Для обеспечения доступа к ЛП, которые находятся на различных этапах их разработки, например, когда имеется только одно исследование II фазы, по заявке производителя регулятор

может принять решение о применении условной процедуры регистрации ЛП в ЕС (анг. *conditional marketing authorisation*) и/или ускоренной процедуры в США (анг. *fast track*). Такие процедуры относятся к ситуациям, когда речь идет о терапии серьезных, угрожающих жизни, инвалидизирующих или серьезно снижающих ежедневное функциональное состояние пациента заболеваний, таких как СПИД, болезнь Альцгеймера, хроническая сердечная недостаточность или онкологическая патология. Инициация такой процедуры возможна для незарегистрированных ЛП в случае отсутствия разрешенной лекарственной терапии по данному показанию или если результаты проведенных исследований говорят о превосходстве терапевтического эффекта или серьезном улучшении профиля безопасности по сравнению с альтернативными методами терапии, то есть при лечении таких заболеваний существует так называемая неудовлетворенная медицинская потребность (анг. *unmet medical need*). Этот путь позволяет допустить к использованию в повседневной клинической практике ЛП, который еще не завершил исследования III фазы, но по которому есть достаточно доказательств о безопасности использования и предварительные данные об эффективности при терапии «неудовлетворенной медицинской потребности».

Обсуждение механизма действия нового ЛП при сравнении его с другими лекарствами, отпускаемыми с реимберсментом, может иметь определенную ценность для принятия решения о финансировании затрат. Описывая болезнь, следует указать на «белые пятна» в лечении, которые исчезнут с началом использования, рассматриваемого ЛП. Это становится обоснованным в эпоху персонализированной медицины, когда можно, используя различные маркеры, точно определить пациента, у которого ЛП с наибольшей вероятностью вызовет положительный терапевтический эффект.

Схемы разделения рисков. Иногда данные, собранные на этапе регистрации ЛП и оценки медицинской технологии, могут быть недостаточными, чтобы принять окончательное решение о реимберсменте. В таком случае государственному плательщику необходимо уменьшить неопределенность, сводя к минимуму риски, связанные с возмещением затрат на ЛП для населения. В та-

кой ситуации приходится искать решения, которые делают доступными новые технологии для тех групп пациентов, которые особенно в них нуждаются, например, путем заключения соглашений о разделении рисков (англ. *Risk Sharing Agreements, RSA*). Такие соглашения представляют собой договор купли-продажи ЛП с неизвестной *конечной ценой*, когда продавец (в большинстве случаев производитель ЛП) уверен в его ценности и готов принять поощрение или взыскание, в зависимости от последствий применения лекарственной терапии, описанных в условиях договора. Такое соглашение позитивно как для продавца, так и для плательщика: оба хотят свести к минимуму риски, которые имеются у обеих сторон.

Соглашения о разделении рисков позволяют включать в систему реимберсента медицинские технологии при условии достижения заранее согласованных положительных медицинских результатов применения лекарства, сберегая финансы в остальных случаях. Это существенно повышает эффективность расходования финансовых ресурсов и в целом всей системы здравоохранения. Кроме того, использование инструментов разделения рисков позволяет подающему заявку на включение в систему реимберсента «сохранить лицо» по отношению к той стране, где в результате переговоров была установлена более высокая цена на тот же ЛП. Важно отметить, что в такой ситуации производитель-конкурент не обладает информацией, по какой фактической цене продается ЛП при разделении рисков, что делает сложнее ценообразование на ЛП других производителей. В литературе встречаются разные названия таких соглашений, например: *Risk Sharing Agreements, Risk Sharing Schemes, Patient Access Schering, Managed Entry Agreements*.

В Европейском Союзе используются следующие схемы разделения рисков:

- а) цена препарата зависит от определенных терапевтических эффектов;
- б) цена препарата зависит от размера поставки ЛП по сниженной цене;
- в) цена препарата зависит от определения размера рынка (количества пациентов, нуждающихся в данном препарате);
- д) цена препарата зависит от дополнительных услуг оплачиваемых производителем, например

цитологические или молекулярные исследования, определение уровня биомаркеров и т.д.;

е) цена препарата зависит от других льгот для государственного плательщика, например, снижения цен на другие ЛП от того же производителя, применяемые по другим показаниям.

Внедрение инструментов разделения риска увеличивает возможности переговоров для обеих сторон и ограничивает негативные последствия системы референтного ценообразования в данном регионе. Первые сообщения о применении схемы разделения рисков появились в 1997 г. В Португалии применили схему обратного платежа (*payback*): фармацевтическая компания вернула часть денег за ЛП в государственный бюджет из-за превышения планового размера бюджета на данный препарат [5]. В США также в 1997 г. инструменты разделения рисков стали применяться в случае назначения ЛП для стимуляции эритропоэза. В 2007 г. Американский плательщик дифференцировал расходы на лечение пациентов на диализе в зависимости от достижения определенных уровней гемоглобина и мочевины в крови [6]. В 1998 г., в США компания Мерк покрывала (возвращала) затраты на лечение пациентов симвастатином на срок до 6 мес лечения, если использование симвастатина в сочетании с диетой не приводило к снижению холестерина ЛПНП до заранее указанного лечащим врачом уровня [6].

Решение о применении схем разделения рисков следуют обычно из:

- неопределенности оценок эффективности наблюдательных исследований с широкими доверительными интервалами;
- клинического эффекта, полученного только в ограниченных субпопуляциях;
- сомнений в отношении безопасности терапии и возможности дальнейших негативных последствий в результате механизмов действия применяемого ЛП [7];
- высокой цены дозы ЛП или большого числа пациентов;
- экономической эффективности медицинской технологии, которая зависит от особенностей пациентов;
- сложности контролировать целенаправленность назначения препарата, риск использования врачами лекарства не по показаниям («*off-label*»);

- отсутствия знаний о количестве пациентов, нуждающихся в данном ЛП;
- отсутствия денег в бюджете на ЛП.

Схемы разделения рисков можно разделить на зависимые и независимые от последствий для здоровья отдельного пациента или населения в целом [7—9]. Последствия для здоровья могут быть проанализированы для дальнейшего исследования терапевтического эффекта, а затем осуществляется условное возмещение затрат плательщиком (анг. *conditional reimbursement*) или возмещение затрат, связанное с полученными последствиями для здоровья — клинической эффективностью (анг. *outcome based schemes*). Договора, основанные на клинических результатах, например, эффективность, измеряемая в рамках исследований, должны стимулировать и поддерживать инновации в медицине.

Договора, не зависящие от терапевтических результатов, нацелены на то, чтобы ограничить прямые расходы плательщика. К ним относятся:

- денежные скидки на количество упаковок, соответствующих месячным затратам на лечение;
- скидки в товарном выражении, например, бесплатная упаковка в начале лечения (анг. *primer starter*) или первый цикл лечения у пациента за счет производителя;
- соглашения, ограничивающие потребление (анг. *utilization caps*), когда плательщик покрывает расходы на лечение до установленного лимита, а выше платит фармацевтическая компания.

Следующий тип соглашений, не зависящих от последствий для здоровья, — это договора, заключенные на уровне горизонта всего населения:

- соглашения цена-объем (анг. *price-volume agreements*, PVA), когда обе стороны соглашаются на конкретный порог расходов по отношению к объему продаж. В случае если объемы продаж будут превышены, производитель обязан возместить дополнительные расходы плательщика в виде возврата средств, скидки, снижения цен.
- соглашения *payback*, которые состоят в том, что возвращается вся или часть суммы, когда превышен установленный договорной объем продаж лекарства, отпускаемого в рамках покрытия затрат.

Механизмы раннего доступа пациента к жизненно важным лекарствам включают в себя:

1) ускоренную процедуру допуска лекарств к обороту в рамках отступления от исследований, которые невозможно провести из-за этических и технических причин. Они определяются в Европейском Союзе как: *adaptive pathways*, *accelerated assessment*, *conditional marketing authorisation*;

2) разработку прозрачных положений, касающихся быстрого доступа к лекарственным препаратам, которые еще не зарегистрированы, но дают очень хорошие результаты в рандомизированных клинических исследованиях, в процедурах *compassionate use*, *treatment on a named patient basis*, *early access medicine scheme* (только Великобритания).

Благотворительно-испытательное использование или использование незарегистрированного ЛП в связи с исключительными обстоятельствами (анг. *Compassionate use, treatment on a named patient basis*) является законным доступом к еще не зарегистрированным, но уже демонстрирующим очень многообещающий прогресс в лечении препаратам, при отсутствии в настоящее время иных важных терапевтических методов лечения. Этот механизм представляет собой официальное пожертвование фармацевтической компанией незарегистрированного ЛП в ситуации серьезной угрозы жизни и здоровью пациента. Схема раннего доступа к лекарственному препарату (*early access medicines scheme*) является предоставлением пациентам возможности для быстрого доступа к препарату не зарегистрированному Европейским агентством по лекарственным средствам, при условии одобрения Агентства по регулированию лекарственных средств и медицинских препаратов. Британский компетентный орган оценивает преимущества и риски применения у пациента незарегистрированного препарата, минуя всю процедуру регистрации, проводимой Европейским агентством по лекарственным средствам. Такой ЛП получает статус перспективного инновационного лекарства (анг. *Promising Innovative Medicine, PIM*). Это ускорение касается только лекарств, предназначенных для клинического применения в тяжелых, угрожающих жизни состояниях. Для того чтобы получить статус *PIM*, препарат должен продемонстрировать преимущество над ранее ис-

пользованными стратегиями лечения или показать значительное улучшение соотношения терапевтическая польза — риск при серьезных побочных эффектах при использовании разрешенных медицинских технологиях. Такие препараты предоставляются бесплатно производителями в лечебное учреждение, где пациент будет иметь возможность лечиться данным инновационным препаратом.

В случае ЛП, уже получивших допуск к обороту, но не отпускаемых с реимберсментом, из-за, например, высокого показателя затраты—эффективность по сравнению с ранее используемой терапией в некоторых странах Европейского Союза была введена альтернатива для пациентов, которым эта новая молекула может продлить или спасти жизнь. К таким механизмам относятся:

1. *Drugs Found*, то есть целевые лекарственные фонды. Они могут быть созданы за счет бюджетных резервов государства или средств, полученных от страховых компаний или богатых отраслей, например энергетической, или за счет пожертвований, полученных от доноров, например от армии или клубов миллионеров и т.д. Каждый такой фонд имеет управляющий совет и так называемых независимых экспертов, которые назначаются специально для оценки данного лекарственного средства или заболевания.

2. *Coverage with evidence development, CED*. Поправка секции 137с немецкого *Sozialgesetzbuch U* в 2012 и 2013 гг. ввела так называемый условный реимберсмент инновационных ЛП, которые предлагают значительные клинические преимущества для диагностических и терапевтических методов, при условии наличия убедительных доказательств их эффективности и безопасности. При анализе такого условного реимберсента имеется возможность продемонстрировать дополнительные преимущества для пациентов по сравнению с ранее существующими стандартами терапии. Условный реимберсмент имеют, кроме Германии, также Франция, Голландия и Бельгия.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

1. На сегодняшний момент в Европейском Союзе представлен достаточный арсенал подходов для обеспечения доступа пациентов к инновационным методам лекарственной терапии.

2. Схемы разделения рисков находят все большее применение в случаях появления новых медицинских технологий, которые требуют от плательщика дополнительных расходов.

3. Тип инструмента распределения рисков зависит от конкретного ЛП, заявленного на реимберсмент, а также от финансового положения плательщика.

4. В ряде случаев необходимо обеспечение параллельного раннего доступа к некоторым важным ЛП вне процедуры реимберсента и государственной регистрации.

ЛИТЕРАТУРА

1. Council Directive 89/105/EEC of 21 December 1988 relating to the transparency of measures regulating the pricing of medicinal products for human use and their inclusion in the scope of national health insurance systems (OJ No L 40 of 11. 2. 1989 p. 8), Доступно по: http://ec.europa.eu/health/files/eudralex/vol-1/dir_1989_105/dir_1989_105_en.pdf. Ссылка активна на: 20.05.2016.
2. REGULATION (EC) No 141/2000 OF THE EUROPEAN PARLIAMENT AND OF THE COUNCIL of 16 December 1999 on orphan medicinal products (OJ L 18, 22.1.2000, p. 1). Доступно по: http://ec.europa.eu/health/files/eudralex/vol-1/reg_2000_141_cons-2009-07/reg_2000_141_cons-2009-07_en.pdf. Ссылка активна на: 20.05.2016.
3. Communication for the Commission to the European Parliament, The Council, The European Economic Committee and the Committee of the Regions on Rare Diseases Europe's challenges 2008, 679. Доступно по: http://ec.europa.eu/health/ph_threats/non_com/docs/rare_com_en.pdf. Ссылка активна на: 20.05.2016.
4. Council Recommendation of 8 June 2009 on an action in the field of rare diseases 2009/C151/02, доступно на сайте. Доступно по: <http://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/LexUriServ.do?uri=OJ:C:2009:151:0007:0010:EN:PDF>. Ссылка активна на: 20.05.2016.
5. Edpin J. Analysis of differences and commonalities in pricing and reimbursement system in Europe material EU 2007.
6. Carlson J. et. al. Payment to health outcomes: a taxonomy and examination of performance-based reimbursement schemes between healthcare payers and manufacturers. Health Policy, 2008.
7. Łanda. K. et. al.: Pricing, ceny leków refundowanych, negocjacje i podział ryzyka. CEESTAHС Warszawa/Kraków 2009.
8. Carlson J. et. al. Linking payment to health outcomes: A taxonomy and examination of performance-based reimbursement schemes between healthcare payers and manufactures. Health Policy. 2010.
9. Klemp M. et al. What principles should govern the use of managed entry agreements. Int. J. Technol. Assess Health Care. 2011; 27 (1): 77—83.

Сведения об авторах:

Борковски Лэшек — д-р мед. наук, заместитель Директора по вопросам экономического анализа и лекарственного обеспечения Вольской больницы в Варшаве. Польша, Варшава, ул. Каспшака 17, 01-211. Советник Президента Республики Польша по охране здоровья

Солодун Илья Юрьевич — заведующий отделом лекарственного обеспечения и фармакоэкономического анализа Центра координации и проведения клинических исследований Департамента здравоохранения города Москвы. Москва, ул. Минская 12, корп. 2. Тел. 8 (499) 144-00-28.

Холовня Мальвина Альбертовна — консультант по фармакоэкономике Центра координации и проведения клинических исследований Департамента здравоохранения города Москвы. Москва, ул. Минская 12, корп. 2. Тел. 8 (499) 144-00-28. E-mail: malwina.holownia@gmail.com

Евдошенко Евгений Петрович — канд. мед. наук, директор Центра координации и проведения клинических исследований Департамента здравоохранения города Москвы». Минская 12, корп. 2. Тел. 8 (499) 144-00-28.

About the author

Borkowski Leszek, MPharm, PhD — Deputy Director of Economic Analysis and Drug Supply of Wolski Hospital in Warsaw. Poland, 01-211 Warsaw, 17 Kasprzaka St., Advisor to the President of the Republic of Poland on health

Solodun Ilya Yurevich, MD — Head of Drug Provision and Pharmacoeconomic Analysis Department, State Budgetary Institution of Moscow City «Center of Clinical Trials Management and Performance of Moscow Department of Healthcare», Moscow, Russia. Moscow, 12k2 Minskaya St. Tel. 8 (499) 144-00-28. E-mail: cct@zdrav.mos.ru

Holownia Malwina Albertovna, MPharm — Consultant on Health Economics, State Budgetary Institution of Moscow City «Center of Clinical Trials Management and Performance of Moscow Department of Healthcare», Moscow, Russia. Moscow, 12k2 Minskaya St. Tel. 8 (499) 144-00-28. E-mail: malwina.holownia@gmail.com

Evdoshenko Evgeniy Petrovich, PhD, MD — Head of State Budgetary Institution of Moscow City «Center of Clinical Trials Management and Performance of Moscow Department of Healthcare», Moscow, Russia. Moscow, 12 k2 Minskaya St. Tel. 8 (499) 144-00-28. E-mail: cct@zdrav.mos.ru.

ОБЩИЕ ВОПРОСЫ СТАНДАРТИЗАЦИИ

КОМПЛЕКСНАЯ ОЦЕНКА РЕГИОНАЛЬНОЙ СИСТЕМЫ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ: ДАННЫЕ ОФИЦИАЛЬНОЙ СТАТИСТИКИ И СОЦИОЛОГИЧЕСКИХ ОПРОСОВ НАСЕЛЕНИЯ

О.А. Цыганова, С.В. Шульгина

Северный государственный медицинский университет, г. Архангельск

Данные социологических опросов в оценке деятельности системы здравоохранения все чаще используются при проведении реформирования отрасли. Проанализированы данные официальной статистики за период с 1998 по 2014 гг. Проведено социологическое исследование на территории Архангельской области в 2013 г. Полученные результаты анализа мнения населения только частично совпадают с данными официальной статистики. Подтверждена необходимость использования результатов социологического исследования при оценке системы здравоохранения.

Ключевые слова: оценка деятельности системы здравоохранения; социологическое исследование, отзывчивость системы здравоохранения

COMPREHENSIVE EVALUATION OF REGIONAL HEALTH SYSTEM: OFFICIAL STATISTICS AND PUBLIC OPINION POLL

O.A. Cyganova, S.V. Shulgina

Northern State Medical University, Arkhangelsk

Data from polls in assessing health system performance is increasingly being used in conducting the reform of the sector. Official statistics for the period from 1998 to 2014 was analyzed. A sociological study in the Arkhangelsk region in 2013 was conducted. The results of analysis of public opinion is only partly coincide with the data of official statistics. It reaffirmed the need to use the results of sociological research in the evaluation of the health care system.

Key words: evaluation of health system performance; a case study, the responsiveness of the health system

В последнее время государство уделяет большое внимание развитию системы здравоохранения. Проводимые программы реформирования здравоохранения направлены на повышение доступности и эффективности работы системы в целом [5]. На этом фоне анализ результатов проводимых мероприятий становится особенно актуальным. Медико-социальная оценка деятельности медицинских учреждений и связанного с ним уровня медицинского обслуживания во многом зависит от применяемых способов оценки, адекватности и оптимальности используемых показателей [2, 9]. Эффективность деятельности системы оказания медицинской помощи населению традиционно оценивается на основании данных официальной статистики. Вместе с тем использование для управленческого анализа только статистических показателей может привести к неправильным выводам и к принятию в дальнейшем ошибочных решений [4]. Дополнительные данные, полученные в результате опросов населения, позволяют оценить обратную связь на основе самооценки населением своего здоровья и качества работы медицинских организаций, расширяют данные официальной статистики и более полно раскрывают картину деятельности системы в целом [8]. Наиболее показательным является анализ результатов социологических опросов вместе со статистическими показателями.

Цель исследования — проанализировать возможность оценки деятельности региональной системы здравоохранения, используя результаты социологического опроса и данные официальной статистики.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Для анализа общественного мнения использовались результаты социологического исследования, отражающие мнение населения Архангельской области о медицинском обслуживании и деятельности системы в целом. Объем выборочной совокупности в популяции численностью 1 202 295 человек при максимальной абсолютной ошибке 5%, 95% доверительном уровне и ожидаемой распространенности 50% составил 600 человек. С учетом коррекции на кластерный подход к формированию выборки ее расчетный объем был увеличен на 25% и составил 750 человек. С учетом ожидаемого отклика на уровне 60% объем выборки составил 1200 человек. Расчет объема выборки проводился с использованием EpiInfo 7.

Сбор статистического материала проводился методом анкетирования. Форма проведения — подво-

ровые обходы. В нем приняли участие 1416 человек, это превысило полученный в результате расчета теоретический объем выборки на 18%. Выборочная совокупность формировалась из жителей Архангельской области. Репрезентативность выборки обеспечена соблюдением пропорций между городским и сельским населением, количеством населения в городах и районах области. Включение респондентов в выборочную совокупность осуществлялось методом кластерной выборки. Анкетирование проводилось в период с октября 2012 по январь 2013 г. Для сравнительного анализа самооценки населением своего здоровья использовались данные обследования качества жизни населения регионов Северо-Западного федерального округа (СЗФО), выполненные в 2008 г. [8]. При анализе ресурсной базы и деятельности системы здравоохранения Архангельской области использовались статистические данные Федеральной службы государственной статистики Архангельской области за 1998—2014 гг.

РЕЗУЛЬТАТЫ И ОБСУЖДЕНИЕ

Уровень здоровья населения является общим результатом деятельности системы здравоохранения [4]. В результате статистического анализа показателей, характеризующих состояние общественного здоровья, отмечается ухудшение практически по всем показателям (рис. 1).

Результат анализа самооценок здоровья населения показал, что с 2008 г. на 12,3% уменьшилась доля жителей области, оценивающих свое здоровье как «хорошее, очень хорошее»; на 1,1% выросло число лиц, оценивающих свое здоровье как «плохое, очень плохое»; и на 11% выросла оценка «удовлетворительное» (табл. 1).

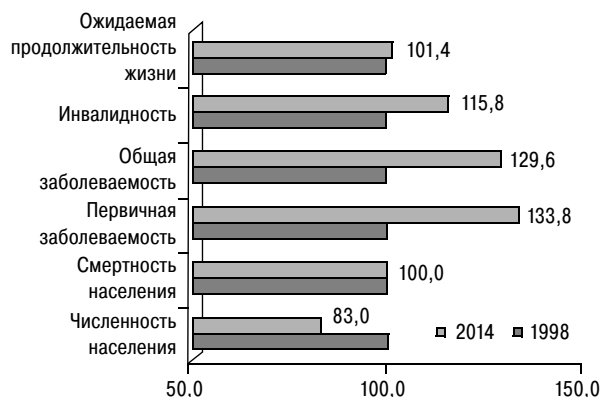


Рис. 1. Темп роста (снижения) показателей общественного здоровья населения Архангельской области, 1998—2014 гг., %

Таблица 1
Оценка состояния собственного здоровья жителями
Архангельской области (в % от числа опрошенных)

Год	Оценка здоровья		
	хорошее, очень хорошее	удовлетво- рительное	плохое, очень плохое
2008	42,4	46,9	10,7
2013	30,1	58,1	11,8

Связь между показателями состояния общественного здоровья и результатами самооценки здоровья населением несомненна. Анализ показал, что с ухудшением показателей общественного здоровья оценка населением своего здоровья также снижается.

Самооценка населением своего здоровья — это субъективное восприятие, и на данный показатель могут влиять различные факторы [3, 6]. Но в качестве исследований пилотного характера значение исследования самооценки здоровья огромно. При анализе статистических показателей и результатов социологических опросов можно получать не только данные, характеризующие состояние общественного здоровья на определенный момент времени, но и выявлять динамику состояния здоровья в регионе в целом и в различных социальных группах населения [4]. Расширяя область исследования можно раскрыть особенности взаимодействия населения с системой здравоохранения, оценить группы факторов риска для здоровья, рассмотреть связь здоровья с элементами внешней среды. Результаты таких исследований позволяют провести более детальную оценку социальной эффективности здравоохранения, а также создают основу для разработки долгосрочных социально ориентированных программ в сфере охраны здоровья населения.

Для оценки деятельности системы здравоохранения проанализированы показатели, характеризующие доступность медицинской помощи и уровень удовлетворенности населения медицинским обслуживанием. Анализ данных официальной статистики о деятельности учреждений здравоохранения, оказывающих стационарную помощь, показал, что снизилось общее число больничных учреждений (–51,0%) и обеспеченность населения койками (–12,8%), при этом вырос оборот койки (48,6%) при незначительном изменении уровня госпитализации (1,3%) (рис. 2). Деятельность учреждений, оказываю-

щих первичную медико-санитарную помощь, характеризуется как увеличением их числа (6,1%), так и мощности (38,1%). Среднее число посещений на человека в год выросло на 8% к уровню 1998 г. Динамика показателей является результатом реструктуризации системы, которая имела целью повышение эффективности работы стационаров и перенос основных объемов медицинской помощи из госпитального сектора в амбулаторный.

При проведении социологического исследования проанализировано мнение населения о желании сменить медицинскую организацию для получения медицинской помощи. По результатам оценки критерия «выбор медицинской организации» доля лиц, не имеющих желание поменять учреждение здравоохранения (46,4%), превышает удельный вес желающих лишь на 5,8% (40,6%). Вместе с тем респонденты, занявшие нейтральную позицию (13%), подчеркивали, что объективно не имеют такой возможности из-за территориальной удаленности места жительства от других медицинских организаций.

Результаты анализа показателя «транспортная доступность» медицинской организации характеризуется самым высоким уровнем субъективизма. Даже при расположении городских поликлиник в шаговой доступности многие пожилые люди оценивали транспортную доступность как низкую. В целом доля высоких оценок составила 54,3%, уровень средних и низких оценок различаются незначительно (23,8 и 21,9% соответственно).

Основной показатель социальной эффективности — удовлетворенность населения полученной медицинской помощью. Доля лиц полностью (18,7%) и частично удовлетворенных (59,0%) медицинской помощью по результатам исследо-

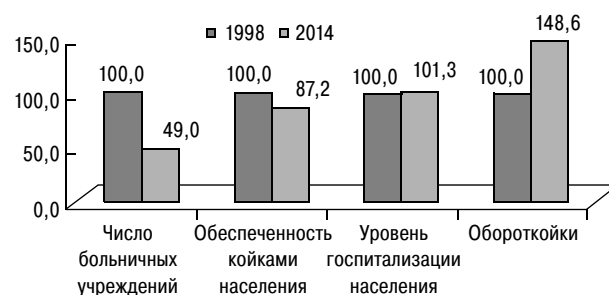


Рис. 2. Темп роста (падение) показателей деятельности медицинских организаций Архангельской области, 1998—2014 гг., %

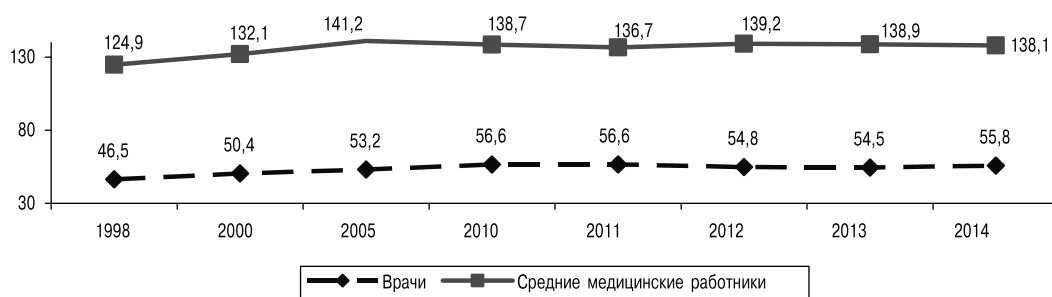


Рис. 3. Обеспеченность населения медицинским персоналом на 10 000 населения в Архангельской области с 1998 по 2014 гг.

вания составляет 77,7%. Повышению уровня удовлетворенности пациентов медицинской помощью будет способствовать изменение стереотипов представления населения об условиях получения медицинской помощи и прежде всего о необходимости регулярного получения стационарной медицинской помощи. Изменение общественного мнения потребует значительных усилий по информированию пациентов и созданию условий для адекватной замены столь распространенного в советский период длительного стационарного лечения. Усиление роли первичной медико-санитарной помощи возможно лишь при реализации ряда задач. Во-первых, это укомплектованность поликлиник высококвалифицированными специалистами, что повлечет за собой передачу ключевых медицинских манипуляций на амбулаторный уровень. Во-вторых, разработка алгоритмов действий населения в различных ситуациях взаимодействия с системой здравоохранения и широкое информирование пациентов и медицинских работников об этих алгоритмах. В-третьих, активная пропаганда здорового образа жизни и создание системы личной заинтересованности пациента в профилактических мероприятиях. Вместе эти мероприятия приведут к улучшению качества оказания первичной медико-санитарной помощи.

Реформы здравоохранения должны осуществляться не только в сфере управления здравоохранением, но и на уровне первого контакта пациента с медицинским работником. Анализ кадровых ресурсов медицинских организаций показал возросшую обеспеченность населения Архангельской области медицинскими кадрами к 2014 г. (рис. 3).

Несмотря на рост показателей, результаты социологического исследования выявили, что в целом не доверяют своему врачу 64,3 % респондентов

(частично доверяют 43,7 % и не доверяют полностью 20,6 %).

Показательно, что больше половины респондентов (61,9%) охарактеризовали уровень профессионализма врача как средний. Лишь каждый четвертый (26,5%) оценил его высоко, а каждый десятый (11,6%) считает уровень подготовки своего врача низким.

Уважительное отношение медицинских работников к себе во время посещения поликлиник отметили лишь 40,2% опрошенных. Настораживает тот факт, что частичную оценку уважительного отношения к себе дала половина (49,6%) респондентов. Каждый десятый (10,5%) отмечает частые проявления грубости медицинских работников в свой адрес. Неудивительно, что некоторые люди с нежеланием обращаются в медицинские учреждения, что усугубляет хронизацию заболеваний, рост запущенных форм.

Получение от врачебного персонала достаточного количества информации о заболевании и других личных сведений высоко оценили только треть (33,2%) респондентов. Каждый четвертый (23,6%) не получает никакой информации о своем заболевании и состоянии и менее половины (43,2%) получают ее частично. Результаты исследования показывают, что полностью понимает объяснения врача лишь каждый третий (37,4%). Объяснения врача не доступны для понимания 12,7% опрошенных, а 49,9% указывают на недостаточно полный и исчерпывающий характер предоставляемой информации.

Для исправления сложившейся ситуации необходимо вспомнить о нравственных ориентирах при оказании медицинской помощи. Опорными точками для установления плодотворного контакта должна стать ориентация медицинских работников на немедицинские потребности пациентов (сохранение достоинства, коммуника-

бельность медицинского персонала, конфиденциальность и участие пациента в ходе лечения).

Основные показатели, которые в основном используются в России для оценки социальной эффективности системы здравоохранения — удовлетворенность населения медицинской помощью (в процентах от числа опрошенных) и количество обоснованных жалоб, в полной мере не отражают социальные потребности населения [1]. Наряду с этим регионы и медицинские организации используют разные методики для оценки данных показателей, что не обеспечивает единообразия и возможность их использования в сравнительном анализе. По нашему мнению, использование в оценке социальной эффективности показателя «отзывчивость системы здравоохранения к нуждам населения» исключает недостатки применяемых показателей. Суть данного показателя заключается в оценке населением деятельности системы через призму своих потребностей и реализованных ожиданий [7]. К плюсам показателя «отзывчивость» можно отнести использование одних и тех же критериев оценки оказания медицинской помощи в амбулаторных и стационарных условиях. Применение основных восьми критериев отзывчивости не исключает возможность использования дополнительных критериев для отображения региональных особенностей оказания медицинской помощи [10]. Результаты оценки каждого из критериев отзывчивости системы могут быть использованы не только для планирования направлений развития здравоохранения и совершенствованию организации медицинской помощи, но и для изменения подходов к работе с пациентами.

Таким образом, результаты исследования подтвердили, что при оценке деятельности системы здравоохранения использование данных социологических опросов наряду с данными официальной статистики дает более полную картину существующего положения. Это может помочь определить проблемные участки деятельности

системы и наметить мероприятия по их устранению. Конечно, на сегодняшний день еще рано подводить итоги реформирования отрасли, так как реформа продолжается. Однако при ее продолжении необходимо учитывать те положительные и отрицательные результаты, которые уже получены. Также необходимо учитывать специфику региона при планировании мероприятий реформ, так как это повысит шансы построения эффективного здравоохранения.

ЛИТЕРАТУРА

1. Камалиев М.А. Методические основы мониторинга и оценки системы здравоохранения [Электронный ресурс] // Казахский национальный медицинский университет им. С.Д. Асфендиярова. URL: http://ksmumpf.ru/publ/konferencija_aktualnye_voprosy_vedenija_sgm_quot/prinjatye_k_publicacii_materialy/kamalieva_m_a/22-1-0-291 (дата обращения 15.01.2016).
2. Короткова А.В., Сон И.М., Леонов С.А. Методологические подходы к оценке результатов деятельности системы здравоохранения в целом и поставщиков услуг. ЦНИИОИЗ Росздрава. 2008. URL: vestnik.mednet.ru (дата обращения 15.01.2016).
3. Лебедева-Несевря Н.А. Социальные факторы риска здоровью как объект управления. Вестник Пермского университета. 2010; 3: 36—41.
4. Медик В.А., Осипов А.М. Общественное здоровье и здравоохранение: медико-социологический анализ. М: РИОР; ИНФА-М. 2012. 358.
5. Модернизация здравоохранения и экономические стандарты для больничных учреждений. Интервью с проф. Ю.М. Комаровым. Здравоохранение. 2011; 5: 49—60.
6. Назарова, И.Б. Здоровье российского населения: факторы и характеристики (90-е годы). Социологические исследования. 2003; 11: 57—69.
7. Оценка систем здравоохранения с позиций Всемирной организации здравоохранения. Здравоохранение. 2009; 11: 17.
8. Шабунова А.А. Здоровье населения в России: состояние и динамика: монография. Вологда: ИСЭРТ РАН, 2010. 408.
9. Шамшурин Н.Г. Показатели социально-экономической эффективности в здравоохранении. М.: МЦФЭР. 2005: 318.
10. Rashidian A. Assessing health system responsiveness: a household survey in 17th district of Tehran [PubMed]. Iran Red Crescent Med J. 2011; 13(5): 302-308. Epub 2011 May 1. Published online 2011 May 1. PMID: PMC3371967.

Сведения об авторах

Цыганова Ольга Альбертовна — д-р мед. наук, профессор кафедры общественного здоровья, здравоохранения и социальной работы СГМУ; г. Архангельск, пр. Троицкий, д. 51. Тел.: (818-2) 28-57-84. E-mail: s.shulgina@list.ru

About the author

Cyganova Olga Albertovna — PhD, MD, professor of public health, health and social work of SSMU; Arkhangelsk, 51 Troitskiy pr. Tel.: (818-2) 28-57-84. E-mail: s.shulgina@list.ru

ОПЫТ ПРАКТИЧЕСКОЙ СТАНДАРТИЗАЦИИ

ОСОБЕННОСТИ ОБРАЩАЕМОСТИ НАСЕЛЕНИЯ МУНИЦИПАЛЬНОГО РАЙОНА В МЕДИЦИНСКИЕ СТОМАТОЛОГИЧЕСКИЕ ОРГАНИЗАЦИИ

М.М. Мкртумян

Кубанский государственный медицинский университет, г. Краснодар

Болезненное поражение зубов является наиболее распространенной патологией, а их состояние влияет на работу других органов и систем организма. Важность стоматологического здоровья требует изучения состояния и региональных особенностей распространенности и состояния стоматологической помощи населению в современных социально-экономических условиях. В статье представлены данные о распространенности заболеваний зубов и доступности стоматологической помощи населению муниципального района.

Ключевые слова: стоматологическая помощь, муниципальные образования

FEATURES APPEALABILITY OF POPULATION OF THE MUNICIPAL AREA IN THE MEDICAL DENTAL ORGANIZATION

M.M. Mkurtmyan

Kuban State Medical University, Krasnodar

Painful tooth loss are the most common pathology, and their condition affects the work of other organs and body systems. The importance of dental health requires a study of the state and regional characteristics and the prevalence of dental care to the population in the state of modern social and economic conditions. The article presents data on the prevalence of diseases of the teeth and the availability of dental care to the population of the municipal district.

Keywords: dental care, municipalities

Уровень стоматологической заболеваемости обусловлен социальными, возрастными и наследственными факторами, а также доступностью стоматологической медицинской помощи.

Состояние стоматологического здоровья населения Анапского муниципального района Краснодарского края изучалось по показателям распространения кариеса зубов, нелеченых зубов,

потери зубов, распространения гингивитов, частоты пародонтоза, злокачественных новообразований полости рта.

Многолетняя практика доказала снижение заболеваний органов полости рта при проведении комплекса организационных мероприятий, в том числе профилактических осмотров населения, диспансерного наблюдения, своевременной медицинской помощи, предотвращении получения челюстно-лицевых травм.

Стоматологические медицинские организации муниципального уровня различаются:

— по профилю оказываемой стоматологической помощи (терапевтический, хирургический, ортопедический, ортодонтический);

— по формам собственности (государственная, муниципальная, ведомственная, негосударственная коммерческая);

— по подчиненности (муниципальная, ведомственная, федерального подчинения);

— по мощности;

— по возрасту обслуживаемого населения (взрослые и дети);

— по условиям оказания помощи (амбулаторно или в стационаре).

Система стоматологической помощи населению Анапского муниципального района Краснодарского края включает муниципальную стоматологическую поликлинику и 14 негосударственных коммерческих стоматологических клиник и кабинетов. Стоматологические медицинские организации муниципального района оказывают терапевтическую, хирургическую и ортопедическую помощь. Протезирование зубов проводится во всех амбулаторных учреждениях, но льготное — в городской стоматологической поликлинике. Внедряется технология имплантации зубов.

Стоматологическая медицинская помощь в системе обязательного медицинского страхования предоставляется в муниципальной стоматологической поликлинике.

В случаях необходимости исправления челюстно-лицевых дефектов больные направляются в краевые и федеральные специализированные стоматологические медицинские организации.

На территории Анапского муниципального района Краснодарского края проживает 150 тыс. человек, а население г. Анапы составляет 60 тыс. человек или 40% всех проживающих в районе.

При этом все медицинские стоматологические организации как муниципальные, так и коммерческие, находятся в районном центре. В летний период численность населения увеличивается в два раза. В 2011 г. в Анапском муниципальном районе зарегистрировано 35 953 обращений в городскую стоматологическую поликлинику, что составило 239,6 обращений на 1000 населения, в 2013 г. — 36 394 обращения или 242,6 на 1000 населения и в 2015 г. — 39 872 обращения или 265,8 случаев на 1000 населения.

Вышеприведенные данные свидетельствуют о ежегодном увеличении обращений в муниципальную стоматологическую поликлинику (табл. 1). При этом снизилась первичная обращаемость. За тот же период обращаемость по поводу кариеса возрастала, а периодонтитом снижалась. Отмечается тенденция увеличения числа осложнений пульпитом. При снижении числа санированных больных увеличилась частота удаления зубов. Динамика представленных данных показывает снижение профилактики осложнений заболеваний зубов и увеличение числа больных с осложненным пульпитом кариесом.

Таблица 1

Обращаемость населения Анапского муниципального района Краснодарского края в стоматологическую городскую поликлинику в 2011—2015 гг.

Показатель	2011 г.	2013 г.	2015 г.
Общая посещаемость (на 1000 населения)	239,6	242,6	265,8
Первичная посещаемость (на 1000 населения)	193,4	185,0	183,9
Обращаемость по поводу:			
кариеса	134,0	148,2,0	151,3
пульпита	54,3	56,0	73,7
периодонтита	13,4	13,4	12,0
Запломбировано зубов (на 1000 населения)	201,7	208,5	217,0
Удалено зубов (на 1000 населения)	108,0	110,5	111,0
Санировано больных (на 1000 населения)	109,0	88,9	92,5
Осмотрено профилактически (на 1000 населения)	86,1	84,0	74,0
Нуждались в санации из числа осмотренных (%)	42,6	55,1	56,7

Таблица 2

Обращаемость населения Анапского муниципального района в негосударственные коммерческие стоматологические клиники и кабинеты в 2011—2015 гг.

Показатель	2011 г.	2013 г.	2015 г.
Общая посещаемость (на 1000 населения)	695,7	734,8	813,8
Первичная посещаемость (на 1000 населения)	283,1	288,7	283,9
Обращаемость по поводу:			
кариеса	437,1	438,8	443,6
пульпита	153,3	160,2	170,7
периодонтита	153,3	160,2	170,7
Запломбировано зубов (на 1000 населения)	33,1	33,4	34,0
Удалено зубов (на 1000 населения)	308,2	309,5	310,7
Санировано больных (на 1000 населения)	203,3	212,5	214,1
Осмотрено профилактически (на 1000 населения)	10,9	8,9	9,2
Нуждались в санации из числа осмотренных (%)	9,1	9,0	7,8

В 2011 г. в Анапском муниципальном районе зарегистрировано 104 356 обращений в негосударственные коммерческие стоматологические клиники и кабинеты, что составило 695,7 обращений на 1000 населения, в 2013 г. — 110 232 обращение или 734,8 на 1000 населения, в 2015 г. — 122 077 обращений или 813,8 случаев на 1000 населения (табл. 2).

Таким образом, объем стоматологической помощи жителям в негосударственных коммерческих стоматологических клиниках и кабинетах с 2011 по 2015 гг. имеет тенденцию ежегодного роста обращений, при этом первичных обращений стало больше. За тот же период времени закончивших лечение больных кариесом и периодонтитом остается на одном уровне. Отмечается тенденция увеличения числа осложнений пульпитом. При снижении числа санированных больных увеличилась частота удаления зубов. Вышепредставленные данные показывают увеличение числа больных с осложненным пульпитом кариесом (табл. 2).

Основное место среди заболеваний полости рта занимает кариес зубов (табл. 3). Эпидемиологические исследования в последние годы указывают на высокий уровень заболеваемости

кариесом. Своевременная диагностика и своевременное лечение на ранних стадиях могут остановить разрушение зуба и предотвратить его потерю. При неадекватной, несвоевременной стоматологической помощи частота кариеса увеличивается, так как без лечения он необратимо прогрессирует, проявляя местную латентно существующую инфекцию вплоть до полного разрушения зуба, и число пораженных им зубов накапливается. В изучаемый период произошло снижение удельного веса санированных в числе нуждающихся в санации. Также снизилась и доля санированных в числе осмотренных.

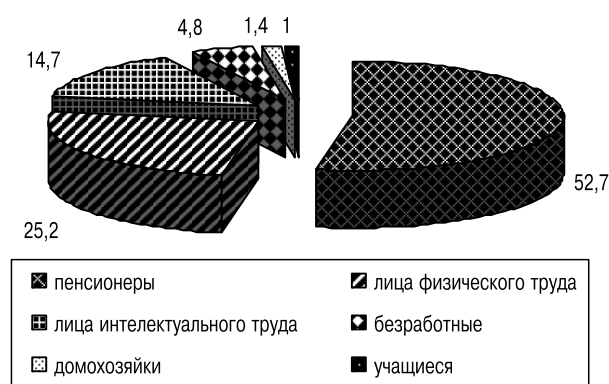
За анализируемый 3-летний период повысилась доля органосохраняющих вмешательств. Удельный вес запломбированных и удаленных зубов вырос с 48,3 до 50,7% и удаленных зубов с 21,7 до 25,1%. Несущественно увеличилось число запломбированных и удаленных зубов в среднем на одного больного. По результатам исследования пациенты в возрасте до 30 лет составили 27,1%. Среди всех пациентов доля больных стоматологическими заболеваниями в возрасте 31—59 лет составила 52,2%. Пациенты в возрасте 60 лет и старше составили 20,7%.

В возрасте до 30 лет среди больных стоматологическими заболеваниями мужчины составляют 54,1% и женщины — 45,9%.

Таблица 3

Структура обращений населения в стоматологические медицинские организации Анапского муниципального района в 2011—2015 гг. (%)

Показатель	2011 г.	2013 г.	2015 г.
Больные:			
первичные	40,0	35,4	34,8
с кариесом	60,8	64,3	67,7
с периодонтитом	49,7	51,6	55,4
с пульпитом	31,1	32,9	33,4
нуждающиеся в санации в числе осмотренных	78,7	78,0	78,2
санированные в числе, нуждавшихся в санации	63,3	68,9	60,0
санированные в числе осмотренных	82,8	75,8	64,1
У больных:			
запломбировано зубов	48,3	49,4	50,7
удаленно зубов	21,7	24,2	25,1



Удельный вес различных социальных групп среди больных, обратившихся в медицинские стоматологические организации Анапского муниципального района в 2013 г.

Социальное положение, занятость, род деятельности, образование, условия жизни и работы влияют на наличие стоматологических заболеваний (рисунок).

В структуре больных стоматологическими заболеваниями наибольший удельный вес составляют пенсионеры (46,1%); лица, занятые физическим трудом (25,2%); лица интеллектуального труда (14,7%); учащиеся (10,2%). Самые низкие показатели наблюдались у безработных (4,8%) и домохозяек (2,6%).

В результате проведенного исследования установлена высокая распространенность факторов риска стоматологической заболеваемости среди населения Анапского муниципального района. В исследуемой группе избыточную массу тела имели 30,2%, заболевания желудочно-кишечного тракта — 38,2%, сердечно-сосудистые заболевания — 23,4%, курили — 49,4% больных.

Хотя бы один фактор риска развития стоматологических заболеваний был у 90,2 ± 2,4% обследованных лиц. Наличие двух и более факторов риска выявлено у 68,2% больных стоматологическими заболеваниями. Причем с увеличением количества факторов риска эти различия были более выраженными. Так, 48,2 ± 3,0% больных стоматологическими заболеваниями имели одновременно более трех факторов риска.

В городской стоматологической поликлинике осуществляется профилактическая работа среди организованных групп детей (детские дошкольные учреждения, школы, средние специальные учебные учреждения и т.п.), призывников на во-

енную службу, инвалидов войны и др. Результаты осмотров свидетельствуют о высокой нуждемости населения в санационных мероприятиях.

Таким образом, приведенные данные свидетельствуют о недостаточных возможностях муниципальной стоматологической службы. Сложившаяся система характеризуется интенсивным замещением муниципальных стоматологических медицинских организаций частными. Статистические показатели муниципальных стоматологических медицинских организаций лишь частично отражает уровень стоматологической заболеваемости и не могут быть основой планирования стоматологической помощи населению.

За 3 года (2011—2015 гг.) увеличились показатели по всем видам протезирования, что является косвенным показателем снижения качества лечения стоматологических заболеваний и бесплатного протезирования. Обеспеченность протезами взрослого населения в системе муниципального здравоохранения снижалась и составила в 2011 г. 83 протеза на 10 000 населения, в 2013 г. — 76 протезов, в 2015 г. — 61 протез. В структуре зубопротезных изделий преобладают литые мостовидные протезы и металлокерамические коронки (табл. 4). Таким образом, речь идет об активном распространении современных прогрессивных технологий зубопротезного обслуживания.

Среди обслуженных пациентов зубопротезными отделениями (кабинетами) выросла доля первично обратившихся пациентов (табл. 4).

Таблица 4

Структура работы зубопротезных отделений (кабинетов) Анапского муниципального района в 2011—2015 гг. (%)

Показатель	2009 г.	2010 г.	2011 г.
Обеспеченность зубопротезными изделиями от числа всех нуждающихся	25,0	33,8	35,4
В том числе от числа всех нуждающихся в данном виде протезирования установлены протезы:			
бесплатные	15,0	12,2	11,3
частичные съемные	39,9	41,2	43,5
полные съемные	20,5	22,5	27,8
мостовидные	68,4	70,0	72,1
имплантанты	2,4	5,3	5,8

Сокращается доля бесплатно выполненных протезов, так как льготное протезирование осуществляет только муниципальная городская стоматологическая поликлиника. Вследствие предоставления протезирования во всех негосударственных коммерческих стоматологических клиниках и кабинетах на платной основе отмечается рост доли (до 61%) охваченных платным протезированием. Увеличивается удельный вес более дорогостоящих технологий протезирования таких, как установка имплантатов.

Жизнеугрожающая патология, выявляемая на приеме у стоматолога, это злокачественное поражение органов полости рта. Локализация злокачественных новообразований полости рта доступна для обзора, что позволяет проводить раннюю диагностику этих заболеваний. Больные с различными опухолями полости рта составляют только 2,1% всех случаев обращений. Показатель регистрации злокачественных новообразований полости рта стабилен в течение всего изучаемого периода. Прогноз при ранней диагностике более благоприятный, чем при выявлении злокачественных новообразований полости рта на более поздней стадии. Протезирование зубов

проводится во всех амбулаторных учреждениях, но льготное — в городской стоматологической поликлинике.

Таким образом, в настоящее время муниципальная стоматологическая служба функционирует преимущественно в двух имущественно-правовых формах (муниципальной и частной), которая осуществляет, в первую очередь, стоматологическую помощь больным с острой патологией, требующей неотложных вмешательств. Высокая стоматологическая заболеваемость населения, проблемы финансирования гарантированных видов стоматологической помощи, интенсивное развитие платной стоматологической помощи в современных условиях требуют новых подходов при обеспечении доступности для населения квалифицированной стоматологической помощи.

Результаты выполненного анализа выявили высокую распространенность стоматологической заболеваемости населения Анапского муниципального района Краснодарского края, имеющую с возрастом отчетливую тенденцию к росту. Установлена высокая частота известных факторов риска стоматологической заболеваемости среди населения района.

Сведения об авторе

Мкртумян Марина Мироновна — аспирант кафедры общественного здоровья и здравоохранения; 350063, Краснодар, ул. Седина, 4; тел. 8 (861) 268-68-50; e-mail: borisvoy@mail.ru

About the author

Mkrtumyan Marina Mironovna — graduate student of Department of Public Health and Health Care; 350063, Russian Federation, Krasnodar, 4 Sedina St.; tel. 8 (861) 268-68-50; e-mail: borisvoy@mail.ru

МОНИТОРИНГ ЭФФЕКТИВНОСТИ МЕРОПРИЯТИЙ, ПРОВОДИМЫХ В РАМКАХ ГОСУДАРСТВЕННОЙ ПОЛИТИКИ В СФЕРЕ ПРОФИЛАКТИКИ ТРАВМАТИЗМА В РОССИИ

К.А. Егiazарян¹, С.Н. Черкасов², Л.Ж. Агтаева²

¹ *Российский национальный исследовательский медицинский университет имени Н.И. Пирогова*

² *Национальный НИИ общественного здоровья имени Н.А. Семашко, Москва*

Рассмотрена необходимость дальнейшего совершенствования нормативной правовой базы и усиления роли государства в профилактике травматизма в России.

Ключевые слова: дорожно-транспортный травматизм, промышленный травматизм, профилактика травматизма, программно-целевой метод, государственная политика, эффективность

MONITORING OF THE EFFECTIVENESS OF ACTIVITIES CARRIED OUT IN THE FRAMEWORK OF THE STATE POLICY IN THE FIELD OF INJURY PREVENTION IN RUSSIA

К.А. Egiazaryan¹, S.N. Cherkasov², L.J. Attaeva²

¹ *Russian National Research Medical University named after N.I. Pirogov*

² *The National Research Institute of Public Health named after NA Semashko, Moscow*

The necessity of further improving the regulatory framework and strengthening the state's role in the prevention of accidents in Russia is presented.

Keywords: road traffic injuries, industrial injuries, injury prevention, program-target method, public policy effectiveness

Согласно статистическим данным, число случаев временной нетрудоспособности по причине травм, отравлений и некоторых других последствий воздействия внешних причин в 2014 г. снизилось на 10% по сравнению с 2012 г. [1]. Необходимо отметить, что удельный вес несчастных случаев на производстве в структуре травм, отравлений и некоторых других последствий воздействия внешних причин в 2014 г. снизился по сравнению с 2013 г. на 0,01% [2]. Смертность от всех видов транспортных несчастных случаев и от

несчастных случаев на производстве в 2014 г. снизилась по сравнению с 2013 г. на 0,6% [3]. Несмотря на это, травмы опорно-двигательной системы и их последствия остаются одной из наиболее острых медико-социальных проблем современности. Значительная распространенность травматизма в Российской Федерации связана как с социально-экономическими изменениями в обществе, так и с отсутствием консолидированной работы по профилактике несчастных случаев. Включение вопросов обеспечения профилак-

ки травматизма в ряд стратегических и программных документов социально-экономического развития Российской Федерации подчеркивает остроту проблемы. Одним из инструментов достижения целей демографической политики Российской Федерации согласно плану мероприятий по реализации в 2011—2015 гг. Концепции демографической политики Российской Федерации на период до 2025 г. [4], утвержденному распоряжением Правительства Российской Федерации от 10.03.2011 № 367-р, должна стать федеральная целевая программа «Повышение безопасности дорожного движения в 2013—2020 годах». Снижение уровня производственного травматизма и профессиональной заболеваемости путем реализации системы мер, направленных на улучшение условий и охраны труда является одним из основных направлений государственной политики в области охраны труда. На основе одобренной Правительством Российской Федерации в 2011 г. «Типовой программы улучшения условий и охраны труда в субъекте Российской Федерации» во всех субъектах РФ были приняты и реализованы региональные программы улучшения условий и охраны труда. Для обеспечения единого подхода была разработана и рекомендована к использованию «Типовая государственная программа субъекта Российской Федерации (подпрограмма государственной программы) по улучшению условий и охраны труда на 2015—2017 гг.» [5].

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Проанализированы уровень производственного травматизма и профессиональной заболеваемости по данным официальной статистики Министерства труда и социальной защиты Российской Федерации с 2011 по 2014 гг., данные госавтоинспекции Министерства внутренних дел России об изменении показателей дорожно-транспортного травматизма за период с 2010 по 2014 гг., научные исследования, посвященные проблеме травматизма в России за последнее десятилетие. Проведена оценка социальной, медицинской и экономической эффективности мероприятий, направленных на профилактику травматизма в России. Социальная эффективность данных мероприятий выражается в повышении удовлетворенности населения трудовой деятельностью. Медицинская эффективность — снижением уровня травматизма, заболеваемости и смертности. Экономическая эффективность проявляется снижением простоя вследствие нетрудоспособности, инвалидности.

Эффективность реализации мероприятий, направленных на профилактику травматизма в России, заключается в сохранении жизней людей и предотвращении социального, экономического и медицинского ущерба от травм опорно-двигательной системы и их последствий. Социальный эффект профилактики травматизма в России характеризуется улучшением здоровья населения, снижением заболеваемости, преждевременной смертности, изменением демографических показателей и уменьшением числа инвалидизированных. Экономическая эффективность реализации программ, направленных на профилактику травматизма выражается качественными и количественными параметрами, характеризующими улучшение экономических и финансовых показателей, а также показателей, влияющих на улучшение демографической ситуации, снижение в результате реализации программных мероприятий экономического ущерба от смертности населения, инвалидности, временной утраты трудоспособности. В соответствии с этим проблемы экономической эффективности здравоохранения следует рассматривать с точки зрения влияния здравоохранения на развитие производства и повышение его эффективности.

Медицинская эффективность мероприятий, проводимых в рамках государственной политики в области профилактики травматизма, определяется уровнем заболеваемости по классу «Травмы, отравления и некоторые другие последствия внешних причин».

РЕЗУЛЬТАТЫ И ОБСУЖДЕНИЕ

В соответствии с Планом деятельности Минтруда России на 2013—2018 гг. внедрен институт специальной оценки условий труда, осуществляется совершенствование законодательства в области охраны труда на федеральном и региональном уровнях, внедрено программно-целевое управление в сфере охраны труда, проведены научно-практические мероприятия в области охраны труда, осуществления государственного надзора и контроля за соблюдением требований законодательства в области охраны труда, обеспечении общественного контроля за состоянием условий и охраны труда.

В 2014 г. значительно расширились возможности финансирования предупредительных мер за счет средств Фонда социального страхования РФ (ФСС РФ) для организаций малого и среднего бизнеса. Согласно информации, представленной органами исполнительной власти по труду субъектов РФ, в 2014 г. в 66 субъектах РФ мероприятия по улучшению условий и охраны труда реализовывались в рамках государственных

программ. В 5 из них (Алтайский край, Республика Дагестан, Курганская, Челябинская и Магаданская области) приняты государственные программы по улучшению условий и охраны труда, в 45 субъектах РФ — подпрограммы (самостоятельные разделы) по охране труда в рамках государственных программ, в 4 субъектах РФ исполнялись основные мероприятия по охране труда в рамках государственных программ (Краснодарский и Хабаровский края, Воронежская и Сахалинская области), в 8 субъектах РФ основные мероприятия по охране труда реализовывались в рамках подпрограмм государственных программ социально-экономического развития субъектов РФ, а в Московской области как самостоятельный раздел по охране труда Подпрограммы V «Содействие занятости населения и развитию рынка труда».

Для оценки эффективности реализации программных мероприятий в 2014 г. в программных документах 78 субъектов РФ использовалось от 3 до 14 целевых показателей, в 62 субъектах РФ — 7 и более показателей; в Ростовской и Иркутской областях — по 2 показателя; в 5 субъектах РФ целевые показатели не применялись. Основные целевые показатели, применяемые в 2014 г. в программных документах по улучшению условий и охраны труда субъектов РФ, характеризуют уровень производственного травматизма и профессиональной заболеваемости, условия труда. В качестве дополнительных — использовались показатели, характеризующие процесс обучения по охране труда, проведение медицинских осмотров, вопросы коллективно-договорного регулирования трудовых отношений, декларирование соответствия условий труда государственным нормативным требованиям охраны труда [6].

В целом уровень выполнения плана основных программных мероприятий составил более 96%. При этом в 13 из 67 субъектов РФ не достигнуты намеченные показатели по количеству рабочих мест, на которых проведена специальная оценка условий труда (80,6%), в 6 из 48 субъектов РФ — по количеству работодателей, прошедших обучение по охране труда (87,5%). С вступлением в силу с 1.01.2014 г. Федеральных законов от 28.12.2013 № 426-ФЗ «О специальной оценке условий труда» и от 28.12.2013 № 421-ФЗ «О внесении изменений в отдельные законодательные акты Российской Федерации в связи с

принятием Федерального закона «О специальной оценке условий труда» обеспечено внедрение специальной оценки условий труда в целях определения реального состояния условий труда на рабочих местах. Однако остались неучтенными вопросы оценки травмоопасности рабочих мест, учета состояния здоровья и индивидуальных психофизиологических особенностей работников, занятых на конкретных рабочих местах, что не позволяет работодателям в должной мере обеспечить оптимальную производительность труда. В связи с этим принятие законопроекта «О внесении изменений в Трудовой кодекс Российской Федерации (в части совершенствования трудового законодательства в области охраны труда)» обеспечит учет перечисленных факторов для полноценного внедрения оценки и управления профессиональными рисками в систему управления охраной труда, сближения и гармонизация законодательства об охране труда Российской Федерации с аналогичными нормами стран Евросоюза.

По вопросам охраны здоровья граждан от 09.06.2014 г. № 3 Министерством труда РФ актуализирована и рекомендована субъектам РФ «Типовая государственная программа субъекта Российской Федерации (подпрограмма государственной программы) по улучшению условий и охраны труда на 2015—2017 гг.».

Социальная эффективность государственной политики в области профилактики производственного травматизма и профессиональных заболеваний предусматривает повышение удовлетворенности населения трудовой деятельностью, в частности одним из ее структурных компонентов — условиями труда. Итоги опросов, выполненных в 2010 г. показали, что не удовлетворены своей работой более половины респондентов (52%), удовлетворены — 42% [7]. По данным Всероссийского центра изучения общественного мнения (ВЦИОМ) в 2013 г. своей работой были удовлетворены 74% работающих россиян (в 2011 г. — 68%). Наблюдающаяся положительная динамика в повышении удовлетворенности трудом среди россиян дает основание утверждать, что государственная политика, направленная на улучшение условий и охрану труда, оказывает положительный социальный эффект.

Таким образом, социальный эффект мероприятий, проводимых в рамках программно-целе-

вой профилактики производственного травматизма, можно считать положительным.

Однако наряду с определением социальной эффективности профилактических мероприятий большое значение имеет оценка их экономической эффективности. Абсолютное количество несчастных случаев на производстве с тяжелыми последствиями в 2014 г. снизилось на 17% по сравнению с 2013 г. (с 9 тыс. в 2013 г. до 7,6 тыс. в 2014 г.). Уменьшение количества страховых несчастных случаев, связанных с производством, по данным ФСС РФ в 2014 г. произошло в 63 субъектах РФ во всех федеральных округах, кроме Центрального. Наиболее существенное снижение (более 20%) — в Республиках Адыгея и Северная Осетия—Алания, Кировской, Курганской, Ленинградской, Волгоградской и Сахалинской областях, в Ненецком автономном округе. Увеличение числа страховых несчастных случаев, связанных с производством, произошло в 20 субъектах РФ, в том числе, в Чеченской Республике — в 1,8 раза, Республике Ингушетия — в 1,7 раза, Москве — в 1,5 раза, Чукотском автономном округе и Республике Дагестан — в 1,3 раза, Кабардино-Балкарской Республике и Республике Алтай — в 1,2 раза, Камчатском крае, Свердловской и Ярославской областях — в 1,1 раза.

По данным Министерства труда и социального развития за последние десять лет число смертельных случаев на производстве снизилось почти в два раза. Число смертельных случаев на производстве в России в 2014 г. сократилось на 20% по сравнению с 2013 г.: с 2,7 тыс. до 2,2 тыс. чел. По данным Федеральной службы по труду и занятости число погибших в организациях всех видов экономической деятельности в 2014 г. уменьшилось по сравнению с 2013 г. в 52 субъектах РФ. Наиболее существенное снижение количества погибших на производстве отмечено в хозяйствующих субъектах республик Адыгея, Кабардино-Балкарской, Дагестан, Калмыкия, Башкортостан, Мордовия, Татарстан, Алтай, Хакасия, а также Калужской, Липецкой, Орловской, Рязанской, Новгородской, Ростовской, Волгоградской, Псковской, Курганской и Омской областей, Приморского края, Чукотского автономного округа. Наряду с этим, в 23 субъектах РФ зарегистрировано увеличение количества погибших на производстве по сравнению с 2013 г. В Республике Саха (Якутия), Забайкальском крае,

Воронежской, Костромской, Смоленской, Тамбовской и Саратовской областях, в Ненецком автономном округе количество погибших на производстве в 2014 г. по сравнению с 2013 г. не изменилось. В 2014 г. по данным Федерального бюро медико-социальной экспертизы из общего числа впервые признанных инвалидами (728 653 чел.), вследствие трудового увечья или профзаболевания признано инвалидами 4960 чел. (0,7%), что на 796 меньше, чем в 2013 г. (5756 чел.). Из общего числа повторно признанных инвалидами в 2014 г. (1 487 672 чел.), инвалидами вследствие трудового увечья и профзаболевания признано 18 239 (1,2%). В 2013 г. эти показатели составляли 1 588 349 и 19 906 чел., соответственно.

Основная доля лиц с впервые установленной инвалидностью вследствие производственных травм и профзаболеваний приходится на III группу инвалидности — 3776 чел. (в том числе, вследствие производственных травм — 2076 и вследствие профессиональных заболеваний — 1700), на I и II группы инвалидности — 875 и 178 чел., соответственно. В целом в РФ наблюдается тенденция к сокращению числа лиц, ставших инвалидами вследствие производственных травм и профессиональных заболеваний. Число лиц в возрасте 18 лет и старше, впервые признанных инвалидами вследствие производственных травм в 2014 г. также уменьшилось по сравнению с 2012 г. на 36% [4]. Такая положительная динамика свидетельствует об обоснованности применения новых механизмов охраны труда и совершенствования законодательной базы в сфере трудовых отношений. Изменение ситуации в лучшую сторону наиболее выражено в тех регионах, которые утвердили программы по улучшению условий труда (82 из 85 субъектов РФ). В Санкт-Петербурге, Республиках Башкортостан и Хакасии, где государственные программы еще не утверждены темпы уменьшения числа травм и смертельных случаев на производстве ниже. С учетом изложенного можно сделать вывод о том, что использование программно-целевого метода в целях профилактики травматизма обеспечивает положительный экономический эффект.

Таким образом, государственная политика в области профилактики производственного травматизма и профессиональных заболеваний предусматривает совершенствование региональной нормативной правовой базы охраны труда, не-

прерывную подготовку работников по охране труда на основе современных технологий обучения, информационное обеспечение и пропаганду охраны труда, а также улучшение лечебно-профилактического обслуживания работающего населения. Результаты реализации федеральной целевой программы «Повышение безопасности дорожного движения в 2006—2012 гг.», утвержденной постановлением Правительства Российской Федерации от 20.02.2006 г. № 100, показывают, что использование программно-целевых методов управления в этой сфере позволило значительно улучшить ситуацию с дорожно-транспортной аварийностью в стране. Так за 5 лет ее реализации число лиц, погибших в дорожно-транспортных происшествиях, удалось сократить на 23%.

В рамках реализации федеральной целевой программы «Повышение безопасности дорожного движения в 2006—2012 гг.» в 2010 г. по сравнению с расчетным 2004 г. сократились: транспортный риск (число лиц, погибших в результате дорожно-транспортных происшествий, на 10 тыс. транспортных средств) — на 32,8% (6,1 погибшего на 10 тыс. транспортных средств); социальный риск (число лиц, погибших в результате дорожно-транспортных происшествий, на 100 тыс. населения) — на 19,4% (18,6 погибшего на 100 тыс. населения); тяжесть последствий дорожно-транспортных происшествий (число лиц, погибших в результате дорожно-транспортных происшествий, на 100 пострадавших) — на 6,8%, (9,6 погибшего на 100 пострадавших); количество детей, погибших в результате дорожно-транспортных происшествий, — на 36%; количество дорожно-транспортных происшествий с участием водителей, стаж управления транспортным средством которых не превышает 3 лет, — на 6,1%.

За годы реализации федеральной целевой программы «Повышение безопасности дорожного движения в 2006—2012 гг.» Россия вошла в число стран-лидеров по темпам сокращения смертности на дорогах, существенно опередив по этому показателю практически все европейские и азиатские страны, Соединенные Штаты Америки и Австралию, что свидетельствует об эффективности использования программно-целевого подхода при решении проблем по обеспечению безопасности дорожного движения. Вместе с тем, несмотря на эффективность реализации феде-

ральной целевой программы «Повышение безопасности дорожного движения в 2006—2012 гг.», движение на дорогах России остается небезопасным по сравнению с наиболее развитыми странами, в частности на 100 тыс. жителей в дорожно-транспортных происшествиях в России гибнет почти в 5 раз больше человек, чем в Нидерландах, и в 2 раза больше, чем в Чехии, уровень автомобилизации в которой почти в 2 раза выше российского.

С целью эффективного продолжения решения существующих проблем внедрена и реализуется федеральная целевая программа «Повышение безопасности дорожного движения в 2013—2020 гг.», которая является логическим продолжением федеральной целевой программы «Повышение безопасности дорожного движения в 2006—2012 гг.» и направлена на сокращение смертности от дорожно-транспортных происшествий к 2020 г. на 25% по сравнению с 2010 г.

За три года реализации федеральной целевой программы «Повышение безопасности дорожного движения в 2013—2020 гг.» число лиц, погибших в дорожно-транспортных происшествиях, удалось сократить на 17,42%. Число детей погибших в дорожно-транспортных происшествиях к 2015 г. снизилось на 21,6% по сравнению с 2012 г. Социальный риск (число лиц, погибших в дорожно-транспортных происшествиях, на 100 тыс. населения) изменился в сторону уменьшения на 21% по сравнению с 2012 г. Транспортный риск (число лиц, погибших в дорожно-транспортных происшествиях, на 10 тыс. транспортных средств) в 2015 г. составил 4,3 чел. — это на 29,5% меньше, чем в 2012 г. (6,1 чел.). В настоящее время указанная программа реализуется в 85 субъектах РФ. В 8 субъектах РФ в виде государственной программы (Еврейский автономный округ, Новгородская, Новосибирская, Курганская, Владимирская, Смоленская, Волгоградская и Тюменская области), в 64 субъектах РФ — в виде подпрограммы, в остальных субъектах — в виде отдельных мероприятий.

В 2014 г., по данным Федерального бюро медико-социальной экспертизы, из общего числа впервые признанных инвалидами (728 653 чел.), вследствие травм, отравлений и других воздействий внешних причин признано инвалидами 36 600 (5%), что на 4700 чел. меньше, чем в 2013 г. (41 300). Динамика показателя умерших от всех видов транспортных несчастных слу-

чаев за последние девять лет дает нам основания утверждать, что внедрение и реализация программно-целевого метода профилактики дорожно-транспортного травматизма было обосновано. Так в 2005 г. этот показатель составил 40 200 чел., а к 2010 г. снизился до 28600. Однако в последующие годы данный показатель имел тенденцию к незначительному увеличению (2011 г. — 29 700, 2012 г. — 30 200) и начиная с 2013 г. (29 200 чел.), этот показатель снова стал снижаться, достигнув в 2014 г. 28 800 чел.

Это свидетельствует о том, что необходимо дальнейшее совершенствование программно-целевого метода для решения проблем дорожно-транспортной аварийности в России. Это позволит не только сохранить накопленный потенциал и привести к гармонизации системы обеспечения безопасности дорожного движения, но и сформировать предпосылки для достижения более амбициозных стратегических целей снижения дорожно-транспортного травматизма на следующее десятилетие.

По данным Федеральной службы государственной статистики, ожидаемая продолжительность жизни при рождении в России на протяжении последнего десятилетия продолжает расти. Кроме того, в регионах, реализующих федеральную государственную программу «Повышение безопасности дорожного движения в 2013—2020 гг.» этот показатель меняется в сторону увеличения более быстрыми темпами по сравнению с теми регионами, в тех реализуются лишь отдельные мероприятия этой программы. Так темп прироста ожидаемой продолжительности жизни при рождении в субъектах РФ, в которых реализуется программа «Повышение безопасности дорожного движения в 2013—2020 гг.» составил 0,09. В то время, как в субъектах РФ, в которых реализуются лишь отдельные мероприятия этой программы темп прироста данного показателя составил 0,08. С учетом изложенного можно сделать вывод о том, что использование программно-целевого метода для решения проблем дорожно-транспортной аварийности в России оказывает положительный социальный эффект.

Однако наряду с определением социальной эффективности профилактических мероприятий большое значение имеет оценка их экономической эффективности. По данным Федеральной службы государственной статистики, число умер-

ших от всех видов транспортных несчастных случаев в 2014 г. составило 28 800 чел., что на 28,4% меньше, чем в 2005 г. (40 200 чел.). Число лиц в возрасте 18 лет и старше, впервые признанных инвалидами вследствие травм, отравлений и других воздействий внешних причин в 2014 г. снизилось на 25% по сравнению с 2012 г. С учетом изложенного можно сделать вывод о том, что использование программно-целевого метода в целях профилактики дорожно-транспортного травматизма обеспечивает положительный экономический эффект.

Таким образом, оценив эффективность мероприятий, направленных на профилактику травматизма в России, можно говорить об актуальности и обоснованности необходимости продолжения работы в области обеспечения безопасности дорожного движения в рамках Программы и усилении роли государства в предотвращении дорожно-транспортной аварийности с использованием программно-целевого метода.

Для эффективного решения проблем, связанных с дорожно-транспортной аварийностью, и дальнейшего снижения ее показателей до уровня развитых стран мира необходимы продолжение системной реализации мероприятий по повышению безопасности дорожного движения и их обеспечение финансовыми ресурсами, что требует дальнейшего развития институциональное обеспечение реализации комплексных мер по повышению безопасности дорожного движения. Все это позволит расширить использование возможности влияния законодательства Российской Федерации и иных мер воздействия на агрессивное и противоправное поведение участников движения; урегулировать вопросы реализации организационно-правовых и организационно-технических функций в сфере организации движения транспортных средств и пешеходов; привести элементы дорожно-транспортной инфраструктуры в соответствие с нормативными требованиями в части безопасности дорожного движения; системно проработать механизмы вовлечения субъектов РФ и муниципальных образований в софинансирование и реализацию мероприятий по обеспечению безопасности дорожного движения и их экономической заинтересованности в достижении результата; в дальнейшем детально разработать инструменты синхронизации системы программных мероприятий органов управления на федеральном, региональ-

ном и местном уровнях; развить систему показателей и индикаторов деятельности по повышению безопасности дорожного движения для органов управления на федеральном, региональном и местном уровнях.

Несмотря на положительную динамику, свидетельствующую об обоснованности применения новых механизмов охраны труда и совершенствования законодательной базы в сфере трудовых отношений необходимо дальнейшее совершенствование региональной нормативной правовой базы охраны труда, непрерывной подготовки работников по охране труда на основе современных технологий обучения, информационного обеспечения и пропаганды охраны труда, а также улучшение лечебно-профилактического обслуживания работающего населения.

ЛИТЕРАТУРА

1. Указ Президента РФ от 09.10.2007 № 1351 (ред. от 01.07.2014) «Об утверждении Концепции демографической политики Российской Федерации на период до 2025 года». Доступно по: http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_71673/2. Ссылка активна на: 20.06.2016.
2. Постановление Правительства Российской Федерации от 03.10.2013 № 864 О федеральной целевой программе «Повышение безопасности дорожного движения в 2013—2020 годах». Доступно по: http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_152847/92d969e26a4326c5d02fa79b8f9cf4994ee5633b/3. Ссылка активна на: 20.06.2016.
3. Доклад о результатах и основных направлениях деятельности Министерства труда и социальной защиты Российской Федерации на 2015—2017 гг. Утвержден на заседании коллегии Минтруда России (протокол от 3 апреля 2015 г. № 1). Доступно по: <http://www.rosmintrud.ru/ministry/about/reports/2> Ссылка активна на: 20.06.2016.
4. Концепция демографической политики Российской Федерации на период до 2025 года. Доступно по: <http://www.consultant.ru/cons/CGI/online.cgi?req=doc;base=LAW;n=71673;dst=100013>. Ссылка активна на: 20.06.2016.
5. Типовая государственная программа субъекта Российской Федерации (подпрограмма государственной программы) по улучшению условий и охраны труда на 2015 — 2017 годы. Доступно по: http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_168898/. Ссылка активна на: 20.06.2016.
6. Доклад Министерства труда и социальной защиты Российской Федерации О реализации государственной политики в области условий и охраны труда в Российской Федерации в 2014 году. Доступно по: http://www.deanbook.ru/media/o_realizatsii_gospolitiki_v_oblasti_usloviy_ohrany_truda_v_rf_v_2014_godu.pdf. Ссылка активна на 07.09.2016.
7. Тарлаевский В., Уварова Г. Стратегии и стратегии. Экономика и жизнь. 2011; 12. Источник: <https://www.eg-online.ru/article/130090>. Ссылка активна на 07.09.2016.
8. Гражданкин А.И., Кара-Мурза С.Г. Белая книга России. Строительство, перестройка и реформы: 1950—2013. М.: Научный эксперт, 2015. 728 с.
9. Улумбекова Г.Э. Интегральная оценка эффективности деятельности системы здравоохранения Российской Федерации. Проблемы управления здравоохранением. 2010; 2 (51).
10. Щетинин С.А. Медико-социальные последствия травматизма в России на рубеже веков. Социальные аспекты здоровья населения. 2014; 4 (38).

Сведения об авторах:

Егiazарян Карен Альбертович — канд. мед. наук, доцент кафедры травматологии, ортопедии и военно-полевой хирургии Российского национального исследовательского медицинского университета имени Н.И. Пирогова. 117997, г. Москва, ул. Островитянова, д. 1. Тел.: (495) 507-02-22. E-mail: egkar@mail.ru.

Черкасoв Сергей Николаевич — д-р мед. наук, заведующий отделом изучения общественного здоровья, главный научный сотрудник ФГБНУ «Национальный НИИ общественного здоровья имени Н.А. Семашко». 105064 Москва, ул. Воронцово поле, д.12, строение 1. E-mail: cherkasovsn@mail.ru

Аттаева Лейла Жамаловна — канд. мед. наук, соискатель на соискание ученой степени доктора медицинских наук ФГБНУ «Национальный НИИ общественного здоровья имени Н.А. Семашко». E-mail: Leyla0505@rambler.ru

About the author

Egiazaryan Karen Albertovich — PhD, Associate Professor, Department of Traumatology, Orthopedics and Military surgery Russian National Research Medical University named after N.I. Pirogov. 117997, Moscow, Ostrovityanova St. Tel.: (495) 507-02-22. E-mail: egkar@mail.ru.

Cherkasov Sergey Nikolaevich — MD, PhD, Head of Department study of Public Health, Chief Scientific Officer, National Research Institute of Public Health named after NA Semashko, Moscow. 105064 Moscow, 12 s.l. Vorontsovo pole St. E-mail: cherkasovsn@mail.ru

Attayeva Leyla Zhamalovna — Candidate of Medical Sciences, applicant for the degree of Doctor of Medical Sciences of The National Research Institute of Public Health Semashko. E-mail: leyla0505@rambler.ru

КОНЦЕПЦИЯ МАРЖИНАЛЬНОСТИ ЗАТРАТ ПРИ МОДЕЛИРОВАНИИ РАСХОДОВ В УСЛОВИЯХ КОМОРБИДНОСТИ ПАТОЛОГИИ

П.А. Воробьев¹, В.В. Цурко¹, М.Е. Елисеева², Л.С. Краснова¹

¹ Первый Московский государственный медицинский университет
им. И.М. Сеченова,

² ГБУ Пансионат для ветеранов труда № 1 города Москвы

На примере подагры разработана и апробирована методика моделирования затрат на оказание медицинской помощи пациентам с учетом сопутствующих заболеваний и применением концепции маржинальности. Показано влияние сопутствующей патологии на формирование прямых медицинских затрат. Проведено сравнение затрат, исчисленных путем сложения затрат на каждый стандарт медицинской помощи и с введением коэффициента маржинальности.

Ключевые слова: стандарт медицинской помощи, подагра, коморбидность, коэффициент маржинальности

CONCEPT OF MARGINAL COST WHEN MODELING EXPENDITURES UNDER COMORBID PATHOLOGY

P.A. Vorobiev¹, V.V. Tsurko¹, M.E. Eliseeva², L.S. Krasnova¹

¹ First Moscow State Medical University named after I.M. Sechenov,

² GBU Moscow City Pension for Labor Veterans № 1

For example of a gout there is technique of modeling in health care costs for patients with co-morbidities, and taking into account the application of the concept of marginality developed and tested. The effect of comorbidity on the formation of direct medical costs is presented. The comparison of cost, calculated by adding up the cost per standard of care and the introduction of marginality factor is shown.

Keywords: standard of care, gout, comorbidity, marginality factor

Расчет прямых медицинских затрат, являющихся основой для планирования расходов на лечение больных возможен на основе стандарта медицинской помощи (СМП) [1]. Часто СМП разработан для модели пациента с 1 нозологией. В реальности пациенты, особенно пожилого

возраста, страдают одновременно несколькими хроническими заболеваниями, что затрудняет расчет затрат на медицинскую помощь. Коморбидный фон увеличивает риск неблагоприятного исхода, объем затрат и ухудшает качество жизни пациента [2]. На данный момент не существует

алгоритма прогноза затрат на предоставление медицинской помощи с учетом сопутствующих заболеваний.

Подagra — это заболевание с высоким коморбидным фоном: наиболее часто с ней встречаются сердечно-сосудистые заболевания, сахарный диабет типа 2, хроническая болезнь почек [3, 4], а значительная часть расходов на медицинскую помощь при подагре связана с сопутствующими патологиями [5—7].

Каким образом можно рассчитать коморбидный фон? Затраты нередко определяются как связанные с изучаемым заболеванием и общие [5]. Получаемая разность между общими затратами и затратами на само заболевание наглядна, но не отражает вклад сопутствующих нозологий в общий объем затрат. Полученную величину невозможно смоделировать, нельзя спрогнозировать расходы. Возможное решение этой задачи — применение концепции предельных или маргинальных затрат (*marginal cost*), показывающей дополнительные затраты при увеличении объема продукции на одну единицу полезности [8—10]. Концепция маржинальности обусловлена наличием переменной составляющей у медицинских услуг, связанной непосредственно с ее выполнением и постоянной, связанной, например, с работой медицинской организации (тепло, свет, питание в стационаре и др.). Одновременное выполнение двух услуг приводит к непропорциональному относительному снижению размера постоянных затрат в составе общих затрат: общие затраты на две услуги должны быть меньше суммы затрат на каждую из них. При разработке в 2003—2004 гг. Номенклатуры работ и услуг в здравоохранении эмпирическим путем были получены значения поправочного понижающего коэффициента показателей затратности (коэффициента маржинальности) в случае расчета затрат для сложной медицинской услуги, состоящей из простых услуг, выполняемых одновременно [11, 12]. Аналогичный коэффициент может быть введен и при расчете затрат при коморбидной патологии. Предпосылкой введения коэффициента маржинальности является факт наличия в СМП общих рутинных методов обследования и лечения (общий анализ крови, ЭКГ и др.). Определение средних и предельных (маргинальных) затрат (затрат при увеличении числа предоставляемых услуг) — важный меха-

низм оптимизации медицинской помощи и прогнозирования ее на длительный период [13].

Цель работы: определить затраты на лечение больного подагрой с сопутствующей патологией с использованием концепции маржинальности.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Дизайн исследования: одномоментное клинико-экономическое сравнительное исследование. Проведены опрос и анализ карт стационарного больного 200 больных подагрой из базы данных больных подагрой кафедры гематологии и гериатрии ИПО Первого МГМУ им. И.М. Сеченова наблюдавшихся в период с марта 2006 по декабрь 2013 гг.

Критерии включения в исследование: пациенты обоих полов в возрасте старше 18 лет, с установленным диагнозом подагры по критериям подагры *Wallace S.L.* и соавторов, одобренными ВОЗ в 2000 г. [14]. Критерии невключения пациентов в исследование: онкологические заболевания, ревматоидный артрит и серонегативные артриты, псориаз, острые психотические состояния, прием транквилизаторов, нейролептиков, антидепрессантов. Всем пациентам было предложено подписать информированное согласие на участие в исследовании, но 39 (16 %) отказались от участия в нем. Таким образом, в исследование были включены 161 мужчина и 39 женщин, средний возраст составил $61,7 \pm 12,0$ (M \pm SD) г. (29,9—85,9 г.), медиана длительности заболевания — 11,2 [8,02; 16,3] г. Фиксировались сопутствующие подагре заболевания: артериальная гипертония (АГ), ишемическая болезнь сердца (ИБС), хроническая сердечная недостаточность (ХСН), мочекаменная болезнь (МКБ), хроническая болезнь почек (ХБП), сахарный диабет типа 2 (СД2), а также количество случаев стационарного лечения в течение года с диагнозом подагра, АГ, ИБС, ХСН, МКБ, ХПН, СД2 или их осложнения. Для сравнения затрат на ведение больных с подагрой в разных возрастах проведено разделение пациентов по возрасту на момент исследования: больные до 59 лет включительно (группа А — 71 человек, средний возраст $48,1 \pm 7,4$ г. (30—60 лет)) и старше 60 лет включительно (группа В — 129 человек, средний возраст $69,2 \pm 6,0$ г., (60—86 лет)), разница в возрасте была статистически достоверна ($p < 0,1^{-4}$). Определены средние затраты на лечение одного больного с подагрой в группах с учетом сопутствующих заболеваний за один календарный год со сравнением полученных показателей.

Для оценки использованных ресурсов применялся СМП больным с подагрой, АГ, ИБС, ХСН, МКБ, ХПН, СД2, действовавшие на период июля 2013 г.

[15—28]. Затраты рассчитывались по тарифам на медицинские услуги, оказываемые по территориальной программе обязательного медицинского страхования города Москвы от 26.12.2013 [29] с поправочным коэффициентом 3, отражающим долю ОМС в общей структуре затрат медицинских организаций [10], по формуле:

$$C_s = C_t \cdot 3, \quad (1)$$

где C_s — затраты на медицинскую услугу, C_t — цена на медицинскую услугу согласно тарифу ОМС, 3 — поправочный коэффициент.

Затраты на лекарственный препарат рассчитывались по формуле:

$$C_d = (C_c/D_1) \cdot D_2, \quad (2)$$

где C_d — затраты на терапию лекарственным препаратом; C_c — цена лекарственного препарата согласно прайс-листу (средняя цена 1 единицы каждого лекарственного препарата по данным нескольких аптечных сетей Москвы на июль 2013 г. (www.pharmindex.ru)). Розничная цена использовалась для расчета затрат на предоставление амбулаторной помощи и оптовая — для расчета затрат на предоставление стационарной помощи; D_1 — доза лекарственного препарата, на которую установлена цена в прайс-листе. Рассчитывается как общее число таблеток, капсул, ампул в упаковке, на которую установлена цена, умноженное на весовую характеристику каждой таблетки, капсулы или ампулы соответственно; D_2 — доза лекарственного препарата за определенный период времени.

Для дальнейших расчетов использовалось допущение, что все больные с подагрой получают лечение за счет средств консолидированного бюджета (ОМС, государственный бюджет).

Затраты на предоставление медицинской помощи при каждом заболевании за один календарный год рассчитывались по формуле:

$$C_{de} = C_a \cdot 12 + C_h \cdot K, \quad (3)$$

где C_{de} — затраты системы здравоохранения на больного с определенным заболеванием в течение года; C_a — затраты на амбулаторную помощь при заболевании согласно СМП в течение 1 мес; C_h — затраты на стационарную помощь при заболевании согласно СМП; K — коэффициент частоты госпитализации в течение года, рассчитанный как среднее значение количества госпитализации отдельно для групп. Затраты на амбулаторную помощь при 1 заболевании в течение 1 мес определялись по формуле:

$$C_a = (C_{s-1} + C_{s-2} + \dots - C_{s-i}) + (C_{d-1} + C_{d-2} + \dots - C_{d-i}). \quad (4)$$

Затраты на стационарную помощь при 1 заболевании определялись по формуле:

$$C_h = (C_{s-1} + C_{s-2} + \dots - C_{s-i}) + (C_{d-1} + C_{d-2} + \dots - C_{d-i}). \quad (5)$$

Затраты на лечение пациента с подагрой в течение одного календарного года с учетом каждого имеющегося сочетания сопутствующих заболеваний (C_c) рассчитывались по формуле:

$$C_c = (C_{de-1} + C_{de-2} + \dots - C_{de-i}) \cdot K_m, \quad (6)$$

где C_c — затраты на лечение пациента с подагрой в течение одного календарного года с учетом имеющегося у него сочетания сопутствующих заболеваний, K_m — коэффициент маржинальности — поправочный коэффициент изменения показателей в случае расчета затрат на несколько медицинских услуг, выполняемых одновременно [12].

В дальнейшем проведен расчет средних затрат на лечение (C_{cm}) по формуле:

$$C_{cm} = (C_{c-1} \cdot L_1 + C_{c-2} \cdot L_2 + C_{c-3} \cdot L_3 + \dots + C_{c-i} \cdot L_i) / N, \quad (7)$$

где L — количество больных с подагрой с определенным сочетанием заболеваний в группе, C_{cm} — средние затраты на лечение пациента с подагрой в течение одного календарного года, N — общее количество представителей группы.

РЕЗУЛЬТАТЫ И ОБСУЖДЕНИЕ

Затраты на лечение пожилого пациента с подагрой. Установлено, что в группе А у 17 (23,9%) больных преобладала АГ в сочетании с МКБ, у 10 (14,1%) — подагре сопутствовали АГ, МКБ и СД2, у 7 (9,86%) — МКБ, у 6 (8,45%) — АГ, у 4 (5,6%) — подагра сочеталась с АГ, ИБС, МКБ и СД2.

В группе В у 64 (49,5%) пациентов одновременно были АГ, ИБС, ХСН. Чаще подагра сочеталась с АГ, ИБС, ХСН, МКБ и СД2 — 19 (15%) больных, у 15 (12%) — подагре сопутствовали одновременно АГ, ИБС, ХСН, МКБ, и ХПН, у 11 (8,5%) — подагра одновременно сочеталась с АГ, ИБС, ХСН, МКБ, у 9 (7%) — была АГ, ИБС, ХСН и у 9 (7%) — подагра сочеталась с АГ, ИБС, МКБ, ХПН. В 8 (6,2%) случаях в качестве коморбидных заболеваний определялись АГ и ИБС, в 7 (5,4%) — АГ и МКБ. Другие сочетания заболеваний в группах определялись с частотой менее 5%.

Для расчетов затрат использовался коэффициент частоты госпитализации в течение года (К), достоверно различавшийся в группе А (0,7) и в группе В (1,2, $p = 0,001$). Определены затраты на лечение подагры и каждого из сопутствующих ей заболеваний за один календарный год (табл. 1). Допущено, что затраты на амбулаторное лечение каждой болезни за год согласно СМП составляли одинаковую сумму в группах. Наиболее затратным было амбулаторное лечение СД2, в 3,5 раза превышающее затраты на стационарное лечение в группе А (78 и 22% общих затрат соответственно) и в 2 раза в группе В (67 и 33%, соответственно), что связано со сравнительно дорогостоящим постоянно получаемым лечением и отсутствием высокотехнологичной стационарной помощи. Среди других сопутствующих заболеваний затраты на амбулаторное и стационарное лечение в группе А соотносились как 1:7 — 13% затрат приходилось на оказание амбулаторной и 87% — на оказание стационарной помощи. В группе В затраты на стационарную помощь были несколько выше за счет большей частоты случаев стационарного лечения (в среднем, за исключением СД2, 8% общего объема услуг приходилось на амбулаторную и 92% на стационарную помощь). Наиболее затратным оказалось стационарное лечение ХБП и ИБС за счет продолжительного стационарного лечения, оказания специализированной, высокотехнологичной медицинской помощи, согласно СМП (стентирование, наложение анастомоза на коронарные сосуды при ИБС, гемодиализ, перитонеальный диа-

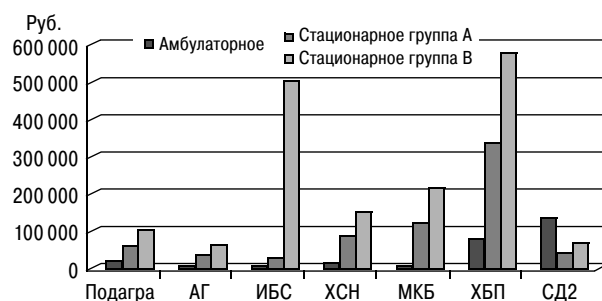


Рис. 1. Затраты на оказание амбулаторной и стационарной помощи в группах сравнения

лиз, плазмаферез при ХБП) и значительного объема медицинских услуг.

Сравнительный анализ затрат на оказание помощи при подагре и сопутствующих заболеваниях в группах представлен на рис. 1.

Использование коэффициента маржинальности при расчете затрат на лечение больного с коморбидной патологией. Такие медицинские услуги как общий анализ крови, мочи, биохимический анализ крови, ЭКГ и др. — можно обозначить как общие (ОУ). Показано, что на ОУ приходится от 6 до 29,5% общих затрат на лечение подагры и сопутствующих заболеваний в год (табл. 2). Значительный объем ОУ включает затраты на медицинскую помощь при подагре, АГ и ХСН.

В качестве примера рассмотрим вариант наличия у больного подагрой возраста старше 60 лет 5 сопутствующих заболеваний: АГ, ИБС, ХСН, МКБ и СД2.

Таблица 1

Затраты на лечение подагры и сопутствующих заболеваний за один календарный год

Заболевание	Затраты на амбулаторное лечение, руб. (% общих затрат)		Затраты на стационарное лечение, руб. (% общих затрат)		Затраты общие, руб. (100%)	
	группа А	группа В	группа А	группа В	группа А	группа В
Подагра	18 545 (23)	18 545 (15)	60 371,28 (77)	103 493,62 (85)	78 916,28	122 038,62
АГ	6 146,23 (14)	6 146,23 (9)	36 324,3 (86)	62 270,23 (91)	42 470,53	68 416,46
ИБС	7 811,65 (3)	7 811,65 (2)	291 612,5 (97)	499 907,14 (98)	299 424,15	507 718,79
ХСН	15 587,89 (15)	15 587,89 (9)	88 434,5 (85)	151 602 (91)	104 022,39	167 189,89
МКБ	3 605,7 (3)	3 605,7 (2)	124 106,73 (97)	212 754,39 (98)	127 712,43	216 360,1
ХБП	76 053,86 (18)	76 053,86 (12)	336 307,17 (82)	576 526,58 (88)	412 361,03	652 580,44
СД2	133 978,14 (18)	133 978,14 (67)	38 561,83 (22)	66 106,99 (33)	172 539,97	200 084,13

Доля общих услуг в затратах на предоставление медицинской помощи при подагре и сопутствующих заболеваниях

Заболевание	Затраты на ОУ при амбулаторном лечении в год, руб.	% общих затрат		Затраты на ОУ при 1 случае стационарного лечения	% общих затрат		Затраты на ОУ за год в группе А, руб. (% общих затрат)	Затраты на ОУ в год в группе В, руб. (% общих затрат)
		группа А	группа В		группа А	группа В		
Подагра	1901,06	2,4	1,5	25 624,55	22,7	25,2	19 838,24 (25,1)	32 650,52 (26,7)
АГ	402,49	0,9	0,6	16 494,78	27,2	28,9	11 948,84 (28,1)	20 196,23 (29,5)
ИБС	362,59	0,1	0,1	34 091,70	7,9	8,05	24 226,78 (8)	41 272,63 (8,1)
ХСН	1059,48	1,0	0,6	34 039,99	22,9	24,4	24 887,47 (23,9)	41 907,47 (25)
МКБ	212,13	0,2	0,1	18 847,01	10,3	10,45	13 405,04 (10,5)	22 828,54 (10,5)
ХБП	424,49	0,1	0,1	32 089,98	5,4	5,9	22 887,48 (5,5)	38 932,47 (6)
СД 2	4481,95	2,6	2,2	13 558,67	5,5	8,1	13 973,02 (8,1)	20 752,35 (10,3)

Примечание. ОУ — общие услуги.

Способ 1: расчет затрат на лечение больного как суммы затрат на лечение каждого заболевания

$$C_c = C_{de-П} + C_{de-АГ} + C_{de-ИБС} + C_{de-ХСН} + C_{de-МКБ} + C_{de-СД2};$$

$$C_c = 122\ 038,62 + 68\ 416,46 + 507\ 718,79 + 167\ 189,89 + 216\ 360,1 + 200\ 084,13 = 1\ 281\ 807,99 \text{ руб.}$$

Способ 2: расчет затрат на лечение больного с использованием коэффициента маржинальности (K_M), величина которого при наличии 6 заболеваний равна 0,6.

$$C_c = (C_{de-П} + C_{de-АГ} + C_{de-ИБС} + C_{de-ХСН} + C_{de-МКБ} + C_{de-СД2}) \times K_M;$$

$$C_c = (122\ 038,62 + 68\ 416,46 + 507\ 718,79 + 167\ 189,89 + 216\ 360,1 + 200\ 084,13) \cdot 0,6 = 769\ 084,794 \text{ руб.}$$

Очевидно, что при расчете затрат способом 1 сумма значительно превышает реальные затраты, поскольку ОУ, заложенные в каждом СМП, суммируются и искажают результат.

Средние затраты на лечение больных подагрой с учетом коморбидной патологии и использованием концепции маржинальности представлены в табл. 3.

Полученные результаты позволяют моделировать реальные затраты на лечение больного подагрой, значительно превышающие затраты на

лечение основного заболевания. Затраты на лечение собственно подагры в группе В в 1,5 раза превышают затраты в группе А. С учетом сопутствующей патологии затраты у больных младше 60 были выше в 5,4 раза, а старше 60 лет — в 7,4 раза. В исследовании применено среднее число госпитализаций в год, которое может варьировать при различных патологиях и в различных возрастных группах. К примеру, у больных подагрой молодого возраста среднее количество госпитализаций в год значительно меньше, чем у пожилых (0,7 и 1,2 соответственно). Таким образом, при расчете затрат на стационарную помощь за год, предоставляемую по СМП с учетом коморбидной патологии, необходимым условием является определение кратности стационарного лечения больных.

Расчет затрат на лечение больного с подагрой показал, что основной их объем приходится на сопутствующие заболевания и увеличивает

Таблица 3

Средние затраты на лечение больных с подагрой в год (руб.)

Средние затраты в год	Группа А (n = 71)	Группа В (n = 129)
Без учета сопутствующей патологии	78 916,28	122 038,62
С учетом сопутствующей патологии	432 067,98	898 921,69

ся с возрастом: средние затраты на год лечения подагры у больных младше 60 лет составили 78 916,28 руб. без учета сопутствующей патологии и 432 067,98 руб. с учетом сопутствующей патологии, а в возрасте старше 60 лет аналогичные показатели составили 122 038,62 руб. и 898 921,61 руб. соответственно. Таким образом, с учетом сопутствующей патологии затраты у больных подагрой младше 60 лет были выше в 5,4 раза, а старше 60 — в 7,4 раза, чем затраты, связанные с лечением подагры.

ЛИТЕРАТУРА

- Хальфин Р.А., Какорина Е.П., Воробьев П.А., Авксентьева М.В., Лукьянцева Д.В. Клинико-экономические матрицы планов ведения больных как основа расчета затрат на обеспечение медицинской помощи. Проблемы стандартизации в здравоохранении. 2004; 9: 1—8.
- Munoz E., Rosner F., Friedman R., Sterman H., Goldstein J., Wise L. Financial risk, hospital cost, complications and comorbidities in medical non-complications and comorbidity-stratified diagnosis-related groups. *Am. J. Med.* 1988; 84 (5): 933—939.
- Van den Bussche H., Koller D., Kolonko T., Which chronic diseases and disease combinations are specific to multimorbidity in the elderly? Results of a claims data based cross-sectional study in Germany. *Public Health.* 2011; 11: 101. Доступно по: <http://www.biomed-central.com/1471-2458/11/101> (дата обращения 10.06.2016).
- Барскова В.Г., Кудяева Ф.М., Якунина И.А., Насонова В.А. Клинические особенности подагры у пожилых. *Клиническая геронтология.* 2006; 2 (12): 11—14.
- Wu E.Q., Patel P.A., Yu A.P., Mody R.R., Cahill K.E., Tang J., Krishnan E. Disease-related and all-cause health care costs of elderly patients with gout. *JMCP.* 2008; 2 (14): 164—175.
- Hanly J.G., Skedgel C., Sketris I., Cooke C., Linehan T., Thompson K., van Zanten S.V. Gout in the elderly — a population health study. *J. Rheumatol.* 2009; 4(36): 822—830.
- Saseen J.J., Agashivala N., Allen R.R., Ghushchyan V., Yadao A.M., Nair K.V. Comparison of patient characteristics and gout-related health-care resource utilization and costs in patients with frequent versus infrequent gouty arthritis attacks. *Rheumatology (Oxford).* 2012; 51(11): 2004—2012.
- Nicholson W. *Intermediate microeconomics and its application.* 4th ed. Chicago: Dryden Press. 1987: 191.
- Grannemann T.W., Brown R.S., Pauly M.V. Estimating hospital costs: a multiple-output analysis. *J. Health Econ.* 1986; 5: 107—27.
- Клинико-экономический анализ. Под ред. проф. П.А. Воробьева. Издание 3-е. М.: НЬЮДИАМЕД. 2008. 778 с.
- Вялков А.И., Лукьянцева Д.В., Воробьев П.А., Авксентьева М.В., Тюрина И.В., Новолодский В.М. Создание номенклатуры работ и услуг в здравоохранении. Проблемы стандартизации в здравоохранении. 2004; 10: 3—12.
- Номенклатура работ и услуг в здравоохранении. Рабочий актуализированный вариант. 2007 г. Доступно по: <http://www.rsrog.ru/>. Ссылка активна на: 15.06.2016.
- Johns B., Munthali S., Walker D.G., Masanjala W., Bishai D.A. cost function analysis of child health services in four districts in Malawi *Cost Eff Resour Alloc.* 2013; 11(1): 10.
- Wallace S.L., Robinson H., Masi A.T. et al. Preliminary criteria for the classification of the acute arthritis of gout. *Arthr Rheum.* 1977; 20: 895—900.
- Приказ Комитета здравоохранения Правительства Москвы от 30 декабря 1998 г. N 686 «О Московских городских стандартах стационарной медицинской помощи для взрослого населения». URL: www.lawrussia.ru/authority/body_67/page4.htm. Ссылка активна на: 10.06.2016.
- Приказ Минздравсоцразвития РФ от 22.11.2004 г. № 229 «Об утверждении стандарта медицинской помощи больным стенокардией». Доступно по: base.consultant.ru/cons/cgi/online.cgi?req=doc;base=EXP;n=383944. Ссылка активна на: 10.06.2016.
- Приказ Минздравсоцразвития РФ от 22.11.2004 г. № 254 «Об утверждении стандарта медицинской помощи больным артериальной гипертензией». Доступно по: www.lawrussia.ru/authority/body_21/page2.htm. Ссылка активна на: 10.06.2016.
- Приказ Минздравсоцразвития РФ от 22.11. 2004 г. № 237 «Об утверждении стандарта медицинской помощи больным сердечной недостаточностью». Доступно по: zakonbase.ru/content/base/79559/. Ссылка активна на: 10.06.2016.
- Приказ Минздравсоцразвития РФ от 11.02.2005 г. № 124 «Об утверждении стандарта медицинской помощи больным подагрой». Доступно по: www.lawrussia.ru/texts/legal_553/doc553a350x916.htm. Ссылка активна на: 10.06.2016.
- Приказ Минздравсоцразвития РФ от 3.06.2005 г. № 378 «Об утверждении стандарта медицинской помощи больным мочекаменной болезнью». Доступно по: www.medkirov.ru/docs/id/34703D. Ссылка активна на: 10.06.2016.
- Приказ Минздравсоцразвития РФ от 8.07.2005 г. № 447 «Об утверждении стандарта медицинской помощи больным хронической почечной недостаточностью». Доступно по: www.lawrussia.ru/authority/body_45/page8.htm. Ссылка активна на: 10.06.2016.
- Приказ Минздравсоцразвития РФ от 6.09.2005 г. № 551 «Об утверждении стандарта медицинской помощи больным со стабильной стенокардией»: www.lawrussia.ru/texts/legal_498/doc498a379x124.htm. Ссылка активна на: 10.06.2016.
- Приказ Минздравсоцразвития РФ от 30.11.2005 г. № 704 «Об утверждении стандарта медицинской помощи больным с камнями почки». URL: <http://rudoctor.net/medicine/bz-tw/med-ymzad.htm>. Ссылка активна на: 10.06.2016.

24. Приказ Минздравсоцразвития РФ от 13.03.2006 г. № 150 «Об утверждении стандарта медицинской помощи больным хронической почечной недостаточностью». Доступно по: www.lawrussia.ru/bigtexts/law_3152/index.htm. Ссылка активна на: 10.06.2016.
25. Приказ Минздравсоцразвития РФ от 12.12.2006 г. № 839 «Об утверждении стандарта медицинской помощи больным сердечной недостаточностью (при оказании специализированной помощи)». Доступно по: www.lawrussia.ru/texts/legal_319/doc319a708x913.htm. Ссылка активна на: 10.06.2016.
26. Приказ Минздравсоцразвития РФ от 13.06.2007 г. № 419 «Об утверждении стандарта медицинской помощи больным первичной артериальной гипертензией (при оказании специализированной помощи)». Доступно по: www.lawrussia.ru/texts/legal_790/doc790a500x551.htm. Ссылка активна на: 10.06.2016.
27. Приказ Минздравсоцразвития РФ от 11.12.2007 г. № 748 «Об утверждении стандарта медицинской помощи больным с инсулинонезависимым сахарным диабетом». Доступно по: <http://base.consultant.ru/cons/cgi/online.cgi?req=doc;base=EXP;n=412972;dst=100001>. Ссылка активна на: 10.06.2016.
28. Приказ Минздравсоцразвития РФ от 9.11.2012 г. № 858н «Об утверждении стандарта специализированной медицинской помощи при инсулинезависимом сахарном диабете». Доступно по: http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_143942/. Ссылка активна на: 10.06.2016.
29. Тарифное соглашение на медицинские услуги, оказываемые по территориальной программе обязательного медицинского страхования города Москвы от 26.12.2012 г., www.mgfoms.ru.
-

Сведения об авторах

Воробьев Павел Андреевич — д-р мед. наук, профессор, зав. кафедрой гематологии и гериатрии ИПО Первого МГМУ им. И.М. Сеченова. 119991, Москва, ул. Трубецкая, д. 8, стр. 2. Тел.: 8 (495) 225-83-74. E-mail: mtpndm@newdiamed.ru

Цурко Владимир Викторович — д-р мед. наук, профессор; профессор кафедры гематологии и гериатрии МГМУ им. И.М. Сеченова. 117593, г. Москва, Литовский бульвар, дом 1А. E-mail: mtpndm@newdiamed.ru

Елисеева Мария Евгеньевна — зав. отделением Пансионата для ветеранов труда № 1. 125445, Москва, ул. Правобережная, д. 4. Тел.: 8 (495) 458-97-04. E-mail: pvt-1@dszn.ru.

Краснова Любовь Сергеевна — канд. мед. наук, доцент, зав. учебной частью кафедры гематологии и гериатрии ИПО МГМУ им. И.М. Сеченова. 117593, Москва, Литовский бульвар, дом 1А. E-mail: mtpndm@newdiamed.ru

About the author

Vorobiev Pavel Andreevich — MD, PhD, Professor, Head of the Department of Hematology and Geriatrics IPO First MG MU named after I.M. Sechenov. 119991, Moscow, 8 s 2 Trubeckaya St. Tel.: 8 (495) 225-83-74. E-mail: mtpndm@newdiamed.ru

Tsurko Vladimir Viktorovich — MD, PhD, Professor of the Department of Hematology and Geriatrics MG MU named after I.M. Sechenov. 117593, Moscow, 1A Litovskiy bulvar St. E-mail: mtpndm@newdiamed.ru

Eliseyeva Maria Evgenyevna — Head of Department of Guesthouse for Labor Veterans № 1. 125445, Moscow, 4 Pravoberezhnaya St. Tel.: 8 (495) 458-97-04. E-mail: pvt-1@dszn.ru.

Krasnova Liubov Sergeevna — PhD, Associate Professor, Head of Studies of Department of Hematology and Geriatrics IPO First MG MU named after I.M. Sechenov. 117593, Москва, Литовский бульвар, дом 1А. E-mail: mtpndm@newdiamed.ru

ЗАЩИТА ПРАВ ПОТРЕБИТЕЛЕЙ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ

А.В. Микрюков, А.С. Мозалев, Л.А. Ходырева, А.А. Дударева

*Научно-исследовательский институт организации здравоохранения
и медицинского менеджмента Департамента здравоохранения города Москвы*

Проанализированы наиболее характерные особенности правового регулирования отношений в сфере здравоохранения, а также изучены формы и методы защиты прав потребителей медицинских услуг.

Ключевые слова: права пациента, защита прав пациента, медицинские услуги, жалоба пациента

PROTECTING THE RIGHTS OF CONSUMERS OF HEALTH SERVICES

A.V. Mikryukov, A.S. Mozalev, L.A. Khodyreva, A.A. Dudareva

*Research Institute of Health Organization and The Medical Management
of the Moscow City Health Department*

In this article we analyzed the most characteristic features of legal regulation of relations in the sphere of public health, as well as studied the forms and methods of protecting the rights of consumers of medical services.

Keywords: patient rights, protection of patient rights, medical services, patient complaint

Права пациента — это специфические права, производные от общих гражданских, политических, экономических, социальных и культурных прав человека, регулируемые при получении медицинской помощи и связанных с ней услуг или в связи с любым медицинским воздействием, осуществляемым в отношении граждан [1].

Защита прав пациента — комплексная система правовых средств, организованных наиболее последовательным образом в целях фактической реализации прав пациента и преодоления препятствий, стоящих на пути его интересов [2].

Конкретизация нормы права, регламентирующей оказание медицинской помощи (медицинских услуг), необходима и пациенту, и врачу [3]. В соответствии с Конституцией РФ каж-

дый гражданин может защищать свои права всеми способами, не запрещенными законом. Эти способы защиты должны быть направлены на пресечение правонарушения, устранение его последствий, а также воздействие на правонарушителя [4].

21 ноября 2011 г. был принят Федеральный закон № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» (Закон об основах охраны здоровья граждан), который направлен, в первую очередь, на конкретизацию конституционных прав граждан на охрану здоровья и медицинскую помощь, а также на закрепление гарантий и механизмов их реализации в современных условиях в рамках сложившейся структуры системы здравоохранения [2].

В зависимости от того, какого рода нарушения прав пациента допущены и какие в связи с этим наступили последствия, в правоотношения, возникающие по поводу привлечения к юридической ответственности правонарушителя, могут вступать одновременно несколько сторон [5]:

— потребитель медицинской услуги — пациент;

— производитель медицинской услуги — медицинская организация как самостоятельное лицо и (или) конкретный медицинский работник;

— территориальный фонд ОМС, страховая медицинская организация — как лица, на которые договорными и (или) правовыми нормами возложена обязанность обеспечивать контроль качества медицинской помощи, оказываемой в системе ОМС и защищать права застрахованных граждан;

— государство в лице соответствующих органов, наделенных властными полномочиями как гарант соблюдения прав граждан.

Среди наиболее часто встречающихся видов нарушений прав пациента можно выделить:

1. Нарушение права на оказание медицинской помощи надлежащего объема и качества.

2. Необоснованный отказ от оказания медицинской помощи.

3. Низкий уровень качества или дефекты в оказании медицинской помощи, несоответствие качества и объема медицинской помощи установленным стандартам, не повлекшие причинение вреда здоровью.

4. Низкий уровень качества или дефекты в оказании медицинской помощи, несоответствие качества и объема медицинской помощи установленным стандартам, повлекшие причинение вреда здоровью или смерть пациента.

Пациент как потребитель медицинских услуг вправе самостоятельно выбирать досудебную или судебную формы защиты своих прав. В соответствии с требованиями Конституции РФ, Федерального закона от 02.05.2006 г. № 59-ФЗ «О порядке рассмотрения обращений граждан Российской Федерации», иных нормативных правовых актов граждане имеют право обращаться лично, а также направлять индивидуальные и коллективные обращения в государственные органы, органы местного самоуправления, должностным лицам, руководителям предприятий независимо от форм собственности, кото-

рые в пределах своей компетенции обязаны рассмотреть обращения, принять по ним решения и дать мотивированный ответ в установленные законом сроки. Решения государственных органов, органов местного самоуправления, общественных объединений и должностных лиц, ущемляющие права граждан, могут быть обжалованы в суде.

Таким образом, пациент может обратиться с жалобой на действия государственного органа (исполнительного органа субъекта Российской Федерации в сфере здравоохранения, Территориального фонда ОМС и пр.), общественной организации, должностного лица (лечащего врача, заведующего структурным подразделением медицинской организации, главного врача медицинской организации), нарушающего его права к вышестоящим в порядке подчиненности, что предполагает административный порядок разрешения возникшей конфликтной ситуации [6—8].

Государственные органы, органы местного самоуправления и должностные лица рассматривают обращение пациента в течение 30 дней с даты регистрации. При необходимости срок рассмотрения письменного обращения может быть продлен, но не более чем на 30 дней, с одновременным информированием заявителя и указанием причин продления [6].

По результатам рассмотрения жалобы должно быть принято решение: удовлетворить жалобу; обоснованно отказать в ней полностью либо в части; передать жалобу на рассмотрение по компетенции другому органу (решение о передаче должно быть принято в срок до 5 дней).

Жалоба в государственный орган, орган местного самоуправления или должностному лицу может быть подана самим пациентом, права и свободы которого нарушены, или его представителем, а также по просьбе пациента — надлежаще уполномоченным представителем общественной организации (например, общества защиты прав потребителей медицинских услуг), трудового коллектива и др.

Результатом рассмотрения обращения пациента или его представителя в государственные органы, органы местного самоуправления или должностным лицом может являться:

— признание права пациента;

— восстановление права пациента;

— прекращение действий, нарушающих права пациента;

— привлечение к административной ответственности лиц, виновных в нарушении, несоблюдении прав пациента с учетом норм трудового законодательства.

Основанием применения досудебного порядка рассмотрения споров является факт нарушения прав пациента, причинения ущерба жизни и здоровью, сопровождаемый требованием пациента к администрации медицинской организации (врачу частной практики) об устранении нарушения его прав, о возмещении ущерба, причиненного некачественным оказанием медицинской услуги.

Объективно подходя к вопросу административного способа защиты прав, пациенту нужно понимать, что у данного способа имеются как достоинства, так и недостатки [6, 7].

Преимущества: 1) наличие различных форм жалоб и способов их передачи; 2) доступность и простота процедур; 3) возможность рассмотрения жалоб специалистами в конкретной сфере; 4) оперативность реагирования.

Среди недостатков административного обжалования можно указать: 1) слабое законодательное регулирование порядка, процедур, а также ответственности должностных лиц, рассматривающих жалобы; 2) наличие ведомственной заинтересованности; 3) сложность исполнения решений; 4) игнорирование данного способа негосударственными организациями и частными предпринимателями.

Вместе с тем обращение с жалобой не исключает права пациента одновременно обратиться с иском в суд по тому же вопросу. Такое же право сохраняется за пациентом и в том случае, если он не получил ответа на предъявленные им требования либо полученный ответ не удовлетворил его.

В дополнение к вышеизложенному пациент может воспользоваться возможностью личного приема у руководителя вышестоящей инстанции.

Опыт таких обращений показывает весьма эффективное и быстрое решение спорных ситуаций.

Поступающие в органы прокуратуры заявления и жалобы, иные обращения подлежат регистрации и рассмотрению в порядке, установленном Федеральным законом от 02.05.2006 г.

№ 59-ФЗ «О порядке рассмотрения обращений граждан Российской Федерации». Прокурор в установленном законом порядке принимает меры по привлечению к ответственности лиц, совершивших правонарушения. Запрещается пересылка жалобы в орган или должностному лицу, решения либо действия которых обжалуются.

В целом административной формы защиты прав пациента в государственных и негосударственных медицинских организациях не отличается. В государственных медицинских организациях административная форма защиты прав пациента имеет в случае спора ряд преимуществ: отсутствие возможности проигнорировать обращение пациента; возможность истребовать медицинские документы на досудебном этапе; возможность передачи дела в суд, минуя подачу искового заявления в суд потребителем некачественной медицинской услуги [6].

Претензионный порядок является частным случаем (хотя и самой распространенной формой защиты) досудебного порядка урегулирования спора. Это одна из форм защиты гражданских прав, которая заключается в попытке урегулирования спорных вопросов непосредственно между сторонами до передачи дела в суд. Порядок претензионного урегулирования споров состоит в следующем: предполагаемый будущий истец направляет (предъявляет) предполагаемому будущему ответчику требование (чаще всего оформленное в виде претензии) об исполнении лежащей на нем материально-правовой обязанности и ждет ответа в срок, установленный законом или соглашением сторон. Предполагаемый будущий ответчик вправе (а иногда и обязан) дать ответ на претензию в установленный срок. Претензия представляет собой требование к медицинской организации о добровольном устранении нарушений прав пациента.

Такое требование должно быть предъявлено в письменной форме, подписано пациентом или его законным представителем.

Могут быть предъявлены следующие виды требований (претензий):

— о возмещении морального вреда;

— о возмещении вреда, причиненного жизни и здоровью пациента;

— о возмещении вреда по случаю потери кормильца;

— о возмещении расходов по устранению недостатков медицинской услуги.

В претензии в обязательном порядке следует указать фамилию, имя, отчество, адрес пациента, наименование медицинской организации, к которой предъявляется претензия, дата предъявления, обстоятельства, послужившие основанием для предъявления претензии, доказательства, подтверждающие требования пациента, требования заявителя, сумма претензии и обоснованный ее расчет, если претензия подлежит денежной оценке. В претензии также указываются ссылки на нормативные акты, договор или иные правоустанавливающие документы, перечень прилагаемых документов, иные сведения, которые пациент считает существенными. Ответ на претензию дается в письменной форме и подписывается руководителем или заместителем руководителя медицинской организации. В нем указываются при полном или частичном удовлетворении претензии признанная сумма, срок и способ удовлетворения претензии. При полном или частичном отказе в удовлетворении претензии указываются обоснованные мотивы отказа.

Мировое соглашение сторон представляет собой одну из форм свободного волеизъявления сторон, один из способов добровольного урегулирования спора сторонами без применения государственного принуждения. Совершая конкретные действия по досудебной подготовке, необходимо довести до сведения предполагаемого ответчика (медицинской организации) информацию о передаче спора на рассмотрение суда. Ответчику направляется копия искового заявления. Судебная практика показывает, что зачастую ответчик (медицинская организация), не дожидаясь вынесения судебного решения, идет на урегулирование спора в добровольном порядке.

Мировое соглашение может совершаться как на досудебном этапе, так и при осуществлении судебной защиты права (внесудебные и судебные мировые соглашения). Субъектами мирового соглашения чаще всего являются граждане, а также граждане и юридические лица, между которыми возник спор.

Мировые соглашения могут совершаться через представителя, право которого заключать мировое соглашение должно быть специально оговорено в доверенности (ст. 54 ГК РФ) [9]. Судебная защита интересов требует немалых де-

нежных затрат, знания процессуальных положений, связанных с оформлением исков и судебным разбирательством. В связи с этим часто используются альтернативные способы разрешения споров.

В российском законодательстве предусмотрена возможность защиты нарушенных или оспоренных гражданских прав в третейском суде (ст. 11 ГК РФ) [9].

При рассмотрении споров по вопросам такой узкоспециализированной сферы человеческой деятельности как здравоохранение, медицинское страхование особое значение имеет специализация в вопросах, касающихся фактических взаимоотношений сторон. В целях осуществления наиболее эффективной защиты законных прав и интересов застрахованных граждан представляется целесообразным создание специализированных постоянно действующих третейских судов по рассмотрению споров, возникающих в системе здравоохранения [10]. Судебный порядок урегулирования споров применяется при разрешении конфликтных ситуаций, возникающих между медицинскими организациями, другими юридическими лицами — участниками ОМС (арбитражные споры), и рассмотрении споров, возникающих между пациентом и медицинской организацией (гражданские споры) [10].

Заинтересованные лица могут обратиться в арбитражный суд или в суд общей юрисдикции непосредственно, не прибегая к досудебной процедуре урегулирования споров. Возможно также обращение в суд, после предварительного рассмотрения спора в досудебном порядке или в третейском суде, при несогласии одной из сторон с результатами такого рассмотрения. Действующее законодательство предусматривает две основные процедуры для защиты пациентом своих нарушенных прав в суде.

Во-первых, это производство, возникающее из административно-правовых отношений. Основанием для возбуждения данного производства служит жалоба пациента, обращенная к компетентному судебному органу [10].

В соответствии с ст. 4 Кодекса административного судопроизводства Российской Федерации от 08.03.2015 г. № 21-ФЗ. «Каждому заинтересованному лицу гарантируется право на обращение в суд за защитой нарушенных или оспариваемых прав, свобод и законных интересов,

в том числе в случае, если, по мнению этого лица, созданы препятствия к осуществлению его прав, свобод и реализации законных интересов либо на него незаконно возложена какая-либо обязанность, а также право на обращение в суд в защиту прав других лиц или в защиту публичных интересов в случаях, предусмотренных настоящим Кодексом и другими федеральными законами» [5].

Административные дела рассматриваются и разрешаются Верховным Судом Российской Федерации до истечения трех месяцев, а другими судами до истечения двух месяцев со дня поступления административного искового заявления в суд, включая срок на подготовку административного дела к судебному разбирательству, если иные сроки рассмотрения и разрешения административных дел не установлены настоящим Кодексом (ст. 141) [5]. Пациент вправе в принудительном порядке через суд взыскать с виновной стороны убытки, вызванные нарушением его прав, потребовать возмещения вреда, причиненного его здоровью, а также получить компенсацию за моральный вред, связанный с физическими и нравственными страданиями из-за неправомерного поведения или действия медицинских работников. Защитить нарушенные права пациент может самостоятельно или с помощью своего представителя. Самостоятельно защищать свои права могут совершеннолетние и дееспособные граждане-пациенты. Права и интересы несовершеннолетних моложе 15 лет и недееспособных защищают их законные представители — родители, усыновители или опекуны [10]. Права и охраняемые законом интересы несовершеннолетних в возрасте от 15 до 18 лет, а также граждан, признанных ограниченно дееспособными, защищаются в суде их родителями, усыновителями или попечителями, однако суд обязан привлекать к участию в таких делах самих несовершеннолетних или граждан, признанных ограниченно дееспособными.

В соответствии со ст. 208 Гражданского кодекса РФ на требования по возмещению вреда, причиненного здоровью, исковая давность не распространяется. Однако ущерб, причиненный гражданину, может быть взыскан не более чем за трехлетний срок с момента предъявления иска. Срок исковой давности по искам о возмещении убытков, взыскании неустойки установлен в три года. Начало течения срока исковой давности оп-

ределяется нормами ст. 200 ГК РФ. Течение срока исковой давности начинается со дня, когда лицо узнало или должно было узнать о нарушении своего права (п. 1 ст. 200 ГК РФ). Следует помнить, что гражданин полностью освобожден от уплаты госпошлины по искам, связанным с нарушением его прав, т.е. госпошлина не может быть с него взыскана ни при каких обстоятельствах, даже в случае проигрыша дела [10].

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Здоровье — это неотчуждаемое первостепенное благо личности, без которого в той или иной степени утрачивают значения другие блага. Конституция РФ гарантирует право на охрану здоровья своих граждан [11].

За последнее время Правительство Российской Федерации планомерно проводит социально-ориентированную политику, направленную на развитие здравоохранения. Принятие Федерального закона № 323 «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» стало заметным событием в общественной жизни и в частности в области охраны интересов пациента. Данный закон напрямую регулирует отношения, возникающие в сфере охраны здоровья граждан в Российской Федерации, и определяет правовые, организационные и экономические основы охраны здоровья граждан.

С целью усиления позиции защиты прав потребителей медицинских услуг Российской Федерации необходимо развивать институты и механизмы защиты прав пациента, упрощать процедуры рассмотрения обращений пациентов.

ЛИТЕРАТУРА

1. Закон РФ от 07.02.1992 N 2300-1 (ред. от 13.07.2015) «О защите прав потребителей». Доступно по: http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_305/. Ссылка активна на: 15.05.2016.
2. Федеральный закон от 21.11.2011 N 323-ФЗ (ред. от 29.12.2015) «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» (с изм. и доп., вступ. в силу с 01.01.2016). Доступно по: http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_121895/. Ссылка активна на: 15.06.2016.
3. Помазкова С.И. Информированное добровольное согласие пациента на медицинское вмешательство в контексте законодательства о защите прав потребителей. Юридический мир. 2012; 12: 48—51.

4. Конституция Российской Федерации (принята всенародным голосованием 12.12.1993) (с учетом поправок, внесенных Законами РФ о поправках к Конституции РФ от 30.12.2008 N 6-ФКЗ, от 30.12.2008 N 7-ФКЗ, от 05.02.2014 N 2-ФКЗ). Официальный текст Конституции РФ с внесенными поправками от 05.02.2014 опубликована на Официальном интернет-портале правовой информации <http://www.pravo.gov.ru>, 26.02.2014, в «Собрании законодательства РФ», 03.03.2014, № 9, с. 851.
5. Кодекс административного судопроизводства Российской Федерации от 08.03.2015 № 21-ФЗ (ред. от 15.02.2016). Доступно по: <http://www.consultant.ru/cons/cgi/online.cgi?req=doc&base=LAW&n=200853&fld=134&from=176147-0&rnd=214990.4251078815715996&>. Ссылка активна на: 15.06.2016.
6. Закон от 02.05.2006 г. № 59-ФЗ «О порядке рассмотрения обращений граждан Российской Федерации». Доступно по: http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_59999/. Ссылка активна на: 15.06.2016.
7. Постановление Пленума Верховного Суда РФ от 28.06.2012 N 17 «О рассмотрении судами гражданских дел по спорам о защите прав потребителей». Бюллетень Верховного Суда РФ. 2012; 9. Доступно по: http://www.constultant.ru/document/cons_doc_LAW_131885/. Ссылка активна на: 15.06.2016.
8. Иванова Л.В. Административное обжалование нарушений прав и свобод граждан, юридических лиц и индивидуальных предпринимателей: Автореф. дис. ... к.ю.н. Омск, 2005. 16 с.
9. Гражданский Кодекс Российской Федерации (часть первая) от 30.11.1994 № 51-ФЗ (ред. от 08.05.2009 № 39-ФЗ). Опубликован на Официальном интернет-портале правовой информации <http://www.pravo.gov.ru> — 05.05.2014.
10. Колоколов Г.Р., Махонько Н.И.. Медицинское право: учебное пособие. 2009. С. 180.
11. Шленева Е.В. Основное содержание права человека на охрану здоровья. Право и жизнь. 2001; 42: 113—128.

Сведения об авторах

Мозалев Алексей Станиславович — канд. мед. наук, старший научный сотрудник НИИ организации здравоохранения и медицинского менеджмента Департамента здравоохранения города Москвы. 115184, Москва, Большая Татарская улица, д. 30. Тел. + 7 (495) 951-20-54. E-mail: niiozmm@zdrav.mos.ru

About the author

Mozalev Aleksey Stanislavovich, PhD, Senior Research Fellow, Research Institute of Health Organization and The Medical Management of the Moscow City Health Department 115184, Moscow, 30 Bolshaya Tatarskaya St. Tel. + 7 (495) 951-20-54. E-mail: niiozmm@zdrav.mos.ru.

ИЗУЧЕНИЕ ЛЕКАРСТВЕННОЙ ТЕРАПИИ ФИБРИЛЛЯЦИИ ПРЕДСЕРДИЙ В АМБУЛАТОРНОЙ ПРАКТИКЕ

А.Н. Коробейникова, С.В. Мальчикова

Кировская городская больница № 2, г. Киров

Кировская государственная медицинская академия, г. Киров

Фибрилляция предсердий — самая распространенная аритмия в практике врача-терапевта, ведущая к увеличению риска смерти, острого нарушения мозгового кровообращения и сердечной недостаточности. Представлены результаты фармакоэпидемиологического анализа потребления лекарственных средств, используемых для лечения фибрилляции предсердий в амбулаторных условиях, проведена оценка их соответствия национальным и международным клиническим рекомендациям.

Ключевые слова: фармакоэпидемиологический анализ, фибрилляция предсердий

THE STUDY OF DRUG THERAPY FOR ATRIAL FIBRILLATION IN OUTPATIENTS

A.N. Korobeynikova, S.V. Malchikova

Kirov City Hospital № 2, Kirov

Kirov State Medical Academy, Kirov

Atrial fibrillation is the most common arrhythmia in the practice of physician, leading to an increased risk of death, acute stroke, heart failure. Results of pharmacoepidemiological studies allow to objectively evaluate the quality of drug therapy for atrial fibrillation, to determine rational usage of drugs and to identify ways to optimize the consumption of drugs. The results of pharmacoepidemiological analysis of drugs usage for the treatment of atrial fibrillation in outpatients and the results of assessment of their compliance with national and international recommendations are presented.

Keywords: pharmacoepidemiology, atrial fibrillation

Фибрилляция предсердий (ФП) считается частым хроническим нарушением ритма, встречающимся в медицинской практике. У 66% пациентов, госпитализированных по поводу аритмии, диагностируется ФП. Распространенность ФП увеличивается в 2 раза с каждым десятилетием жизни и составляет 0,5% среди пациентов в возрасте 50—59 лет и повышается до 9% — в возрасте 80—89 лет. Исследования показывают, что распространенность ФП выше среди мужчин примерно в 1,5 раза, чем у женщин [1]. По данным отечественных исследователей распространенность ФП в российской популяции у мужчин составляет 2,8, а у женщин — 3,6 на 1000 населения [2]. ФП связана с ростом смертности, частоты острых нарушений мозгового кровообращения (ОНМК) и других тромбоэмболических осложнений, сердечной недостаточности, снижением уровня качества жизни, уменьшением толерантности к физической нагрузке и дисфункцией левого желудочка [3]. Данные различных клинических и эпидемиологических исследований свидетельствуют о том, что ФП является одним из главных факторов риска возникновения ОНМК, риск развития инсульта возрастает от 3 до 5 раз. Смертность от ОНМК в остром периоде составляет 35%, это одна из ведущих причин инвалидизации трудоспособного населения в России. По данным российских ученых, 80% всей частичной и 10% полной нетрудоспособности вызвано инсультом. Лишь 25% трудоспособного населения возвращается к труду после перенесенного нарушения мозгового кровообращения [4]. В исследовании AFFIRM была проанализирована стоимость фармакологического лечения ФП. Показано, что расходы на пациентов, получавших различные лекарственные препараты (ЛП) для удержания синусового ритма, выше, чем у пациентов, для которых выбрана стратегия контроля частоты сердечных сокращений (25 600 и 20 500 долл. за 4,6 года соответственно) [5]. По данным регистра, расходы на ФП, в течение первых нескольких лет после установки диагноза, в среднем составляют 4700 долл. на одного пациента в год, но при долгосрочном наблюдении ежегодные траты могут меняться в зависимости от течения заболевания [6]. Результаты фармакоэпидемиологических исследований позволяют объективно оценить качество фармакотерапии, установить рациональность использования ЛП и

обозначить пути оптимизации потребления медикаментов [7]. Для оптимизации лекарственной терапии ФП требуется накопление сведений об особенностях оказания помощи пациентам в условиях «типичной практики».

Цель исследования: изучить лекарственную терапию, назначаемую пациентам с фибрилляцией предсердий в амбулаторных условиях.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Исследование проводилось на базе поликлиники № 1 КОГБУЗ Кировская городская больница № 2. Проанализированы амбулаторные карты пациентов, прикрепленных к поликлиникам 6 территориальных терапевтических участков. Общая численность прикрепленного населения на врачебных участках на 1 января 2013 г. составила 11151 человек. В исследование включались амбулаторные карты пациентов старше 18 лет с зафиксированной ФП при электрокардиографическом исследовании или холтеровском мониторинге ЭКГ, которые не менее 2 раза в год посещали участкового терапевта поликлиники с 1 января по 31 декабря 2013 г.

Для оценки тактики лечения ФП отобрано 98 амбулаторных карт. Выкопировка данных проводилась в специальную карту, в которую вносились паспортные данные, социальные категории, точный клинический диагноз, проводившееся лечение с указанием дозировок и длительности приема медикаментов, проводившееся обследование (лабораторное и инструментальное), количество визитов к участковому терапевту за 1 год и к узким специалистам, данные о госпитализации и временной нетрудоспособности, количество вызовов бригады скорой медицинской помощи, наличие в амбулаторной карте оценки риска по шкалам CHADS₂-VASc и HAS-BLED и показаний к хирургическому лечению.

Математическая обработка результатов исследования выполнена с использованием пакетов прикладных программ Statistica 6.1, StatSoft Inc. Описание параметров проводилось с помощью подсчета средних величин и стандартного отклонения ($M \pm \sigma$). Различия оценивали с помощью двустороннего критерия и считали их статистически достоверными при уровне значимости $p < 0,05$. Для оценки количественных параметров использовался U-критерий Манна—Уитни, для сравнения качественных параметров — критерий χ^2 .

РЕЗУЛЬТАТЫ И ОБСУЖДЕНИЕ

Характеристика пациентов представлена в табл. 1.

Доля пациентов с перманентной ФП составила 55,6%, с непостоянными формами — 44,4%. Установлено, что женщин, страдающих ФП, больше, чем мужчин (67,4 и 32,7% соответственно), пациенты с перманентной формой старше пациентов с непостоянными формами ФП. 92,9% пациентов — пенсионеры, 45,9% имеют группу инвалидности.

Возрастные границы изучаемой выборки находились в пределах 53—89 лет, средний возраст составлял $74,7 \pm 8,8$ лет. При распределении пациентов по возрасту (рисунок) выявлено, что максимальная распространенность ФП отмечается в возрастной группе 70—79 лет.

Так, в возрастах 50—59 и 60—69 лет частота заболевания примерно одинаковая (12,2 и 10,2% соответственно), в возрасте 70—79 лет увеличивалась до 48% и в возрасте старше 80 лет снижалась до 28,6%. Наименьшая распространенность ФП выявлена в группе пациентов 90—99 лет (1%).

Наиболее часто встречающейся формой непостоянной ФП была пароксизмальная форма (61,4%), реже всего — персистирующие формы (15,9%). Среди пациентов с перманентной формой преобладала нормосистолия (70,4%), брадисистолия отмечалась в 3,7% случаев ($n = 2$)

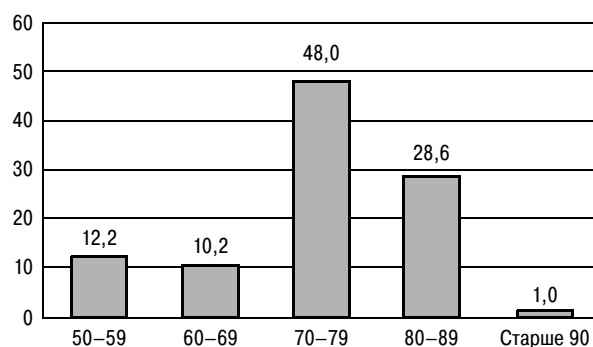


Рис. Распределение случаев ФП по возрасту, %

и этим пациентам выполнена коррекция электрокардиостимулятором в режиме VVI. В группе с непостоянной ФП синдром слабости синусного узла диагностирован у 4,3% пациентов ($n = 1$), которому имплантировали ЭКС по поводу синоатриальной блокады 2-й степени 2-го типа. Выявлено, что пароксизмальная форма встречается достоверно чаще, чем персистирующая ($p = 0,03$) и интермиттирующие формы ($p = 0,04$). Среди форм перманентной ФП нормосистолия встречается достоверно чаще тахисистолии ($p = 0,006$), а с брадисистолией разницы не выявлено ($p = 0,06$).

Наличие сопутствующих сердечно-сосудистых заболеваний у пациентов с ФП представлено в табл. 2.

ФП сочетается с артериальной гипертонией в 98,9% случаев, ИБС (27,6%), ОАСНК (4,1%), 15,3% перенесли ОНМК (чаще при перманентной ФП). Клинические симптомы ХСН были выявлены у 76,5% пациентов, чаще у больных с перманентной ФП.

Частотный анализ лекарственной терапии, назначенной больным с ФП, показал, что диуретики получали 94,7% пациентов, бета-адреноблокаторы (β -АБ) — 86,1%, ингибиторы ангиотензинпревращающего фермента (иАПФ) — 69,8%, блокаторы рецепторов к ангиотензину 2 (БРА) — 40,4%, блокаторы кальциевых каналов дигидропиридиновые (БКК (Д) — 37,8%, блокаторы кальциевых каналов недигидропиридиновые (БКК (НД) — 13,1% больных принимали антиагреганты — 74,7%, антикоагулянты — 11,4%, гиполипидемические средства (статины) — 65,5%, антиаритмические препараты I и III класса — 25,3%, нитраты — 12,8% пациентов.

Таблица 1

Характеристика пациентов

Показатель	Общее кол-во пациентов (n = 98)		Кол-во пациентов с перманентными формами ФП (n = 54)		Кол-во пациентов с непостоянными формами ФП (n = 44)	
	абс.	%	абс.	%	абс.	%
Пол						
Женщины	66	67,4*	37	68,5*	29	67,4*
Мужчины	32	32,7	17	31,5	15	32,6
Возраст (годы), M \pm σ						
Женщины	$74,4 \pm 8,8$		$76,5 \pm 7,4^{\wedge}$		$72,5 \pm 10,0$	
Мужчины	$76,5 \pm 6,9$		$77,8 \pm 6,5$		$76,1 \pm 7,0$	
Пенсионеры	$69,8 \pm 10,6$		$73,8 \pm 8,6^{\wedge}$		$64,9 \pm 11,0$	
Инвалидность	91	92,9	52	96,3	39	88,6
	45	45,9	29	53,7	16	36,4

Примечание. n — число больных; % — число больных в процентном отношении к общему количеству больных в группе; M \pm σ — среднее значение \pm стандартное отклонение; * — статистически достоверная разница в результатах ($p < 0,05$) по полу; \wedge — статистически достоверная разница в результатах ($p < 0,05$) между группами перманентной и непостоянной формами ФП.

В течение года пациенты с ФП принимали в среднем $8,4 \pm 4,6$ наименований ЛП.

В группе пациентов с перманентной ФП β -АБ получали 100% пациентов, иАПФ — 72,2%, БРА — 29,6%, БКК (Д) — 27,8%, БКК (НД) — 11,1%, диуретики — 96,3%, антикоагулянты — 11,1%, статины — 51,9%, антиаритмические препараты III класса — 11,1%, ацетилсалициловую кислоту — 70,4%.

В группе пациентов с непостоянными формами ФП β -АБ получали 70,5% пациентов, иАПФ — 65,9%, БРА — 50,0%, БКК (Д) — 50,0%, БКК (НД) — 11,4% диуретики — 90,9%, антикоагулянты — 11,4%, статины — 77,2%, антиаритмические препараты I и III класса — 38,6%, ацетилсалициловую кислоту — 75,0%.

Из вышепредставленных данных видно, что антикоагулянтная терапия в разных группах назначается с одинаковой частотой ($p = 0,9$), дигоксин — чаще в группе пациентов с перманентной ФП ($p = 0,006$) так как используется с пульс-урежающей целью. Разницы в применении других групп ЛП у пациентов с различными формами ФП не выявлено.

Таблица 2

Структура сопутствующих сердечно-сосудистых заболеваний

Показатель	Общее кол-во пациентов (n = 98)		Кол-во пациентов с перманентными формами ФП (n = 54)		Кол-во пациентов с непостоянными формами ФП (n = 44)	
	абс.	%	абс.	%	абс.	%
ИБС (стенокардия напряжения, ПИКС)	27	27,6	14	25,9	13	29,5
ОНМК	15	15,3	13	24,1 [^]	2	4,5
ОАСНК	4	4,1	4	7,4	0	0
ХСН I стадия	23	23,5	9	16,7	14	31,8
ХСН IIa стадия	69	70,4	45	83,3 [^]	24	54,5
ХСН IIб стадия	6	6,1	4	7,4	2	4,5
ГБ II стадия	57	58,1	31	57,4	26	59,1
ГБ III стадия	40	40,8	25	46,3	15	34,1

Примечание: n — число больных; % — число больных в процентном отношении к общему количеству больных в группе; ОНМК — острое нарушение мозгового кровообращения; ОАСНК — облитерирующий атеросклероз сосудов нижних конечностей; ГБ — гипертоническая болезнь; ПИКС — постинфарктный кардиосклероз; [^] — статистически достоверная разница в результатах ($p < 0,05$) между группами перманентной и непостоянной формами ФП.

Анализ фармакотерапии пациентов с ФП по торговому наименованию выявил, что наиболее часто назначались следующие ЛП: кардиомагнил (53,6%), верошпирон (42,3%), эгилек-ретард (36,1%), дигоксин (34,0%), аторис (23,7%), индап (21,7%). Результаты частотного анализа лекарственных средств по международным непатентованным наименованиям в фармакотерапевтических группах показал, что среди иАПФ самый часто назначаемый препарат — периндоприл (28,6%), среди сартанов — лосартан (28,6%), среди β -АБ — метопролола тартрат (53,1%), среди БКК (НД) — верапамил (10,2%), БКК (Д) — амлодипин (32,7%), среди диуретиков — индапамид (39,8%), среди статинов — аторвастатин (31,6%). Установлено, что лосартан, амлодипин и метопролола тартрат назначался статистически значимо чаще, чем другие ЛП из группы БРА ($p = 0,03$), БКК ($p = 0,002$), β -АБ ($p = 0,008$), ацетилсалициловая кислота с целью профилактики тромбообразования назначалась достоверно чаще, чем варфарин ($p = 0,006$).

Среднее количество принимаемых пациентами ЛП составило $8,0 \pm 4,4$ и существенно не различалось в группах с постоянной и непостоянными формами ФП ($8,4 \pm 4,6$ и $8,8 \pm 4,4$ соответственно).

При оценке риска тромбообразования у пациентов с ФП по шкале CHADS2-VASc выявлено, что у 100% пациентов имелись показания к назначению непрямых антикоагулянтов. В реальной практике данные препараты назначались лишь в 11,4% случаев. Единственным назначаемым ЛП в этом случае был варфарин, новые пероральные антикоагулянты в лечении не использовались. 74,7% пациентов принимали ацетилсалициловую кислоту в дозе 50—75 мг, двойная антитромботическая терапия не назначалась. Средняя частота определения международного нормализованного отношения (МНО) в 2013 г. составила 3,1 раза на 1 пациента, получавшего варфарин. Таким образом, 13,9% пациентов не проводилась антитромботическая терапия.

Похожие данные получены и в ряде других российских исследований. Так, по данным Линчак Р.М. и соавт., исследовавших фармакоэпидемиология антитромботической терапии в Москве, г. Краснодаре и г. Брянске, 13,4% пациентов не получают никаких антикоагулянтов, оральные антикоагулянты принимали 30,9% па-

циентов, из них новые пероральные антикоагулянты — 5,7%. По данным регистра РЕКВАЗА (РЕгистр КардиоВАСкулярных ЗАболеваний), учитывающего пациентов с сердечно-сосудистыми заболеваниями в г. Рязани, среди 13,7% пациентов с ФП, включенных в исследование, лишь 28,8% получали антикоагулянты. Регистр ЛИС (Люберецкое Исследование Смертности больных, перенесших острый инфаркт миокарда) показал, что до поступления в стационар по поводу острого инфаркта миокарда, ни один из пациентов с ранее известной ФП антикоагулянтную терапию не получал.

Использовались различные ЛП для контроля ритма и частоты желудочковых сокращений у пациентов с перманентной и непостоянными формами. Так, 100% пациентов с постоянной ФП получали β -АБ, комбинацию β -АБ и дигоксин — 31,5%, в дополнение к β -АБ принимали антиаритмический препарат III класса (амиодарон) — 11,1%. Пациенты с непостоянной формой ФП принимали только β -АБ в 59,1% случаев, только антиаритмический препарат III класса — 27,3%, β -АБ в сочетании с антиаритмическими препаратами III класса — 11,3%, дигоксин — 2,3% пациентов.

Таким образом, среди пациентов с ФП преобладают женщины, пациенты пожилого возраста. Более 3/4 пациентов страдают гипертонической болезнью. Выявлено преобладание перманентной формы ФП над непостоянными формами. При анализе фармакотерапии обнаружена высокая частота применения β -АБ, которые увеличивают продолжительность жизни у пациентов с

ФП и хронической сердечной недостаточностью. Установлена низкая частота применения антикоагулянтов, напрямую ассоциированных с улучшением качества жизни, что не соответствует современным клиническим рекомендациям. Кроме того, показано, что на практике редко проводится оценка риска тромбообразования и кровотечения при ФП, а также не используются новые пероральные антикоагулянты.

ЛИТЕРАТУРА

1. Go A.S., Hylek E.M., Phillips K.A. et al. Prevalence of diagnosed atrial fibrillation in adults: national implications for rhythm management and stroke prevention: the AnTicoagulation and Risk Factors in Atrial Fibrillation (ATRIA) Study. *JAMA*. 2001; 285: 2370—2375.
2. Сердечная Е.В., Юрьева С.В., Татарский Б.А. Фибрилляция предсердий: эпидемиология, особенности течения разных форм и выживаемость больных на северо-западе России. *Кардиосоматика*. 2012; 3: 45—51.
3. Kannel W.B., Wolf P.A., Benjamin E.J., Levy D. Prevalence, incidence, prognosis, and predisposing conditions for atrial fibrillation: Population-based estimates. *Am J Cardiol*. 1998; 82: 2—9.
4. Белоусов Ю.Б., Карпов О.И., Кобалава Ж.Д., Готовская Ю.В. Клинико-экономические аспекты профилактики мозгового кровообращения: по данным исследования ELSA. *Качественная клиническая практика*, 2002; 3: 76—88.
5. Wenckebach K.F. Arrhythmia of the heart. A physiological and clinical study. Edinburgh: William Green and Sons, 1994.
6. Wolf P., Mitchell J., Baker C.S. et al. Impact of atrial fibrillation on mortality, stroke, and medical costs. *Arch. Intern. Med*. 1998; 158: 229—234.
7. Петров В.И. Фармакоэпидемиология и фармакоэкономика в России: состояние проблемы и перспективы развития. *Клинические исследования лекарств в России*. 2002; 1: 8—9.

Сведения об авторах

Коробейникова Анна Николаевна — врач-терапевт, КОГБУЗ Кировская городская больница № 2. Адрес: ул. Советская, 89, Нововятский район, г. Киров, Россия, 610008. Тел.: + 79539447669. E-mail: anna_best2004@mail.ru.

Мальчикова Светлана Владимировна — д-р мед. наук, профессор кафедры госпитальной терапии, ГБОУ ВПО Кировская государственная медицинская академия. Адрес: ул. Карла Маркса, 112, г. Киров, Россия, 610002. E-mail: malchikova@list.ru.

About the authors

Korobeynikova Anna Nikolaevna — GP, Kirov State Hospital № 2. Address: 89 Sovetskaya St. Kirov, Russia, 610008. Tel.: + 79539447669. E-mail: anna_best2004@mail.ru.

Malchikova Svetlana Vladimirovna — MD, professor, Department of Advanced Therapy, Kirov State Medical Academy. Address: 112 Karl Marx St., Kirov, Russia, 610002. E-mail: malchikova@list.ru.

АНАЛИЗ АССОРТИМЕНТА И ДОСТУПНОСТИ ПЕРОРАЛЬНЫХ САХАРОСНИЖАЮЩИХ ПРЕПАРАТОВ ЗА 2012–2014 ГОДЫ НА УКРАИНСКОМ ФАРМАЦЕВТИЧЕСКОМ РЫНКЕ

Л.В. Яковлева, А.Л. Билык

Национальный фармацевтический университет, г. Харьков, Украина

Пероральные сахароснижающие препараты на украинском фармацевтическом рынке представлены в широком ассортименте. Значения показателя адекватности платежеспособности (Ca.s.) для различных лекарственных препаратов (ЛП), в зависимости от производителя, варьируют от низких до высоких, что дает возможность выбора, а также делает лечение доступным для различных слоев населения. Малодоступными являются ЛП последней генерации эксенатид и лираглутид, которые также являются высокоэффективными и безопасными. Количество препаратов отечественного производства на фармацевтическом рынке Украины постепенно увеличивается, что в экономическом аспекте является очень важным фактором, так как их цены и показатель адекватности платежеспособности ниже, чем у препаратов зарубежного производства.

Ключевые слова: пероральные сахароснижающие препараты, анализ ассортимента, фармакоэкономика, доступность лекарственных препаратов

ANALYSIS OF RANGE AND ECONOMIC AVAILABILITY OF ORAL HYPOLYCEMIC DRUGS IN THE PHARMACEUTICAL MARKET OF UKRAINE IN 2012–2014

L.V. Yakovlieva, A.L. Bilyk

The National University of Pharmacy, Kharkiv, Ukraine

The findings suggest that the oral hypoglycemic agents are presented in a wide range in the Ukrainian pharmaceutical market. The values of the indicator of solvency adequacy (Ca.s.) for different products, depending on the manufacturer, ranges from low to high, which makes it possible to select, as well as making treatment available to various segments of the population. Low available are drugs of last generation exenatide and liraglutide, which are also highly effective and safe. The amount of drugs of domestic production in the pharmaceutical market of Ukraine is gradually increasing, which in economic terms is very important factor, as their prices and indicator of solvency adequacy is lower than that of foreign drugs.

Keywords: oral hypoglycemic drugs, analysis of assortment, pharmaco-economic, availability of drugs

Сахарный диабет (СД) — это эндокринное заболевание, характеризующееся хроническим повышением уровня сахара в крови вследствие абсолютного или относительного дефицита инсулина. Заболевание приводит к нарушению всех видов обмена веществ, поражению сосудов, нервной системы, а также других органов и тканей [1].

СД — одно из широко распространенных заболеваний, которое занимает одно из основных мест не только в структуре эндокринных болезней, но и среди заболеваний неинфекционной природы (по уровню смертности третье место после сердечно-сосудистой и онкопатологии) [4]. Ежегодно в мире регистрируется 7 млн новых случаев заболевания СД, в 85—90 % случаев это СД типа 2 [2]. Рост заболеваемости свидетельствует о глобальной эпидемии сахарного диабета в мире.

В развитых европейских странах распространенность СД составляет 3—10 % в общей популяции, а среди лиц с факторами риска и у пожилых — достигает 30 %, при этом впервые диагностированный СД составил 58—60 % от общего количества больных [2, 10]. Так, по оценкам экспертов ВОЗ в 2005 г. больных СД было 239,4 млн, а в 2011 г. их число составило 366 млн человек, в 2013 г. их было зарегистрировано 387,7 млн, а к 2030 г. прогнозируется, что число больных СД увеличится и достигнет 552 млн человек. Это происходит в основном за счет прироста больных, страдающих СД типа 2. Каждые 20 мин в США регистрируется новый случай заболевания диабетом, а в Европе это происходит, каждые сорок минут. Лишь некоторые этнические группы являются исключением (по данным ВОЗ) [2].

На 01.01.2006 г. в Украине количество зарегистрированных больных СД впервые превысило миллионную отметку и достигло 1 006 652 человека, что составляет 2137,2 на 100 тыс. населения (около 2 % всего населения). К 2013 г. зарегистрировано 1 млн 300 тыс. больных СД типа 2 [2, 3].

В различных регионах Украины на каждого зарегистрированного больного приходится 2—2,5 больных с недиагностированным СД. На основании этих результатов можно предположить, что в Украине насчитывается около 2 млн больных диабетом, то есть реальная распростра-

ненность СД превышает регистрируемую. Такая ситуация типична как для Украины, так и для многих развитых стран мира [2].

Цель данной работы — исследование ассортимента пероральных гипогликемических препаратов (ПП) на фармацевтическом рынке Украины и проведение оценки их экономической доступности.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Для достижения поставленной цели были использованы следующие материалы: анализ реестра ЛП, информационно-поисковой системы «Морион» [8]. При анализе данных препаратов был изучен их ассортимент, соотношение импортных и отечественных производителей, их ценовые характеристики. Для анализа социально-экономической доступности ЛП был рассчитан показатель адекватности платежеспособности (Ca.s.), который показывает, какой % от средней заработной платы по Украине составляет стоимость курсовой дозы лекарственного препарата. В данном случае расчет проводили на один месяц лечения. Значение средней заработной платы в Украине за исследуемые годы находили на сайте: www.ukrstat.gov.ua. Согласно с величиной показателя Ca.s., все торговые названия ЛП были разделены на три категории: высокодоступные, значение (Ca.s.) которых было меньше 5 %, среднедоступные (Ca.s. более 5 % и менее 15 %) и малодоступные (Ca.s. более 15 %).

РЕЗУЛЬТАТЫ И ОБСУЖДЕНИЕ

В Украине на 2014 г. на базе 23 МНН зарегистрировано 142 торговых наименования (ТН) пероральных сахароснижающих ЛП (табл. 1), среди которых 40% отечественного и 60% импортного производства.

Установлено, что на украинском фармацевтическом рынке большую долю занимают препараты группы бигуанидов и сульфонилмочевины (рис. 1).

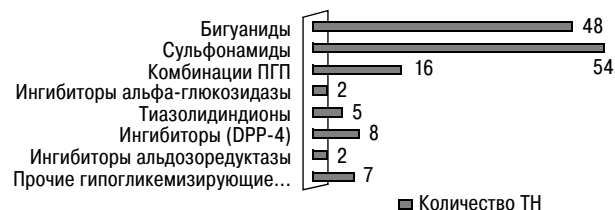


Рис. 1. Количество торговых наименований пероральных гипогликемических препаратов на фармацевтическом рынке в 2014 г.

Бигуаниды — самые первые препараты, применяемые для лечения преддиабетического состояния. В настоящее время из группы бигуанидов к применению разрешен только метформин как обладающий низким риском развития лактат-ацидоза. Метформин оказывает влияние на углеводный обмен путем воздействия на гепатоциты (торможение глюконеогенеза), повышения чувствительности периферических тканей к

инсулину (преимущественно поперечно — поперечной мускулатуры, в меньшей степени — жировой ткани), замедления всасывания глюкозы в кишечнике (в результате возможен такой побочный эффект, как диарея). Метформин является препаратом выбора для лиц с преддиабетом, который сопровождается гипергликемией натощак и нормальным уровнем сахара после еды, что косвенно свидетельствует об инсулинорезис-

Таблица 1

Динамика пероральных гипогликемических средств на фармацевтическом рынке Украины за 2012—2014 гг.

Фармакологическая группа	Международное непатентованное наименование	Количество торговых наименований			Диапазон цен		
		годы			годы		
		2012	2013	2014	2012	2013	2014
Бигуаниды	Метформин	40	41	48	12,16—116,95	11,87—128,77	17,16—212,14
Сульфонамиды, производные мочевины	Глибенкламид	7	7	8	7,23—26,09	5,69—28,6	4,79—43,92
	Гликвидон	1	1	1	78,51	82,07	123,47
	Гликлазид	8	11	13	20,49—140,94	21,98—155,12	24,09—199,97
	Глимепирид	30	30	32	24,67—134,17	11,44—111,56	32,09—167,34
Комбинации ППП	Метформин и сульфонамиды	7	7	7	62,10—74,77	67,74—76,11	95,87—122,84
	Метформин + ситаглиптин	3	3	3	257,29—331,13	329,02—339,16	284,85—483,32
	Метформин + саксаглиптин	—	3	3	—	122,23—267,85	215,67—487,84
	Глимепирид, пиоглитазон и метформин	1	1	1	93,8	97,29	105,75
Ингибиторы альфа-глюкозидазы	Воглибоза	—	—	2	—	—	49,77—55,06
Тиазолидиндионы	Пиоглитазон	7	7	5	65,15—137,74	62,3—43,57	82,23—167,46
Ингибиторы дипептидил пептидазы 4 (DPP-4)	Ситаглиптин	1	1	5	311	292,18	213,47—455,86
	Вильдаглиптин	—	—	1	—	—	522,49
	Саксаглиптин	2	2	2	281,95—295,02	287,25—297,36	391,07—401,78
Прочие гипогликемизирующие препараты, за исключением инсулинов	Гуаровая камедь	2	2	2	290,54—579,22	133,65—199,71	164,8—312,68
	Репаглинид	2	2	2	87,32—105,99	89,79—102,94	111,04—123,59
	Эксенатид	2	2	1	1749,66—1954,06	2230	2229,88
	Лираглутид	1	1	1	1961,39	1865,23	2416,13
	Данаглифлозин	—	—	1	—	—	407,11
Игибиторы альдозоредуктазы	Изодибут	1	2	2	37,62	16,31—36,94	20,25—91



Рис. 2. Динамика количества отечественных ЛП (по торговым наименованиям), наиболее широко потребляемых, на фармацевтическом рынке Украины в течение 2012—2014 гг.

тентности [5]. Касательно препаратов сульфонилмочевины, то данные препараты усиливают секрецию инсулина за счет стимуляции бета-клеток поджелудочной железы, поэтому действуют до тех пор, пока не истощены резервы инсулин-синтетической функции поджелудочной железы. В результате восстанавливается чувствительность бета-клеток к ПГП, увеличивается число инсулиновых рецепторов в тканях [11].

Анализ количества препаратов на рынке по торговым наименованиям за 2012—2014 гг. показал, что количество препаратов метформина (бигуаниды) отечественного производства с 2012 г. по 2014 г. увеличилось (2012 г. — 8 ТН, в 2014 г. — 19 ТН), а также отечественных препаратов, производных сульфониламида: глимепирида (2012 г. — 10 ТН, в 2014 г. — 15 ТН), гликлазида (2012 г. — 3 ТН, в 2014 г. — 9 ТН), глибенкламида (2012 г. — 2 ТН, в 2014 г. — 6 ТН) (рис. 2).

В структуре импортных препаратов наблюдается тенденция снижения их на рынке Украины. Препараты метформина (2012 г. — 32 ТН, в 2014 г. — 29 ТН), глимепирида (2012 г. — 20 ТН, в 2014 г. — 17 ТН), гликлазида (2012 г. — 3 ТН, в 2014 г. — 4 ТН), глибенкламида (2012 г. — 2 ТН, в 2014 г. — 2 ТН) (рис. 3). Также был проведен сравнительный анализ цен ПГП за 2012—2014 гг. По результатам установлено, что средневзвешенные цены на препараты как зарубежного, так и отечественного производства незначительно выросли.

С целью анализа финансовой доступности пероральных гипогликемических лекарственных препаратов рассчитан показатель адекватности платежеспособности для 23 МНН из группы



Рис. 3. Динамика количества импортных ЛП (по торговым наименованиям), наиболее широко потребляемых, на фармацевтическом рынке Украины в течение 2012—2014 гг.

ПГП. Низкий показатель адекватности платежеспособности (Ca.s.) до 5% обеспечивает доступность ЛП и гарантирует его потребление в условиях низкой платежеспособности населения. Установлено, что высокодоступными ЛП, для которых Ca.s. менее 5%, являются препараты метформина (бигуаниды), глибенкламида, гликвидона, глимепирида (производные сульфонилмочевины), воглибозы (ингибитор альфа-глюкозидазы), репаглинида, дапаглифлозина (прочие ГПП, за исключением инсулинов), изодибута (ингибитор альдозоредуктазы), а также комбинации препаратов: глибенкламида с метформинном, глипизидом с метформинном, метформина с глимепиридом, глимепирида с пиоглитазоном и метформинном.

Среднедоступными препаратами, у которых Ca.s. более 5% и менее 15%, являются препараты гликлазида (производные сульфонилмочевины), пиоглитазона (тиазолидиндионы), саксаглиптина (ингибитор дипептил пептидазы), гуаровой камеди (прочие ГПП, за исключением инсулинов).

К группе малодоступных ЛП (Ca.s. более 15%) относятся препараты ситаглиптина, вилдаглиптина (ингибитор дипептил пептидазы); комбинации препаратов метформин с ситаглиптином, метформина с саксаглиптином, а также ЛП нового класса, препараты эксенатида и лираглутида — это миметики инкретина (табл. 2). Данные препараты являются наиболее эффективными и безопасными.

В 2012 г. в Украине зарегистрирован инновационный препарат — лираглутид, после выхода его на рынок был выпущен его аналог по действию — эксенатид. Эти препараты являются пер-

выми аналогами человеческого глюкагоноподобного пептида-1 (ГП-1) [6].

В настоящее время лираглутид и эксенатид одобрены к применению не только в составе комбинированной терапии с различными пероральными сахароснижающими препаратами, но также и самостоятельно в качестве монотерапии. Данные ЛП позволяют эффективно контролировать углеводный обмен у пациентов с избыточной массой тела и ожирением, они лучше влияют на уровень постпрандиальной гликемии по сравнению с большинством других препаратов, обладают доказанным эффектом по снижению массы

тела, низким риском гипогликемий и благоприятным влиянием на факторы сердечно-сосудистого риска. Еще одним заслуживающим внимания эффектом этих ЛП является снижение уровня артериального давления, что является преимуществом препаратов. Терапия данными ЛП показана большинству пациентов с СД типа 2 с избыточной массой тела или ожирением вне зависимости от длительности заболевания, особенно если недостаточный контроль гликемии обусловлен в большей степени постпрандиальным повышением глюкозы, а также пациентам с СД типа 2 с высоким риском гипогликемий [6].

Таблица 2

Динамика показателя адекватности платежеспособности (Ca. s.) для пероральных сахароснижающих ЛП в течение 2012—2014 гг.

АТХ-код*	Международное непатентованное наименование	Диапазон Ca.s. %		
		годы		
		2012	2013	2014
A10B A02	Метформин	0,62—2,87	0,58—2,8	0,57—3,85
A10B B01	Глибенкламид	0,32—0,53	0,33—0,66	0,42—0,66
A10B B08	Гликвидон	2,85	2,75	3,92
A10B B09	Гликлазид	0,86—5,16	0,8—5,21	4,88—6,35
A10B B12	Глимепирид	0,9—4,87	0,92—4,53	1,02—4,74
A10B D02	Глибенкламид + метформин	0,69—2,07	1,08—2,28	1,78—4,75
A10B D02	Гликлазид + метформин	3,47	3,32	4,30
A10B D02	Глипизид + метформин	2,61	2,42	3,04
A10B D02	Метформин + глимепирид	3,08—4,82	2,74—5,02	3,01—5,24
A10B D07	Метформин + ситаглиптин	9,35—12,03	11,04—11,39	15,7—16,66
A10B D10	Метформин + саксаглиптин	—	4,10—8,99	11,04—19,34
A10B D22	Глимепирид, пиоглитазон и метформин	3,41	3,27	3,36
A10B F03	Воглибоза	—	—	1,58—1,75
A10B G03	Пиоглитазон	2,37—5,00	2,09—4,99	4,61—8,71
A10B H01	Ситаглиптин	11,3	9,81	14,47—17,00
A10B H02	Вилдаглиптин	—	—	16,59
A10B H03	Саксаглиптин	10,24—10,71	9,64—9,98	14,41—16,75
A10B X01	Хьюаровая смола	10,55—21,04	4,48—6,70	5,23—9,92
A10B X02	Репаглинид	3,17—3,85	3,01—3,45	3,52—3,92
A10B X04	Эксенатид	63,55—70,98	74,85	70,79
A10B X07	Лираглутид	71,25	62,61	76,70
A10B X09	Дапаглифлозин	—	—	12,92
A10X A02	Изодибут	4,09	1,10—3,72	4,29—8,66

Примечание. * Код в соответствии с анатомо-терапевтическо-химической классификацией.

ВЫВОДЫ

Полученные данные свидетельствуют о том, что пероральные сахароснижающие препараты на украинском фармацевтическом рынке представлены в широком ассортименте. Значения показателя адекватности платежеспособности (Ca.s.) для различных препаратов, в зависимости от производителя, варьируют от низких до высоких, что дает возможность выбора, а также делает лечение доступным для различных слоев населения. Малодоступными являются ЛП последней генерации: эксенатид и лираглутид, которые также являются высокоэффективными и безопасными. Необходимо отметить, что количество препаратов отечественного производства на фармацевтическом рынке Украины постепенно увеличивается, что в экономическом аспекте является очень важным фактором, так как их цены и показатель адекватности платежеспособности ниже, чем у препаратов зарубежного производства.

ЛИТЕРАТУРА

1. Фадеев П.А. Сахарный диабет: 500 ответов на самые важные вопросы. М.: «ЭКМО», 2013. 240 с.
2. ВОЗ / Основные сведения о диабете. URL: <http://www.who.int/ru/>
3. Гайдаев Ю.О. Стан ендокринологічної служби України та перспективи розвитку медичної допомоги хворим з ендокринною патологією. *Міжнародний ендокринологічний журнал*. 2014; 2 (4): 9—14.
4. Старенька І. С. Лікування цукрового діабету: реальність і перспективи. *Здоров'я України*. 2014; 3: 24.
5. Балаболкин М.И., Креминская В.М., Клебанова Е.М. Бигуаниды: антигипергликемическое и вазопротективное действия. *Consilium medicum*. 2003; 5 (9): 487—491.
6. Маньковский Б.Н. Новое направление в терапии сахарного диабета 2-го типа: какие возможности нам предоставляет Виктоза®? *Міжнародний ендокринологічний журнал*. 2012; 3 (43): 8—12.
7. Яковлева Л.В., Бондаренко Д.В. Аналіз доступності препаратів для лікування обструктивного захворювання легень українських пацієнтів. *Український біофармацевтичний журнал*. 2015; 2 (37): 4—10.
8. Программний комплекс «Аптека» компанії «Моріон» [Електронний ресурс]. — режим доступу до сайту: URL: [// pharmbase.com.ua/poisk/](http://pharmbase.com.ua/poisk/).
9. Компендіум (лікарські препарати). Моріон, 2013. С. 1972.
10. The World Bank. Diabetes and Overweight: A Growing Global Burden. URL: <http://blogs.worldbank.org/>
11. Gribble F., Ashcroft M. Sulfonylurea sensitivity of adenosine triphosphate-sensitive potassium channels from beta cells and extrapancreatic tissues. *Metabolism*. 2006; 49: 3—6.

Информация об авторах:

Яковлева Лариса Васильевна — профессор, д-р фарм. наук, заведующая кафедрой фармакоэкономики Национального фармацевтического университета. 61002, г. Харьков, Украина, ул. Пушкинская, дом 53. E-mail: feknfau@ukr.net

About the author

Yakovleva Larisa Vasilyevna — professor, Doctor of pharmaceutical sciences, head of department of pharmacoeconomics of National pharmaceutical university. 61002, Kharkiv, Ukraine, Pushkinskaya street, 53. E-mail: feknfau@ukr.net

РОЛЬ УДОВЛЕТВОРЕННОСТИ ТРУДОМ ПЕРСОНАЛА В РЕШЕНИИ УПРАВЛЕНЧЕСКИХ ЗАДАЧ МЕДИЦИНСКОЙ ОРГАНИЗАЦИИ

Л.В. Засова, Я.А. Черезова

*Первый Московский государственный медицинский университет
и.м. И.М. Сеченова*

Проанализированы основные компоненты трудовой мотивации среднего медицинского персонала и выделены факторы, снижающие производительность труда. Обнаружен значительный разрыв в уровне удовлетворенности трудом в зависимости от специфики деятельности подразделения медицинской организации. В результате установлены важнейшие преимущества, которые получают подразделения медицинской организации, где руководству удается успешно решать задачу повышения уровня удовлетворенности трудом и трудовой мотивации среднего медицинского персонала. Обоснованы дальнейшие направления совершенствования процесса управления трудом в современных экономических условиях.

Ключевые слова: удовлетворенность трудом, трудовая мотивация, психологический климат, профессиональное выгорание, эффективное управление персоналом

ROLE OF STAFF SATISFACTION WITH THE WORKING IN MANAGEMENT TASKS OF HEALTH ORGANIZATION

L.V. Zasova, Y.A. Cherezova

*First MG MU named after I.M. Sechenov, Economics
and Management Department*

The main components of work motivation of nurses were analyzed and the factors that reduce productivity were highlighted. We have found a significant gap in the level of job satisfaction, depending on the specifics of the medical division of the organization. As a result, the most important benefits that accrue to the medical division of the organization, where management can successfully solve the problem of raising the level of job satisfaction and work motivation of nurses were set. Further research the direction of improvement of labor management in the current economic conditions are needed.

Keywords: components of work motivation, medical division, current economic conditions are needed

Одним из показателей, достоверно отражающим уровень конкурентоспособности предприятий и организаций национальной экономики и потенциал ее роста, является производительность труда. Всю совокупность факторов, влияющих на производительность труда, условно можно разделить на два уровня. Факторы уровня хозяйствующего субъекта: уровень использования кадрового потенциала, уровень техники и технологии, наличие сегмента рынка, качество менеджмента, которые влияют на категории, отражающие конкурентоспособность продукции. К внешним факторам по отношению к хозяйствующему субъекту, можно отнести: изменение политической, социально-экономической ситуации, особенности налогово-бюджетной, денежно-кредитной и инвестиционной политики государства; форс-мажорные обстоятельства на финансовом рынке и др. Значение факторов этих уровней в увеличении производительности труда, несомненно, велико.

Однако в последние годы соотношение факторов, обуславливающих рост производительности труда, существенно изменилось в сторону повышения значения человеческих ресурсов в достижении эффективности производственной деятельности. Эффективное управление кадрами, направленное на достижение целей организации, подразумевает умелое использование труда, опыта, интеллекта и мотивов поведения людей с учетом их удовлетворенности трудом.

Удовлетворенность трудом формируется в результате оценки трудовой деятельности по критериям удовлетворения значимых и актуальных потребностей работника, которая формируется путем соотнесения ожиданий работника (сформировавшихся при оценке вероятности удовлетворения требований) с реальными личностными результатами труда (теми благами, которые работник присваивает посредством своей трудовой деятельности).

Высокая удовлетворенность работой характеризуется преобладанием позитивного, конструктивного отношения к работе со стороны сотрудников, которое проявляется в исполнительности, высокой степени ответственности за выполняемую работу, стремлении сделать ее как можно лучше, соблюдении норм поведения и требований организации, сотрудничестве, взаимопомощи, желании повысить свой профессиональный уровень и др. Неудовлетворенность работой про-

является в низких результатах труда, высокой текучести персонала, его нестабильности, высоком уровне заболеваемости, нарушении норм поведения, в том числе правил техники безопасности, снижении трудовой активности и т.д. [1].

В медицинской организации удовлетворенность трудом приобретает огромное значение, поскольку напрямую сказывается на качестве предоставляемой помощи пациентам. Усиленный ритм работы медицинских работников, интенсификация их труда часто ведут к повышенному напряжению нервной системы, неумению расслабиться, выходить из стрессового состояния, обретать психическое равновесие. Это состояние зачастую приводит к появлению синдрома «выгорания», при котором имеются осложнения отношений с другими людьми, лишняя конфликтность и неустойчивость к стрессам. Например, низкие показатели удовлетворенности трудом среднего медицинского персонала, помимо прочего, могут повлечь формальное выполнение своих обязанностей, игнорирование просьб пациентов, раздражительность, вспыльчивость, проявление порой грубого отношения к пациентам. Подобное поведение может привести не только к дисбалансу в работе подразделения, но и снижению эффективности деятельности и конкурентоспособности всей медицинской организации.

Поэтому своевременное определение уровня удовлетворенности трудом сотрудников медицинской организации в сочетании с оценкой ключевых показателей результативности ее деятельности представляется весьма актуальной.

В настоящее время теория и практика управления персоналом выработали множество методик оценки уровня удовлетворенности. Среди них можно выделить как научно-исследовательские, так и эмпирические, разработанные для конкретных организаций. Например, методика «Персонал предприятия и удовлетворенность трудом», разработанная Научно-исследовательским институтом труда и социального страхования, позволяет определить степень удовлетворенности персонала трудом; определить тип, силу и направленность трудовой мотивации; оценить корреляцию между удовлетворенностью трудом, типом, силой и направленностью трудовой мотивации работников.

Методики «JDI» и «JDI-1», разработанные группой психологов Государственного Университета Индианы (США) под руководством У. Скот-

та (W.S. Scott) с 70-х годов применяются для фокусного исследования удовлетворенности трудом, охватывают широкий спектр факторов удовлетворенности и позволяют оценить отношение персонала к труду [2, 3].

Метод сегментов, в основе которого лежит использование сегментированного вопросника об удовлетворенности трудом, позволяет оценить влияние факторов трудовой деятельности на удовлетворенность трудом. Вопросы анкеты сгруппированы в информационные сегменты о содержании работы, условиях труда, отношениях с руководством, подчиненными, коллегами, о моральном климате в коллективе, о справедливости оплаты и действенности системы вознаграждения и др.

Специфика деятельности медицинской организации ставит задачу поиска набора факторов и методики оценки уровня удовлетворенности трудом, адаптированной к отрасли здравоохранения.

На основании вышесказанного определена цель исследования — количественное измерение уровня удовлетворенности среднего медицинского персонала медицинской организации различными сторонами процесса труда по методике, адаптированной к отрасли здравоохранения.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Проведено социологическое исследование с мая по август 2015 г.

В качестве объекта исследования выбрана крупная российская медицинская организация, расположенная в Москве. В структуре данной организации представлены следующие службы: терапевтическая, хирургическая, анестезиолого-реанимационная, инфекционная, амбулаторная и диагностическая. Для обеспечения репрезентативности выборки определено необходимое количество респондентов. В исследовании приняли участие 486 медицинских работников со средним медицинским образованием.

Изучив различные методики оценки удовлетворенности, а также набор используемых в них факторов удовлетворенности, выявлены следующие факторы, наиболее предпочтительные с нашей точки зрения для оценки удовлетворенности трудом среднего медицинского персонала медицинской организации:

- размер заработной платы;
- условия труда в подразделении, оснащенность рабочего места, обеспеченность расходными материалами;

- режим труда и отдыха (график, выходные, отпуск);
- система обучения, подготовки и возможности повышения квалификации;
- морально-психологический климат в коллективе;
- возможности для проявления самостоятельности и инициативы в работе;
- взаимоотношения с непосредственным руководителем;
- справедливость поощрений и наказаний со стороны руководства;
- признание со стороны руководителей и коллег (моральные поощрения, ценные подарки, призы, почетные звания и т.д.);
- корпоративные мероприятия, праздники, традиции, совместный отдых, спорт.

С целью определения уровня удовлетворенности трудом среднего медицинского персонала разработана анкета, включающая три блока вопросов: мотивирующий блок и инструкцию по заполнению, демографический блок и блок оценки факторов удовлетворенности трудом. Сотрудникам медицинской организации было предложено оценить по 5-балльной шкале 10 факторов с позиции степени удовлетворенности ими в данной организации. Возврат выданных анкет составил 99%. Для достоверности результатов проведен выборочный опрос среднего медицинского персонала всех подразделений исследуемой медицинской организации.

На основе анкеты разработана концепция социологического исследования удовлетворенности и заинтересованности работников среднего медицинского персонала в собственном труде и получаемом вознаграждении, включающая следующие основные этапы: социально-демографический анализ, анализ показателей уровня квалификации персонала, анализ удовлетворенности трудом.

Простым и удобным с точки зрения проведения расчетов и подведения итогов анкетирования по блоку удовлетворенности трудом является, на наш взгляд, метод, использованный в методике Научно-исследовательского института труда и социального страхования «Персонал организации и удовлетворенность трудом». Средний из 5 ответов должен быть нейтральным и, как правило, выражается такими ответами, как «Не могу сказать, удовлетворен или нет» либо «Большинство затрудняется определить свою позицию». Ему присваивается нулевое значение. Тогда остальные ответы будут характеризовать степень удовлетворенности и степень неудовлетворенности. При 5-уровневой шкале наибольшая удовлетворенность (ответ «полностью удовлетворен») может быть оценена в 2 балла, а наименьшая (ответ «совершенно не удовлетворен») — в «минус» 2 балла.

На основании ответов респондентов рассчитали индекс удовлетворенности персонала ($I_{удовл.}$), используя следующую формулу (1):

$$I_{удовл.} = \frac{(+2)N_1 + (+1)N_2 + (0)N_3 + (-1)N_4 + (-2)N_5}{N}, \quad (1)$$

где (+2), (+1), (0), (-1), (-2) — баллы шкалы удовлетворенности; N — общее число респондентов; N_1 — количество респондентов, ответивших на данный вопрос «полностью удовлетворен»; N_2 — количество респондентов, ответивших «скорее удовлетворен, чем нет»; N_3 — количество респондентов, ответивших «не знаю»; N_4 — количество респондентов, ответивших «скорее не удовлетворен, чем удовлетворен»; N_5 — количество респондентов, ответивших «совершенно не удовлетворен».

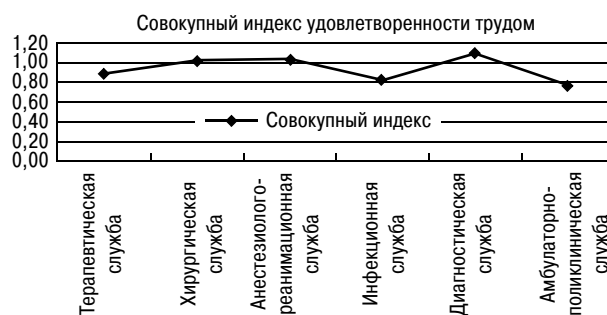
Для разработки итоговой системы оценки результативности деятельности подразделений по ключевым показателям в рамках отдельной организации, на наш взгляд, возможно применение метода экспертных оценок, весовые коэффициенты показателей (или их групп), характеризующие так называемую положительную оценку деятельности подразделений. После этого формируется экономико-математическая модель, на основе которой пользователь информации получает оценку эффективности деятельности подразделений организации.

Для того чтобы определить весомость ключевых показателей были разработаны анкеты. Для целей исследования были выбраны 9 показателей и предложена 9-балльная шкала их непосредственной оценки, т.е. приписывания объектам числовых значений в шкале интервалов. Эксперту предлагается поставить в соответствие каждому объекту точку на непрерывной оси. При этом эквивалентным по сравниваемым показателям объектам приписывается одно и то же число. Условие полной информированности экспертов о свойствах объектов встречается в практике экспертного оценивания не очень часто. Поэтому с целью уменьшения точности измерения они рассматривают балльную оценку.

Сущность метода экспертных оценок заключалась в проведении экспертами интуитивно-логического анализа проблемы с количественной оценкой суждений и формальной обработкой результатов. Полученное в результате обработки обобщенное мнение экспертов принято как решение проблемы.

РЕЗУЛЬТАТЫ И ОБСУЖДЕНИЕ

В результате обработки анкет выявлено, что в выборке преобладают респонденты женского персонала (67%). Анализ возрастного состава



Совокупный индекс удовлетворенности трудом по подразделениям медицинской организации

сотрудников показал, что более половины респондентов вошли в группу «46—55 лет». Среди остальных возрастных групп («25—35 лет», «36—45 лет», «выше 55 лет») значения распределились равномерно (по 15%).

По уровню квалификации среднего медицинского персонала респонденты распределились следующим образом: 51% — специалисты с высшей категорией, 24% — с первой, 20% — со второй и 5% — не имеют категории.

Определен портрет среднего медицинского персонала в исследуемой организации. Это женщина (67%) в возрасте 46—55 лет со средним медицинским образованием, имеющая семью (80%), среднемесячный доход на члена семьи 20 000—30 000 тыс. руб., стаж работы по специальности: 16—20 лет, из них в исследуемой организации 11—15 лет.

На основании ответов респондентов рассчитан совокупный индекс удовлетворенности трудом по подразделениям медицинской организации, включающий частные индексы удовлетворенности по отдельным факторам, представлен на рисунке.

Из рисунка видно, что уровень удовлетворенности трудом среднего медицинского персонала исследуемой организации достаточно высокий. При этом значение данного показателя варьируется по подразделениям. Уровень удовлетворенности трудом ниже среднего по организации выявлен в терапевтической службе, амбулаторно-поликлинической службе, инфекционной службе. Для обнаружения наличия корреляционной связи между уровнем удовлетворенности трудом среднего медицинского персонала и деятельностью подразделений проведена экспертная оценка результативности их деятельности по ключевым показателям.

В ходе дальнейшего исследования для реализации процедуры экспертной оценки сформирована группа экспертов. Достоверность групповой экспертной оценки зависела от общего числа экспертов в группе, долевого состава различных специалистов в группе и от характеристик экспертов. В основу характеристики экспертов положена их компетентность (степень квалификации эксперта в определенной области знаний, уровня и широты осведомленности о достижениях мировой науки и техники, понимания проблем и перспектив развития), креативность (способность решать творческие задачи), отношение к экспертизе, конформизм, самокритичность и др.

С этой точки зрения для проведения экспертизы была выбрана первоначальная экспертная группа из 30 ключевых сотрудников администрации исследуемой медицинской организации, имеющих достаточно большой стаж на занимаемой должности. Некоторые из специалистов имеют ученую степень.

Первоначальная совокупность экспертов составляла 30 человек ($n = 30$). Окончательное количество экспертов в группе ($n = 18$) определено при пороговом значении относительного коэффициента компетентности $k_n = 0.033$.

После проведения опроса выполнена обработка результатов с помощью стандартных компьютерных программ с целью получения обобщенных данных. Получение групповой экспертной оценки осуществлялось путем суммирования индивидуальных оценок с весами компетентности экспертов. Коэффициенты компетентности экспертов вычислены по апостериорным данным, т.е. по результатам оценки объектов. Основной идеей этого вычисления было предположение о том, что компетентность экспертов должна оцениваться по степени согласованности их оценок с групповой оценкой объектов.

Для оценки преимуществ подразделений исследуемой медицинской организации были включены следующие ключевые показатели эффективности:

- отсутствие текучести персонала в подразделении (КПЭ 1);
- своевременность выполнения задания (КПЭ 2);
- соблюдение стандартов оказания медицинской помощи (КПЭ 3);
- отсутствие жалоб, нареканий, рекламаций со стороны пациентов (КПЭ 4);
- скорость передачи информации (КПЭ 5);
- соблюдение этических норм (КПЭ 6);
- отсутствие конфликтов в трудовом коллективе (КПЭ 7);
- отсутствие нарушений трудовой дисциплины (КПЭ 8);
- возможности профессионального роста (КПЭ 9).

Обобщенный ранжированный результат групповых оценок экспертов по подразделениям представлен в таблице.

Из таблицы видно, что ряд ключевых показателей эффективности (отсутствие текучести персонала в подразделении, своевременность выполнения задания, отсутствие жалоб, нареканий, рекламаций со стороны пациентов, отсутствие конфликтов в трудовом коллективе, возможности профессионального роста) в терапевтической службе, инфекционной службе и амбулаторно-поликлинической службе имеют значения ниже значения медианы в ряду оценок экспертов.

При ранжировании объектов эксперты обычно расходятся во мнениях по решаемой проблеме. В связи с этим возникает необходимость количественной оценки степени согласия экспертов. Мерой согласованности мнений группы экспертов служит дисперсионный коэффициент конкордации.

Обобщенный ранжированный результат групповых оценок эффективности работы подразделений медицинской организации

Наименование подразделения	Ранг индикатора КПЭ для подразделений								
	1	2	3	4	5	6	7	8	9
Терапевтическая служба	5,47	6,55	8,65	5,64	7,46	6,51	7,99	6,78	4,84
Хирургическая служба	7,65	8,98	7,85	7,46	6,45	7,99	8,08	6,67	6,12
Анестезиолого-реанимационная служба	6,89	8,99	8,65	8,47	8,46	6,99	8,85	6,56	6,32
Инфекционная служба	4,58	6,49	7,47	6,46	6,45	5,85	7,82	6,35	5,98
Диагностическая служба	7,56	8,95	8,75	8,48	6,43	7,74	8,95	6,85	6,78
Амбулаторно-поликлиническая служба	3,55	7,35	7,49	4,47	6,45	7,21	6,85	6,25	5,98

Коэффициент конкордации равен 1, если все ранжировки экспертов одинаковы. Коэффициент конкордации равен нулю, если все ранжировки различны, т.е. совершенно нет совпадения.

Обычно принимается $W = 0,5$, т.е. при $W > 0,5$ выводы экспертов согласованы в большей мере (сходятся в оценке событий), чем несогласованы. При $W < 0,5$ оценки нельзя считать в достаточной степени согласованными.

В результате компьютерных вычислений получен дисперсионный коэффициент конкордации $W = 0,5163$, следовательно, согласованность оценок экспертной группы можно считать достаточно хорошей.

Таким образом, проведенное исследование позволило выявить факторы, приводящие к снижению производительности труда в изучаемой медицинской организации, обнаружить разрыв в уровне удовлетворенности трудом в зависимости от специфики деятельности подразделения медицинской организации. Установлена корреляционная связь между удовлетворенностью трудом среднего медицинского персонала и результативностью деятельности подразделений исследуемой медицинской организации. Так, в тех подразделениях, где, по мнению экспертов, должным образом организовано взаимодействие с работниками и пациентами, высока и удовлетворенность трудом среднего медицинского персонала.

Однако следует иметь в виду, что высокий уровень удовлетворенности трудом не всегда гарантирует эффективную работу всей организации, и наоборот, хорошие показатели финансово-хозяйственной и организационно-управленческой деятельности организации не обязательно будут способствовать росту удовлетворенности

трудом. Например, важна роль приверженности (преданности) работников организации в соотношении «низкий уровень удовлетворенности трудом» — «низкая текучесть кадров». С другой стороны, высокая удовлетворенность трудом при стабильной экономической ситуации в стране может способствовать поиску новых рабочих мест с лучшими возможностями, а значит влиять на рост текучести кадров. Тем не менее регулярная диагностика уровня удовлетворенности трудом может стать индикатором «узких мест» в управлении персоналом медицинской организации. Своевременное их выявление позволит эффективно воздействовать на мотивацию подчиненных, воодушевлять на самоотверженную работу.

ЛИТЕРАТУРА

1. Ловчева М. Удовлетворенность трудом как индикатор корпоративной социальной политики. *Кадровик. Кадровый менеджмент*. 2010; 2: 34.
2. Scott W.S. The development of semantic differential scales admeasures of «morale». *Personnel Psychology*. 1967; 20: 179—198.
3. Scott W.S., Rowland R. The generality and significance of semantic differential scales on measures of «morale». *Organizational Behavior and Human Performance*. 1970; 5: 576—591.
4. Долгая А.А. Организационная культура как фактор построения системы управления предприятием. *Бизнес. Образование. Право. Вестник Волгоградского института бизнеса*. 2015. 1 (30): 19—22.
5. Ващенко А.Н. Экономические интересы и закономерности формирования мотивации труда. *Бизнес. Образование. Право. Вестник Волгоградского института бизнеса*. 2012; 2: 72—82.
6. Евланов Л.Г., Кутузов В.А. Экспертные оценки в управлении. М.: «Экономика». 1978.
7. Ловчева М. Удовлетворенность трудом как индикатор корпоративной социальной политики. *Кадровик. Кадровый менеджмент*. 2010; 2: 34.

Сведения об авторах:

Засова Любовь Владимировна — канд. соц. наук, доцент кафедры экономики и менеджмента ГБОУ ВПО Первый МГМУ. 119992, Москва, ул. Трубецкая, 8 стр. 2. Тел.: (495) 622-97-30. E-mail: zihareva@mail.ru

Черезова Яна Алексеевна — канд. экон. наук, доцент кафедры экономики и менеджмента, заместитель директора центра магистерских программ ГБОУ ВПО Первый МГМУ. 119992, Москва, ул. Трубецкая 8 стр. 2. Тел.: (495) 622-96-47

About the author

Zasova Liubov Vladimirovna — PhD, Associate Professor, Department of Economics and Management, IPO First MG MU named after I.M. Sechenov. 119992, Moscow, 8 s 2 Trubeckaya St. Tel.: (495) 622-97-30. E-mail: zihareva@mail.ru

Cherezova Yana Alekseevna — PhD, Associate Professor, Department of Economics and Management, Center Deputy Director of Master's Programs IPO First MG MU named after I.M. Sechenov. 119992, Moscow, 8 s 2 Trubeckaya St. Tel.: (495) 622-96-47

СОДЕРЖАНИЕ — CONTENTS

<i>ПЕРЕДОВАЯ</i>	<i>EDITORIAL</i>
ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ИНСТРУМЕНТОВ РАЗДЕЛЕНИЯ РИСКОВ И ПРОЦЕДУР РАННЕГО ДОСТУПА К ЛЕЧЕНИЮ В ЕВРОПЕЙСКОМ СОЮЗЕ Лэшек Борковски, И.Ю. Солодун, М.А. Холовня, Е.П. Евдoshенко 3	USE OF INSTRUMENTS OF RISK SHARING AND SCHEMES OF EARLY ACCESS TO TREATMENT IN THE EUROPEAN UNION Leszek Borkowski, I.Y. Solodun, M.A. Holownia, E.P. Evdoshenko 3
<i>ОБЩИЕ ВОПРОСЫ СТАНДАРТИЗАЦИИ</i>	<i>GENERAL STANDARDIZATION PROBLEMS</i>
КОМПЛЕКСНАЯ ОЦЕНКА РЕГИОНАЛЬНОЙ СИСТЕМЫ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ: ДАННЫЕ ОФИЦИАЛЬНОЙ СТАТИСТИКИ И СОЦИОЛОГИЧЕСКИХ ОПРОСОВ НАСЕЛЕНИЯ О.А. Цыганова, С.В. Шульгина 9	COMPREHENSIVE EVALUATION OF REGIONAL HEALTH SYSTEM: OFFICIAL STATISTICS AND PUBLIC OPINION POLL O.A. Cyganova, S.V. Shulgina 9
<i>ОПЫТ ПРАКТИЧЕСКОЙ СТАНДАРТИЗАЦИИ</i>	<i>PRACTICAL STANDARDIZATION</i>
ОСОБЕННОСТИ ОБРАЩАЕМОСТИ НАСЕЛЕНИЯ МУНИЦИПАЛЬНОГО РАЙОНА В МЕДИЦИНСКИЕ СТОМАТОЛОГИЧЕСКИЕ ОРГАНИЗАЦИИ М.М. Мкртумян 14	FEATURES APPEALABILITY OF POPULATION OF THE MUNICIPAL AREA IN THE MEDICAL DENTAL ORGANIZATION M.M. Mkurtmyan 14
МОНИТОРИНГ ЭФФЕКТИВНОСТИ МЕРОПРИЯТИЙ, ПРОВОДИМЫХ В РАМКАХ ГОСУДАРСТВЕННОЙ ПОЛИТИКИ В СФЕРЕ ПРОФИЛАКТИКИ ТРАВМАТИЗМА В РОССИИ К.А. Егизарян, С.Н. Черкасов, Л.Ж. Атнаева 19	MONITORING OF THE EFFECTIVENESS OF ACTIVITIES CARRIED OUT IN THE FRAMEWORK OF THE STATE POLICY IN THE FIELD OF INJURY PREVENTION IN RUSSIA K.A. Egiazaryan, S.N. Cherkasov, L.J. Attaeva 19
КОНЦЕПЦИЯ МАРЖИНАЛЬНОСТИ ЗАТРАТ ПРИ МОДЕЛИРОВАНИИ РАСХОДОВ В УСЛОВИЯХ КОМОРБИДНОСТИ ПАТОЛОГИИ П.А. Воробьев, В.В. Цурко, М.Е. Елисева, Л.С. Краснова ... 26	CONCEPT OF MARGINAL COST WHEN MODELING EXPENDITURES UNDER COMORBID PATHOLOGY P.A. Vorobiev, V.V. Tsurko, M.E. Eliseeva, L.S. Krasnova ... 26
ЗАЩИТА ПРАВ ПОТРЕБИТЕЛЕЙ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ А.В. Микрюков, А.С. Мозалев, Л.А. Ходырева, А.А. Дударева 33	PROTECTING THE RIGHTS OF CONSUMERS OF HEALTH SERVICES A.V. Mikryukov, A.S. Mozalev, L.A. Khodyreva, A.A. Dudareva 33
<i>БЮЛЛЕТЕНЬ КЛИНИКО-ЭКОНОМИЧЕСКОГО АНАЛИЗА</i>	<i>CLINICO-ECONOMICAL ANALYSIS BULLETIN</i>
ИЗУЧЕНИЕ ЛЕКАРСТВЕННОЙ ТЕРАПИИ ФИБРИЛЛЯЦИИ ПРЕДСЕРДИЙ В АМБУЛАТОРНОЙ ПРАКТИКЕ А.Н. Коробейникова, С.В. Мальчигова 39	THE STUDY OF DRUG THERAPY FOR ATRIAL FIBRILLATION IN OUTPATIENTS A.N. Korobeynikova, S.V. Malchikova 39
АНАЛИЗ АССОРТИМЕНТА И ДОСТУПНОСТИ ПЕРОРАЛЬНЫХ САХАРОСНИЖАЮЩИХ ПРЕПАРАТОВ ЗА 2012—2014 ГОДЫ НА УКРАИНСКОМ ФАРМАЦЕВТИЧЕСКОМ РЫНКЕ Л.В. Яковлева, А.Л. Билык 44	ANALYSIS OF RANGE AND ECONOMIC AVAILABILITY OF ORAL HYPOGLYCEMIC DRUGS IN THE PHARMACEUTICAL MARKET OF UKRAINE IN 2012—2014 L.V. Yakovlieva, A.L. Bilyk 44
РОЛЬ УДОВЛЕТВОРЕННОСТИ ТРУДОМ ПЕРСОНАЛА В РЕШЕНИИ УПРАВЛЕНЧЕСКИХ ЗАДАЧ МЕДИЦИНСКОЙ ОРГАНИЗАЦИИ Л.В. Засова, Я.А. Черезова 50	ROLE OF STAFF SATISFACTION WITH THE WORKING IN MANAGEMENT TASKS OF HEALTH ORGANIZATION L.V. Zasova, Y.A. Cherezova 50