

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 2013 год 0,117

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

Нерсесян М.Ю.

Компьютерная верстка:

ИП Прохоров О.В.

Индекс журнала 79284

по каталогу агентства РОСПЕЧАТЬ

«ГАЗЕТЫ И ЖУРНАЛЫ»

**11–12 2015
(Ноябрь—Декабрь)**

*При перепечатке ссылка
на журнал обязательна*

© Издательство «Ньюдиамед»

Формат 60×90/8

Печ. листов 6,5. Заказ № PR11-1215

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, 2015

**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 подрисовочные 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*

ОБЩИЕ ВОПРОСЫ СТАНДАРТИЗАЦИИ

ЗАКОНОДАТЕЛЬНЫЕ ПРОБЛЕМЫ РЕАЛИЗАЦИИ ПРОГРАММЫ ОБЕСПЕЧЕНИЯ НЕОБХОДИМЫМИ ЛЕКАРСТВЕННЫМИ ПРЕПАРАТАМИ

М.Н. Бурцева, О.А. Нагибин¹, В.Н. Дембровский²

*Министерство здравоохранения Республики Якутия (Саха),
отдел лекарственного обеспечения населения и медицинской техники,
Первый Московский государственный медицинский университет
им. И.М. Сеченова,
Городская поликлиника № 2, г. Рязань*

Рассмотрены проблемы нормативно-правового регулирования предоставления дополнительной бесплатной медицинской помощи, предусматривающие обеспечение необходимыми лекарственными средствами по рецептам врача.

Ключевые слова: дополнительная бесплатная медицинская помощь, дополнительное лекарственное обеспечение (программа ОНЛП), нормативно-правовое регулирование, меры социальной поддержки

В соответствии с Федеральным законом от 28.08.2004 № 122-ФЗ «О внесении изменений в законодательные акты Российской Федерации и признании утратившими силу некоторых законодательных актов Российской Федерации в связи с принятием федеральных законов «О внесении изменений и дополнений в Федеральный закон «Об общих принципах организации законодательных (представительных) и исполнительных органов государственной власти субъектов Российской Федерации» и «Общих принципах организации местного самоуправления в Рос-

сийской Федерации» (далее — Закон № 122-ФЗ) при предоставлении гражданину мер социальной поддержки (ранее «льгот») населению, в том числе в области лекарственного обеспечения, ответственность делится между федеральным центром и регионами, а финансирование этих мер осуществляется из федерального бюджета и бюджетов субъектов РФ [1].

В соответствии с Законом № 122-ФЗ льготников РФ условно разделили на две категории:

«Федеральные» — отнесенные к компетенции РФ, получают льготы (меры социальной поддержки) за счет федерального бюджета;

«региональные» — отнесенные к компетенции субъектов РФ, т.е. те, кто обеспечивается мерами социальной поддержки за счет бюджета региона, в котором они проживают.

Меры социальной поддержки, финансируемые за счет средств федерального бюджета, и категории граждан, относящихся соответственно

¹ Нагибин Олег Александрович — канд. мед. наук, главный врач ГБУ «Городская поликлиника № 2» г. Рязань.

² Дембровский Виталий Николаевич — соискатель кафедры основ законодательства в здравоохранении Первый МГМУ им И.М. Сеченова; Москва, ул. Трубецкая, д. 8, стр. 2; тел. 8 (499) 766 83 46; e-mail: aou18@mail.ru.

к «федеральным льготникам», определены в Федеральном законе от 17.07.1999 г. № 178-ФЗ «О государственной социальной помощи» (в ред. Федерального закона от 22.08.2004 № 122-ФЗ) (далее — Закон № 178-ФЗ) [2].

Право на меры социальной поддержки (получение государственной социальной помощи в виде набора социальных услуг) в соответствии со статьей 6.1 Закона № 178-ФЗ имеют наиболее социально уязвимые категории граждан (инвалиды и участники ВОВ; ветераны боевых действий; лица, награжденные знаком «Жителю блокадного Ленинграда», инвалиды и др.).

В состав предоставляемого гражданам из числа категорий, указанных в статье 6.1 Закона № 178-ФЗ набора социальных услуг, включаются следующие социальные услуги:

1. Дополнительная бесплатная медицинская помощь, в том числе предусматривающая обеспечение в соответствии со стандартами медицинской помощи по рецептам врача (фельдшера) необходимыми лекарственными средствами, изделиями медицинского назначения, а также специализированными продуктами лечебного питания для детей-инвалидов, предоставление при наличии медицинских показаний путевки на санаторно-курортное лечение, осуществляемые в соответствии с законодательством об обязательном социальном страховании.

2. Бесплатный проезд на пригородном железнодорожном транспорте, а также на междугородном транспорте к месту лечения и обратно.

В соответствии со статьей 6.1. Закона № 178-ФЗ перечень лекарственных средств, в том числе перечень лекарственных средств, назначаемых по решению врачебных комиссий лечебно-профилактических учреждений; перечень изделий медицинского назначения; перечень специализированных продуктов лечебного питания для детей-инвалидов; перечень санаторно-курортных учреждений, в которые предоставляют путевки, утверждаются федеральным органом исполнительной власти, осуществляющим выработку государственной политики и нормативное правовое регулирование в сфере здравоохранения и социального развития — Минздравом России.

Программа по реализации прав отдельных категорий граждан на дополнительную бесплатную медицинскую помощь, предусматривающая

обеспечение необходимыми лекарственными средствами по рецептам врача (фельдшера) при оказании амбулаторной помощи в соответствии с Перечнем лекарственных средств, утверждаемым Минздравом России, изначально называлась Программой дополнительного лекарственного обеспечения (ДЛО). С 2009 по 2011 гг. данная программа называлась Программой обеспечения необходимыми лекарственными средствами (ОНЛС) (изменения названия программы были внесены в Программы государственных гарантий оказания гражданам РФ бесплатной медицинской помощи на 2009, 2010, 2011 гг.).

Последнее изменение названия Программы произошло в связи с изменениями, внесенными приказом Минздравсоцразвития России от 20.01.2011 № 13н в приказ Минздравсоцразвития России от 12.02.2007 № 110 [3]. В соответствии с данным приказом в названии Программы слова «лекарственные средства» заменены на «лекарственные препараты». Таким образом, на сегодняшний день программа называется Программа обеспечения необходимыми лекарственными препаратами (ОНЛП).

В Программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2015 г. и на плановый период 2016 и 2017 годов [4], определено, что за счет бюджетных ассигнований федерального бюджета осуществляется финансовое обеспечение: «...предоставления в установленном порядке бюджетам субъектов Российской Федерации и бюджету г. Байконура субвенций на оказание государственной социальной помощи отдельным категориям граждан в виде набора социальных услуг в части обеспечения необходимыми лекарственными препаратами, медицинскими изделиями, а также специализированными продуктами лечебного питания для детей-инвалидов в соответствии с пунктом 1 части 1 статьи 6.2 Федерального закона «О государственной социальной помощи»...».

Средства на финансовое обеспечение мер социальной поддержки федеральных льготников, проживающих в регионах, перечисляются из федерального бюджета в регионы в соответствии с расчетом потребности, проведенной при формировании территориальных программ государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи. Перечень лекарст-

венных средств, отпускаемых по рецептам врачей (фельдшеров) при оказании дополнительной бесплатной медицинской помощи отдельным категориям граждан, имеющим право на получение государственной социальной помощи, как мы указывали выше, утверждается Минздравом России (впервые утвержден приказом Минздравсоцразвития России от 02.12.2004 № 296 [5]).

Государственные закупки лекарственных средств для обеспечения отдельных категорий граждан, включенных в Федеральный регистр лиц, имеющих право на получение государственной социальной помощи осуществляются непосредственно органами государственной власти субъектов Российской Федерации в рамках полномочий, делегированных в соответствии с Федеральным законом от 18.10.2007 № 230-ФЗ «О внесении изменений в отдельные законодательные акты Российской Федерации в связи с совершенствованием разграничения полномочий» [6].

Необходимо отметить, что перечень отдельных категорий граждан, имеющих право на получение государственной социальной помощи («федеральных» льготников) с 2005 г. не менялся. Однако приказами Минздрава России периодически вносились изменения в Перечень лекарственных средств, отпускаемых по рецептам врача (фельдшера) при оказании дополнительной бесплатной медицинской помощи отдельным категориям граждан, имеющим право на получение государственной социальной помощи.

В 2005 г. в начале Программы ДЛО (ОНЛП) состояние с финансированием позволило Минздравсоцразвитию России расширить объем гарантий для граждан, имеющих право на получение государственной социальной помощи. На 2006 г. был расширен Перечень лекарственных средств, предоставляемых в рамках ДЛО (ОНЛП) на 27%.

Однако отсутствие регулирования объема выписки и потребления лекарственных препаратов привело к недостаточности финансовых средств в Программе ДЛО (ОНЛП).

В процессе нарастания кризиса федеральные органы власти и субъекты Российской Федерации предпринимали ряд мер по снижению напряжения в системе ДЛО (ОНЛП): на федеральном уровне был сокращен список выписываемых пре-

паратов, а регионы стали устанавливать лимиты на объемы заявок ЛПУ на медикаменты. Таким образом, несмотря на декларируемое в начале действия Программы ДЛО (ОНЛП) отсутствие ограничений на выписку льготным категориям граждан лекарственных препаратов, на практике с 2007 г. уже фактически применялись ограничения объема заявок ЛПУ на медикаменты для программы ДЛО (ОНЛП). Однако практика ограничения объема заявок на поставку лекарственных препаратов, выписываемых в системе ДЛО (ОНЛП), не имеет четкого правового регулирования, и порождает риски возникновения конфликтов. Поэтому единственным легитимным на сегодняшний день путем регулирования объема потребления лекарственных препаратов по программам ДЛО (ОНЛП) является внесение изменений в Перечень лекарственных средств, отпускаемых по рецептам врача (фельдшера) при оказании дополнительной бесплатной медицинской помощи. Поэтому в этот перечень периодически и вносятся изменения.

Важным нормативным правовым актом, изменившим систему ДЛО (ОНЛП) был приказ Минздравсоцразвития России от 9.03.2007 № 159 [7], который дал начало так называемой программе «7 нозологий».

В соответствии с вышеуказанным приказом [7] наиболее затратные, с точки зрения лекарственного обеспечения, заболевания («7 нозологий») были выведены из программы ДЛО (ОНЛП) и переведены на непосредственное финансирование из федерального бюджета РФ. Соответственно были выведены и дорогостоящие препараты для лечения наиболее высокозатратных «7 нозологий».

В приказе Минздравсоцразвития России от 9.03.2007 № 159 был сформирован список больных с определенными заболеваниями, для которых обеспечение лекарственными средствами происходит из средств федерального бюджета [7].

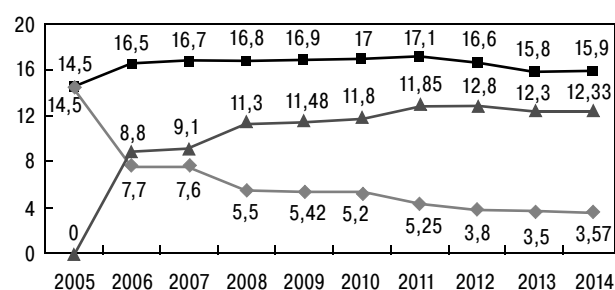
Таким образом, основные изменения Перечня ДЛО (ОНЛП) с 2004 по первую половину 2006 гг. были направлены на увеличение количества лекарственных препаратов. Каждый последующий перечень с 2006 г. был сокращен. С 2015 г. действует Перечень лекарственных препаратов для медицинского применения, в том числе лекарственных препаратов для медицинс-

кого применения, назначаемых по решению врачебных комиссий медицинских организаций [8]. Данный перечень включает более 350 международных непатентованных названий (МНН) лекарственных препаратов.

Нехватка денежных средств в программе ДЛО (ОНЛП) была связана, помимо отсутствия регулирования объема выписки и потребления лекарственных препаратов, еще и с тем, что с 2006 г. ежегодно происходит снижение числа граждан льготных категорий, получающих ДЛО (ОНЛП), и рост количества граждан, получающих ежемесячную денежную выплату.

Законодательно установлено, что ДЛО (ОНЛП) осуществляется по принципу социального страхования. Данный принцип предполагает социальное страхование всех граждан, входящих в законодательно закрепленные льготные категории. Однако потребление социальных услуг осуществляется не всеми этими гражданами, а только теми, которые имеют потребность в лекарственных препаратах в связи с заболеванием. Ежегодно Постановлением Правительства РФ определяется размер стоимости социального пакета. Граждане РФ, которые являются получателями пенсии по старости или по инвалидности, должны ежегодно до конца сентября сделать выбор, в какой форме они будут использовать социальный пакет, который гарантирует государство в следующем году. Согласно решению получателя пенсии, социальный пакет может быть индексирован в денежный эквивалент, который будет включен в сумму базовой пенсии. Полный социальный пакет на 2015 г. составляет 839,65 руб. и включает в себя несколько пунктов гарантированного обеспечения: медикаменты — 646,71 руб., санаторное лечение — 100,05 руб., проезд на транспорте — 92,89 руб. С 1 апреля 2015 г., в соответствии с бюджетом Пенсионного фонда РФ проведена индексация ежемесячных денежных выплат и стоимости набора социальных услуг на 5,5%, и составляет 930 руб. 12 коп. в месяц, в том числе на: обеспечение лекарствами — 716 руб. 40 коп., санаторно-курортное лечение — 110 руб. 83 коп., бесплатный проезд на пригородном железнодорожном транспорте и на междугородном транспорте к месту лечения 102 руб. 89 коп.

При этом за этой категорией граждан законодательно закреплена возможность оформить



— Общее количество граждан, имеющих право на получение набора социальных услуг (НСУ) на 01.01. млн чел.
 ▲ Количество граждан, вышедших из программы ОНЛП на 01.01.
 ◆ Количество граждан в программе ОНЛП на 01.01. млн чел.

Число льготников РФ, участвующих в программе ОНЛП с 2005 по 2014 г. на 01.01. соответствующего года

отказ от набора социальных услуг и заменить ОНЛП на ежемесячную денежную выплату (ЕДВ).

Уже в 2006 г. оформили отказ от набора социальных услуг и замену его на ежемесячную денежную выплату 46% граждан — федеральных льготников по программе ДЛО (ОНЛП) [9]. Из программы вышли люди, не нуждающиеся или наименее нуждающиеся в лекарственных препаратах. Ежегодно в целом по Российской Федерации увеличивается количество граждан, отказавшихся от набора социальных услуг в виде дополнительного лекарственного обеспечения, и получающих вместо ОНЛП ежемесячную денежную выплату (рисунок) [10].

Вместе с тем ОНЛП продолжают получать преимущественно граждане, страдающие тяжелыми заболеваниями, требующими постоянного дорогостоящего медикаментозного лечения.

В последние годы количество граждан, имеющих право на меры социальной поддержки, и вышедших из программы ОНЛП не возрастает. Тем не менее количество граждан, предпочитающих ЕДВ лекарственному обеспечению, по-прежнему, составляет не менее 75% общего количества льготных категорий граждан по этой программе.

Таким образом, средства федерального бюджета, выделенные на финансирование дополнительной бесплатной медицинской помощи льготным категориям граждан (федеральным льготникам), в том числе предусматривающей обеспечение льготников в соответствии со стандартами медицинской помощи по рецептам врача

(фельдшера) необходимыми лекарственными средствами (программа ОНЛП), тратятся не столько на льготное лекарственное обеспечение граждан, сколько на материальную поддержку (в виде ЕДВ) льготных категорий граждан — федеральных льготников.

Однако указанные граждане проживают в конкретных субъектах РФ, конкретных муниципальных образованиях и зачастую являются и «федеральными», и «региональными» льготниками.

Принятие нормативных правовых актов субъектами РФ по льготному лекарственному обеспечению населения позволяет не только обеспечить лекарственными препаратами для амбулаторного лечения региональных льготников, но и в какой-то мере за счет регионального бюджета продолжить лекарственное обеспечение пациентов, отказавшихся от ОНЛП, но относящихся к категории региональных льготников согласно перечню, определенному в субъекте РФ. Граждане, указанные в региональном перечне, имеют право на бесплатное лекарственное обеспечение независимо от наличия группы инвалидности или отказа от социального пакета льгот. Финансирование расходов по лекарственному обеспечению таких граждан осуществляется за счет средств бюджета субъекта РФ.

В нормативных правовых актах федерального и регионального уровня имеет место дублирование мер социальной поддержки в части лекарственного обеспечения, предоставляемых «федеральным» льготникам и льгот по лекарственному обеспечению, предоставляемых на региональном уровне из бюджета субъекта РФ. Дублируются как группы населения, так и категории заболеваний. Например, инвалиды всех групп являются как «федеральными», так и «региональными» льготниками, дублирование происходит и по высокозатратным «7 нозологиям».

«Федеральные» льготники, проживающие в субъектах РФ, имеющие заболевание в соответствии с перечнем нозологий, определенных законами субъектов РФ как «региональные» льготники в области лекарственного обеспечения, понимают, что без лекарственного обеспечения они не останутся. Поэтому они отказываются от ДЛЮ (ОНЛП), получают ежемесячную денежную выплату, но при этом пользуются пра-

вом на льготное лекарственное обеспечение, уже как «региональные» льготники. Таким образом, данные граждане пользуются несовершенством законодательства и дублированием правовых норм, при этом средства бюджетов федерального и регионального уровня расходуются не эффективно в целях лекарственного обеспечения льготных категорий граждан.

С другой стороны, пациенты, которые страдают заболеваниями, указанными в региональной льготе, но не имеют группы инвалидности, получают льготные лекарственные средства исключительно как «региональные» льготники. Основное отличие региональной льготы от федеральной — невозможность ее замены денежной компенсацией. Поэтому порой именно региональная льгота дает возможность получить необходимое лекарственное средство больному.

Выписка рецептов «региональным» льготникам вследствие ограниченных финансовых возможностей региональных бюджетов лимитирована определенной суммой (как правило, менее 1000 руб. на одного «регионального» льготника в год). Использование этих небольших средств из регионального бюджета на обеспечение «федеральных» льготников еще более усугубляет проблему лекарственного обеспечения лиц, не имеющих право на набор социальных услуг из федерального бюджета.

Таким образом, проблемами правового регулирования, приводящими к организационным и экономическим проблемам при реализации прав граждан на меры социальной поддержки в области лекарственного обеспечения, являются следующие:

1. Введенное в федеральное законодательство право граждан на замену набора социальных услуг в виде ОНЛС на ежемесячную денежную выплату. Данное право нарушает принцип социального страхования.

2. Дублирование мер социальной поддержки для граждан, имеющих право на меры социальной поддержки в области лекарственного обеспечения в соответствии с федеральным законом в региональном законодательстве. Дублирование в нормативно-правовых актах прав граждан приводит к недостаточности ресурсов на их реализацию.

ЛИТЕРАТУРА

1. Федеральный закон от 28.08.2004 № 122-ФЗ «О внесении изменений в законодательные акты Российской Федерации и признании утратившими силу некоторых законодательных актов Российской Федерации в связи с принятием федеральных законов «О внесении изменений и дополнений в Федеральный закон «Об общих принципах организации законодательных (представительных) и исполнительных органов государственной власти субъектов Российской Федерации» и «Общих принципах организации местного самоуправления в Российской Федерации». URL: http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_49025/ (дата обращения: 28.08.2015).
2. Федеральный закон от 17.07.1999 № 178-ФЗ «О государственной социальной помощи» (в ред. Федерального закона от 22.08.04 № 122-ФЗ). URL: <http://base.consultant.ru/cons/cgi/online.cgi?req=doc&base=LAW&n=90087> (дата обращения: 28.08.2015).
3. Приказ Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 12 февраля 2007 № 110 «О порядке назначения и выписывания лекарственных средств, изделий медицинского назначения и специализированных продуктов лечебного питания». URL: http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_111735/ (дата обращения: 28.08.2015).
4. Постановление Правительства РФ от 28 ноября 2014 № 1273 «Об утверждении Программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2015 год и на плановый период 2016 и 2017 годов». URL: <http://base.garant.ru/70812574/> (дата обращения: 28.08.2015).
5. Об утверждении Перечня лекарственных средств: Приказ Минздравсоцразвития РФ от 02.12.2004 № 296. URL: http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_50623/ (дата обращения: 28.08.2015).
6. Федеральный закон от 18.10.2007 № 230-ФЗ «О внесении изменений в отдельные законодательные акты Российской Федерации в связи с совершенствованием разграничения полномочий». URL: https://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_71840/ (дата обращения: 28.08.2015).
7. Приказ МЗ СР РФ от 9 марта 2007 № 159 «О мерах по обеспечению отдельных категорий граждан необходимыми лекарственными средствами». URL: <http://base.consultant.ru/cons/cgi/online.cgi?req=doc;base=EXP;p=396149> (дата обращения: 28.08.2015).
8. Распоряжение Правительства РФ от 30 декабря 2014 г. N2782-р «Об утверждении перечня жизненно необходимых и важнейших лекарственных препаратов на 2015 год, а также перечней лекарственных препаратов для медицинского применения и минимального ассортимента лекарственных препаратов, необходимых для оказания медицинской помощи». URL: http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_173220/ (дата обращения: 11.06.2015).
9. Рейхтман Т.В. ДЛО: итоги реализации программы // Новая аптека. Эффективное управление. 2006. № 11. С. 35—37.
10. Мурашко М.А. Итоги работы Федеральной службы по надзору в сфере здравоохранения и ее территориальных органов по субъектам РФ в 2013 г. (по материалам итоговой коллегии Росздравнадзора) // Вестник Росздравнадзора. 2014. № 2. С. 7—17.

ОПЫТ ПРАКТИЧЕСКОЙ СТАНДАРТИЗАЦИИ

ИТОГИ РЕАЛИЗАЦИИ ПИЛОТНОГО ПРОЕКТА ПО ВНЕДРЕНИЮ СТАНДАРТА КАЧЕСТВА УПРАВЛЕНИЯ РЕСУРСАМИ В ГОСУДАРСТВЕННЫХ УЧРЕЖДЕНИЯХ г. МОСКВЫ

Н.Н. Потекаев¹, Ю.О. Антипова, А.А. Саитгареева,
С.С. Бударин, О.А. Волкова²

*Департамент здравоохранения г. Москвы,
Научно-исследовательский институт организации здравоохранения
и медицинского менеджмента Департамента здравоохранения г. Москвы*

Рассмотрены вопросы повышения эффективности управления ресурсами в государственных учреждениях г. Москвы. Представлен краткий обзор итогов реализации пилотного проекта по внедрению Стандарта качества управления ресурсами в учреждениях подведомственных Департаменту здравоохранения г. Москвы.

Ключевые слова: здравоохранение, стандарт качества управления ресурсами, СКУР, пилотный проект, область управления ресурсами, показатель

В современных экономических условиях, для социальной сферы (здравоохранение, образование, социальное обеспечение, культура, физическая культура и спорт), где расходуется почти 60% средств консолидированного бюджета Рос-

¹ Потекаев Николай Николаевич — профессор, д-р мед. наук, Первый заместитель руководителя Департамента здравоохранения города Москвы; 127006, Москва, Оружейный переулок, д. 43.

² Волкова Оксана Александровна — старший науч. сотр. отдела методологии проведения аудита эффективности деятельности учреждений здравоохранения Научно-исследовательского института организации здравоохранения и медицинского менеджмента Департамента здравоохранения города Москвы; 115184, г. Москва, Б. Татарская, д. 30; тел.: 8-495-951-57-41; e-mail: info@niiozmm.mosgorzdrav.ru; VOA190471@yandex.ru.

сийской Федерации, совершенствование организационно-финансовых механизмов является одним из главных направлений повышения эффективности бюджетных расходов. В рамках данного направления проводится широкий круг мероприятий. Так, в государственной программе Российской Федерации «Управление государственными финансами» предусмотрен целый ряд мер [1], включающий программу повышения эффективности управления общественными (государственными и муниципальными) финансами на период до 2018 г., которая охватывает все уровни бюджетной системы и непосредственно связана с проблемой повышения эффективности государственных расходов [2].

Стоит отметить, что эффективная деятельность органов исполнительной власти субъектов

Российской Федерации не возможна без эффективной деятельности государственных и муниципальных учреждений, являющихся центром реформы сети бюджетополучателей. Большинство показателей мониторинга и оценки главных распорядителей бюджетных средств складываются из показателей финансовой деятельности подведомственных им бюджетных учреждений. В настоящее время текущий мониторинг работы государственных учреждений направлен на повышение качества предоставления услуг, и практически не ориентирован на выстраивание эффективных внутренних процессов по ведению финансово — хозяйственной деятельности и развитие системы внутреннего контроля [2]. В целях эффективного использования бюджетных средств и повышения уровня управления государственной и муниципальной собственностью, в частности в социальной сфере, в 2014 г. Правительством Москвы принято решение о проведении в 2014—2015 гг. пилотного проекта по внедрению Стандарта качества управления ресурсами в государственных учреждениях Москвы (далее — СКУР/Стандарт), который предполагается использовать как унифицированный инструмент для оценки учреждений различных видов деятельности [3].

Предложенный инструмент не рассматривает финансово-хозяйственную и управленческую деятельность как технологический процесс. Итоги хозяйствования и управленческие решения рассматриваются СКУР как следствие экономических процессов, результаты которых планируются и прогнозируются в соответствующих показателях и учитываются по мере фактического формирования [4]. Анализ, предложенный СКУР, позволяет получить объективную оценку достигнутых результатов, выявить резервы в ресурсной базе, обосновать планы и управленческие решения. При этом целью Стандарта не является проверка качества оказания услуг государственными учреждениями. Вместе с тем он может служить информационной основой для анализа и определения результативности управления всей совокупностью государственных учреждений Москвы. По окончании реализации пилотного проекта возможно применение элементов предложенной методики оценки качества управления ресурсами в комплексной системе качества деятельности государственных учреждений [5].

Методика СКУР

В качестве субъекта управления финансовыми ресурсами Стандарт рассматривает государственные учреждения в четырех сферах городского хозяйства — образование, здравоохранение, социальное обеспечение и культура, непосредственный результат управления которыми характеризуется комплексом критериев и показателей эффективности.

Основу предложенной Стандартом методики представляет нормативная система показателей (далее — НСП), отражающая результативность работы системы управления предприятия. Методикой рассматриваются только те показатели, которыми можно управлять и на которые может влиять руководитель учреждения [6]. Оценка качества управления ресурсами учреждения базируется на анализе значений 30 взаимосвязанных ключевых показателей, характеризующих 14 факторов эффективности в шести областях управления ресурсами: «финансовый/операционный менеджмент», «управление закупками», «управление имуществом», «управление персоналом», «раскрытие информации» и «деятельность, приносящая доход и другие внебюджетные источники».

Сумма баллов по шести областям управления ресурсами составляет комплексную оценку качества управления ресурсами учреждения (табл. 1).

Для расчета значений показателей на основании предоставленных учреждениями данных применяется балльная оценка, поскольку балльные оценки по областям управления и их динамика характеризуют общий тренд по учреждению [4]. НСП упорядочивает показатели путем присвоения им соответствующих закономерностей соотношений темпов роста, на основании которого присваиваются коэффициенты сложности. Ежегодно сумма баллов, набранная учреждением, должна увеличиваться, что отражается в ежегодной программе повышения качества управления ресурсами (далее — ППКУР), утверждаемой учреждением по согласованию с учредителем [5].

Ожидаемые результаты внедрения СКУР в государственных учреждениях Москвы — это повышение эффективности расходования бюджетных средств, развитие конкуренции в сфере

Стандарт качества управления ресурсами в государственных учреждениях Москвы

Область управления	Фактор эффективности	№ показателя	Показатель
Финансовый / операционный менеджмент	Качество планирования деятельности	1	План ФХД за отчетный период размещен в АСУ ГФ до начала отчетного периода (да/нет)
		2	Максимальное отклонение фактического значения суммы по разделу расходов плана ФХД от первоначального планового показателя за отчетный период (%)
		3	Частота внесения изменений в план ФХД (количество обновлений (версий) плана ФХД за отчетный период)
	Рациональность использования финансовых средств	4	Удельный вес административных расходов в начисленных расходах учреждения за отчетный период (%)
		5	Удельный вес фонда оплаты труда в начисленных расходах учреждения за отчетный период (за исключением расходов на капитальный ремонт и приобретение основных средств) (%)
		6	Удельный вес начисленного фонда оплаты труда основного персонала в общем начисленном фонде оплаты труда за отчетный период (%)
	Качество работы с задолженностью	7	Отношение суммы просроченной дебиторской задолженности к балансовой стоимости активов учреждения на отчетную дату (%)
		8	Отношение суммы просроченной кредиторской задолженности к балансовой стоимости активов учреждения на отчетную дату (%)
Управление закупками	Качество планирования и дисциплина закупок	9	Доля размещенных заказов в общей сумме планируемых конкурентных процедур закупок за отчетный период (%)
		Конкурентность закупок	10
	11		Удельный вес суммы закупок, осуществленных через совместные торги, в общей сумме конкурентных процедур закупок отчетного периода (%)
	12		Удельный вес суммы закупок, осуществленных у единственного поставщика, в общей сумме закупок отчетного периода (%)
	Качество контроля исполнения контрактов	13	Удельный вес суммы контрактов с поставщиками с истекшим сроком действия в общей сумме действующих контрактов на отчетную дату (%)
		14	Доля процедур, по которым были представлены обоснованные жалобы, в общем объеме открытых конкурентных процедур закупок за отчетный период (%)
Управление имуществом	Эффективность использования основных средств	15	Начисленные поступления учреждения на 1 м ² площади объектов недвижимого имущества (руб./м ²)
		16	Доля площади объектов недвижимого имущества, сданного в аренду (%)
	Качество содержания основных средств	17	Оформлены и/или зарегистрированы права на все объекты недвижимости, в т.ч. земельные участки, находящиеся в оперативном управлении у учреждения (да/нет)
		18	Сумма начисленных расходов на содержание имущества за отчетный период на 1 м ² площади недвижимого имущества, (руб./м ²)
		19	Доля начисленных коммунальных расходов в сумме начисленных расходов за отчетный период (%)
	Управление персоналом	Эффективность системы вознаграждения персонала	20
21			Отношение роста средней заработной платы основного персонала к уровню инфляции за отчетный период (%)
22			Отношение среднемесячной заработной платы административно-управленческого персонала учреждения к среднемесячной заработной плате основного персонала в среднем за отчетный период (%)
23			Доля стимулирующих выплат в составе общего фонда оплаты труда основного персонала за отчетный период (%)

Область управления	Фактор эффективности	№ показателя	Показатель
Управление персоналом	Текучесть кадров	24	Отношение количества уволившихся сотрудников к среднесписочной численности сотрудников за отчетный период (%)
		25	Доля сотрудников младше 35 лет в среднесписочной численности сотрудников за отчетный период (%)
	Достаточность/ избыточность персонала	26	Доля основного персонала в общей численности персонала за отчетный период (%)
	Уровень квалификации персонала	27	Доля основного персонала, прошедшего обучение (повышение квалификации, посещение национальных и международных конгрессов) за последние 2 года в среднесписочной численности основного персонала за отчетный период (%)
Раскрытие информации	Информационная открытость основной деятельности	28	Наличие плана ФХД за отчетный год /отчета об исполнении плана ФХД/ бухгалтерской отчетности за предшествующий отчетному год на общегородском ресурсе открытых данных (число выполненных требований)
		29	Подраздел (мини-сайт) на типовом решении портала ОИВ Москвы для государственного учреждения (да/нет)
Деятельность, приносящая доход, и другие внебюджетные источники	Привлечение средств из внебюджетных источников	30	Доля поступлений из негосударственных источников в общем объеме начисленных поступлений за отчетный период (%)

государственных закупок, повышение эффективности использования государственного имущества, информационной открытости и прозрачности деятельности учреждения, снижение текучести кадров и рост доходов из внебюджетных источников финансирования [5].

В процессе реализации пилотного проекта государственные учреждения, участвующие в эксперименте, впервые самостоятельно смогли определить собственный уровень качества управления ресурсами, у них появилась возможность получения достоверной информации не только о соотношении полученных результатов с затратами, но и о других направлениях деятельности. В результате применения методики СКУР учреждения получили возможность не только разрабатывать и утверждать индивидуальные ППКУР, но и вносить корректировки в предусмотренные программой мероприятия в течение года, перемещая акценты ППКУР на показатели с негативной динамикой [6].

Реализация пилотного проекта в сфере здравоохранения

Существенные различия направлений деятельности государственных бюджетных учреж-

дений Москвы (здравоохранение, образование, культура, социальное обеспечение) потребовали адаптации методики СКУР в части выбора направлений показателей и критических значений в зависимости от отраслевых особенностей, не попадающих в поле зрения СКУР как универсального механизма.

С целью апробации методики СКУР в сфере здравоохранения Департаментом здравоохранения города Москвы [7] утверждены: Стандарт, программа повышения качества управления ресурсами в государственных учреждениях Департамента здравоохранения города Москвы (далее — ППКУР/Программа) и перечень из 28 государственных учреждений здравоохранения, выбранных для участия в пилотном проекте.

В утвержденном перечне предусматривалось участие учреждений всех правовых статусов (бюджетные, автономные и казенные), что впоследствии позволило выявить недостатки методики Стандарта при использовании в казенных учреждениях.

Для выявления корреляции между показателями, установления причин и факторов, их обуславливающих, учреждения, участвующие в эксперименте, классифицированы в соответствии

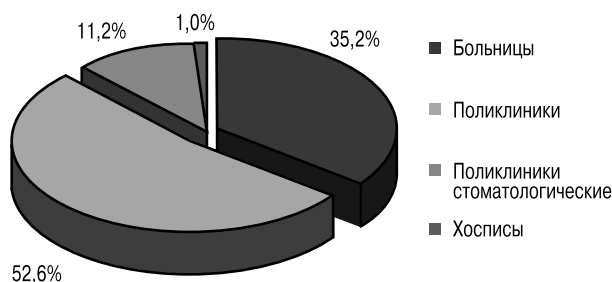


Рис. 1. Структура медицинских учреждений, участвующих в реализации пилотного проекта по видам медицинской деятельности

с номенклатурой учреждений здравоохранения по видам медицинской деятельности [8]:

- больницы, включая медицинские научно-практические центры, — 35,2%;
- поликлиники, включая детские и специализированные диспансеры, — 52,6 %;
- поликлиники стоматологические — 11,2%;
- хосписы — 1% (рис. 1).

В рамках реализации пилотного проекта в учреждениях здравоохранения, выбранных в качестве участников пилотного проекта, осуществлен сбор и проведена проверка исходных данных (за 2013 г.). С учетом имеющегося состояния, индивидуально для каждого учреждения здравоохранения рассчитаны отдельные взаимосвязанные показатели, факторы эффективности и совокупные балльные значения по шести областям управления ресурсами. Значения всех показателей рассчитаны с учетом удельного веса и соответствующих критериев оценки. В случае нахождения значения показателя в целевых параметрах второго и третьего уровня сложности, в задачу учреждений здравоохранения на 2014 г. входило удержание данного значения на том же уровне. Если значение показателя находилось в целевых параметрах первого уровня сложности и ниже, учреждению здравоохранения предлагались корректирующие мероприятия, позволяющие постепенно привести показатель к уровню, соответствующему требованиям, предъявляемым к качеству управления ресурсами. Для каждого учреждения здравоохранения по результатам проведенного анализа были рассчитаны целевые значения показателей, для достижения которых требовалось исполнение как поддерживающих, так и корректирующих мероприятий.

Таким образом, сформированная индивидуально для каждого учреждения здравоохранения ППКУР представляет собой комплекс целевых значений показателей и мероприятий, направленных на их достижение с периодом исполнения, рассчитанным на год.

По результатам анализа исходных данных выделены показатели в отдельных областях управления ресурсами, в которых доля учреждений, не достигших требуемого уровня значения показателей, превысила 50%:

— управление закупками: показатели № 10 «Среднее количество заявок на 1 лот за отчетный период по конкурентным процедурам закупок (заявок/лот)» и № 12 «Удельный вес суммы закупок, осуществленных у единственного поставщика, в общей сумме закупок отчетного периода (%)» (доля медицинских учреждений 53,6 и 78,6%);

— управление персоналом: показатели № 20 «Отношение среднемесячной заработной платы по категориям основного персонала к среднемесячной заработной плате по Москве по соответствующей категории персонала за отчетный период (%)», № 22 «Отношение среднемесячной заработной платы административно-управленческого персонала учреждения к среднемесячной заработной плате основного персонала в среднем за отчетный период (%)» и 25 «Доля сотрудников младше 35 лет в среднесписочной численности сотрудников за отчетный период» (доля медицинских учреждений 82,1; 67,9 и 75,0% соответственно);

— деятельность, приносящая доход, и другие внебюджетные источники: показатель № 30 «Доля поступлений из негосударственных источников в общем объеме начисленных поступлений за отчетный период (%)» (доля медицинских учреждений 75%).

Исходя из полученных результатов большей части учреждений, для включения в ППКУР предложены мероприятия, направленные на улучшение значений указанных показателей. Кроме этого, всем учреждениям здравоохранения в ППКУР на 2014 г. рекомендовано включить мероприятия, направленные на улучшение показателей в области управления персоналом.

По итогам анализа исполнения ППКУР за 2014 г., в целом по всем учреждениям, имеет место положительная динамика, значение ито-

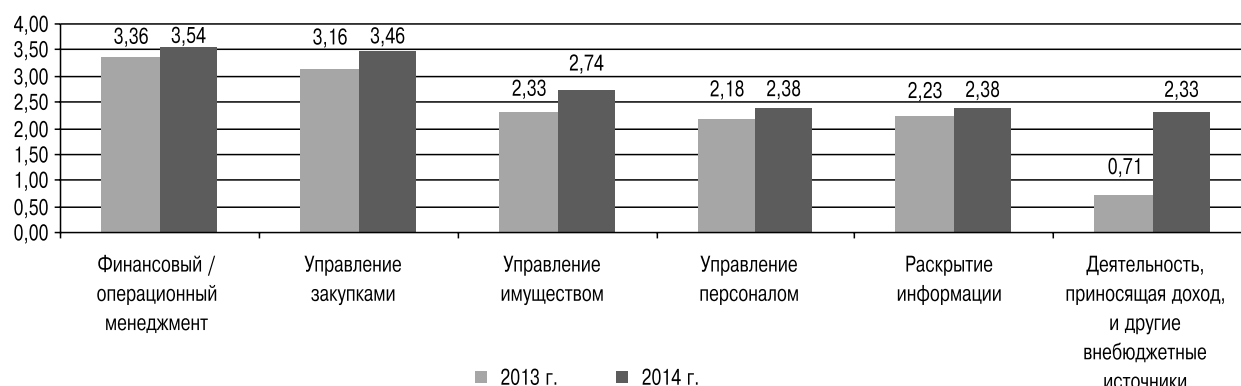


Рис. 2. Анализ динамики комплексных оценок по областям управления ресурсами в целом по всем учреждениям здравоохранения

говой комплексной оценки выше аналогичного за предыдущий период на 2,9 баллов (20,58%) (табл. 2).

Полученные за отчетный период комплексные оценки по областям управления ресурсами (в целом по всем учреждениям здравоохранения) также продемонстрировали положительную динамику (рис. 2).

Вместе с тем значительный рост баллов по сравнению с предшествующим периодом в отдельных областях управления ресурсами потребовал дополнительного рассмотрения полученных результатов. Анализ динамики комплексных оценок по областям управления ресурсами в соответствии с номенклатурой учреждений по видам медицинской деятельности позволил выявить зависимость балльной оценки от номенклатурной принадлежности учреждений здравоохранения (табл. 3).

Наиболее ярким примером указанной зависимости стали стоматологические поликлиники, динамика среднего значения комплексной оценки которых, по итогам 2014 г., составила 13,72 балла (95% прироста). Причем около 50% итоговой суммы баллов стоматологическими поликлиниками получено за счет деятельности,

приносящей доход, прирост баллов в которой составил 465%.

Причиной значительного превышения балльной оценки в стоматологических поликлиниках в области управления «Деятельность, приносящая доход» является несбалансированность данного показателя для различных учреждений.

Кроме того, причиной некорректных оценок как в целом по учреждениям, так и по областям управления ресурсами, является несогласованность методики с правовым статусом учреждений, что наиболее показательно в казенных учреждениях. Рассчитанные по методике Стандарта значения показателей в области управления закупками не отражают реальную ситуацию в казенном учреждении — хоспис, участвующем в реализации пилотного проекта, поскольку закупки для таких учреждений осуществляет «Дирекция города Москвы по обеспечению деятельности медицинских учреждений». Подобная ситуация складывается и с показателями из областей управления имуществом и деятельности, приносящая доход, поскольку сделки с недвижимым имуществом для учреждений указанного правового статуса должны в обязательном порядке быть одобрены и согласованы учредителями, а осуществление деятельности, приносящей доход, возможно только в том случае, если такое право предусмотрено в учредительных документах, причем доходы, поступающие казенному учреждению от «разрешенной коммерческой деятельности» в полном объеме, поступают в доход соответствующего бюджета. Таким образом, казенные учреждения отнесены к учреждениям, которые по определению должны содержаться за счет

Таблица 2

Анализ динамики итоговой комплексной оценки

Итоговая комплексная оценка		Динамика итоговой суммы баллов (баллы)	Годовой прирост баллов (%)
2013 г.	2014 г.		
13,95	16,82	2,87	20,58

Таблица 3

Средние значения итоговых комплексных оценок и оценок по областям управления в соответствии с номенклатурой учреждений по видам медицинской деятельности

Наименование группы учреждений	Больницы			Взрослые поликлиники			Детские поликлиники			Стоматологические поликлиники			Прочие учреждения		
	2013 г.	2014 г.	прирост баллов (%)	2013 г.	2014 г.	прирост баллов (%)	2013 г.	2014 г.	прирост баллов (%)	2013 г.	2014 г.	прирост баллов (%)	2013 г.	2014 г.	прирост баллов (%)
Отчетный период															
Итоговая сумма баллов	13,43	15,25	13,55	13,91	15,70	12,87	14,48	14,91	2,97	14,42	28,14	95,15	14,19	14,57	2,68
Финансовый/ операционный менеджмент	3,93	3,69	-6,11	3,58	4,13	15,36	2,98	3,80	27,52	2,82	3,28	16,31	1,82	2,17	19,23
Управление закупками	2,58	2,91	12,79	3,43	4,00	16,62	3,80	3,68	-3,16	2,38	2,71	13,87	3,89	2,99	-23,14
Управление имуществом	1,94	1,94	0,00	2,38	2,92	22,69	3,07	2,93	-4,56	1,92	3,25	69,27	2,23	3,03	35,87
Управление персоналом	2,03	2,08	2,46	2,13	2,29	7,51	2,23	2,15	-3,59	2,42	2,55	5,37	2,54	2,35	-7,48
Раскрытие информации	1,86	2,40	29,03	2,40	2,36	-1,67	2,40	2,35	-2,08	2,40	2,40	0,00	2,40	2,40	0,00
Деятельность, приносящая доход, и другие внебюджетные источники	1,10	2,23	102,73	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	2,47	13,95	464,78	1,32	1,64	24,24

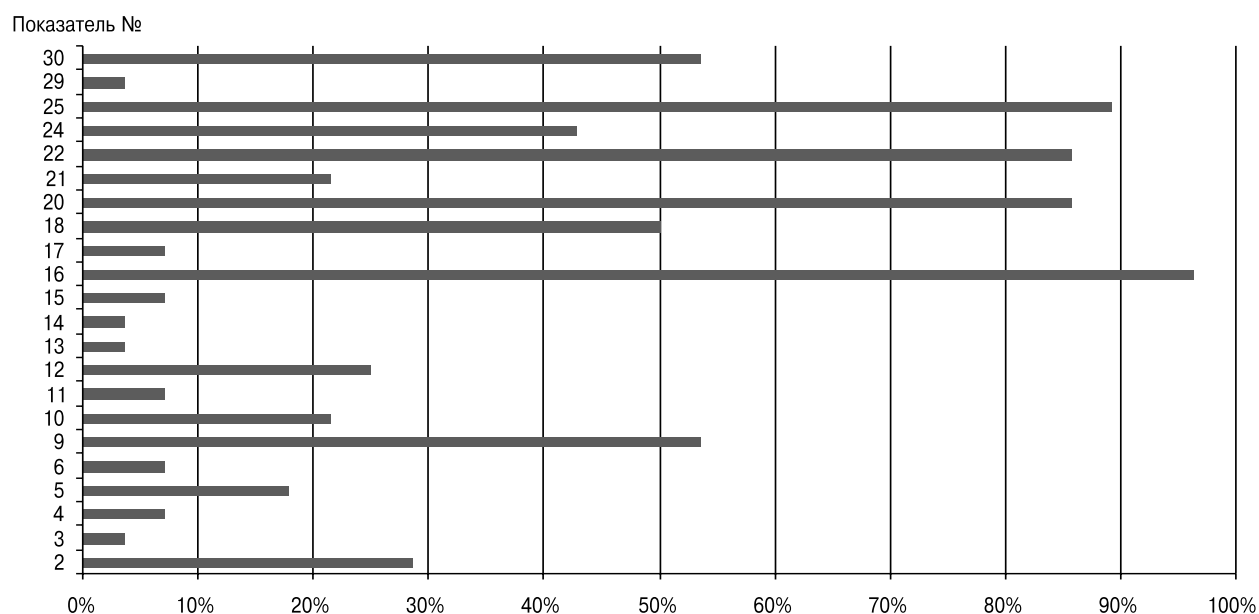


Рис. 3. Доля учреждений здравоохранения не исполнивших мероприятия ППКУР на 2014 г. в разрезе показателей

бюджетов всех уровней и не могут заниматься деятельностью, приносящей доход что в целом не учтено методикой Стандарта.

В целом исполнение ППКУР по всем учреждениям здравоохранения не превысило 20%, причем доля учреждений здравоохранения, не выполнивших запланированные мероприятия в разрезе показателей, выглядит неравномерно (рис. 3).

Более 90% учреждений здравоохранения не выполнили мероприятия ППКУР, направленные на достижение целевых значений показателей № 16 «Доля площади объектов недвижимого имущества, сданного в аренду (%)» и № 25 «Доля сотрудников младше 35 лет в среднесписочной численности сотрудников за отчетный период».

В то же время стоит отметить, что причиной невыполнения запланированных мероприятий стало не только несовершенство методики СКУР. Продолжающаяся реформа сети учреждений здравоохранения, специфика нормативно-правового регулирования сферы здравоохранения (неоднородность основного персонала, ограничения коммерческой деятельности из-за санитарных норм, наличие современного энергоемкого оборудования в многопрофильных стационарах и стоматологических поликлиниках и т.д.) также внесли свои корректировки в итоги реализации пилотного проекта.

В частности негативное значение показателя № 16 «Доля площади объектов недвижимого имущества, сданного в аренду (%)» связано с тем, что в большинстве случаев свободные неиспользуемые площади просто отсутствуют или не могут быть сданы в аренду по причине санитарно-эпидемиологических требований к учреждениям здравоохранения. Имея в наличии свободные площади, не нарушающие при сдаче в аренду вышеуказанные санитарные требования, медицинские учреждения должны пройти длительную процедуру согласования — по части зданий и сооружений с Департаментом здравоохранения г. Москвы, по части земельных участков с Департаментом городского имущества г. Москвы, поскольку не являются собственниками объектов недвижимого имущества.

Что касается показателя № 25 «Доля сотрудников младше 35 лет в среднесписочной численности сотрудников за отчетный период», где доля учреждений здравоохранения, не достигших целевого значения показателя, составила практически 90%, в большинстве случаев негативное значение показателя связано с объективными причинами, такими как продолжающаяся реформа системы здравоохранения Москвы и особенностями профессиональной подготовки врачей, в соответствии с которыми возраст высо-

коквалифицированных специалистов превышает 35 лет.

Причины негативных значений показателей № 24 «Отношение количества уволившихся сотрудников к среднесписочной численности сотрудников за отчетный период (%)» и № 9 «Доля размещенных заказов в общей сумме планируемых конкурентных процедур закупок за отчетный период (%)» аналогичны вышеуказанным. Так, например, отрицательная динамика значения показателя № 9 связана с сокращением конечного фонда, повлекшим снижение конкурентных процедур закупок по причине отсутствия потребности в ранее запланированных товарах и услугах.

Причиной невыполнения мероприятий ППКУР в отношении показателей № 20 «Отношение среднемесячной заработной платы по категориям основного персонала к среднемесячной заработной плате по Москве по соответствующей категории персонала за отчетный период (%)», № 22 «Отношение среднемесячной заработной платы административно-управленческого персонала учреждения к среднемесячной заработной плате основного персонала в среднем за отчетный период (%)» стали проблемы нормативно-правового регулирования сферы здравоохранения, в частности неоднородность основного персонала учреждений здравоохранения. Расчет показателя № 20 согласно методике СКУР проводится только по одной из категорий и не позволяет оценить меры, принимаемые учреждением по другим категориям основного персонала. Кроме того, используемые при расчете исходные данные учреждений фиксируются в формах годовой финансовой отчетности, в результате выплаченная в январе 2015 г. премия по итогам 2014 г. не включается в расчет показателя. В части показателя № 22, в методике СКУР не учтены положения приказа Департамента здравоохранения г. Москвы об утверждении перечня должностей работников, относимых к основному персоналу для расчета средней заработной платы и должностных окладов руководителей государственных учреждений [9].

Необходимость доработки методики СКУР с учетом нормативно-правового регулирования сферы здравоохранения ярко прослеживается при расчете показателя № 27 «Доля основного персонала, прошедшего обучение (повышение

квалификации, посещение национальных и международных конгрессов) за последние 2 года», в целом имеющего положительную динамику во всех учреждениях здравоохранения. Расчет указанного показателя зависит исключительно от количества персонала, прошедшего обучение. Причем данный показатель непосредственно определяет значение фактора эффективности, отражающего уровень квалификации персонала. Однако рассчитывается значение показателя без учета данных формы федерального статистического наблюдения № 17 о наличии у врачей и среднего медицинского персонала квалификационных категорий и сертификатов специалистов, также планов-графиков учреждений о проведении обучения сотрудников, в значительной степени зависящих от сроков действия подтверждающих медицинскую квалификацию документов. Таким образом, указанный показатель не является достаточно объективным.

По результатам выездных совещаний в учреждения здравоохранения участвующие в реализации пилотного проекта и анализа итоговых данных за 2013—2014 гг., членами рабочей группы, созданной при Департаменте здравоохранения города Москвы с участием специалистов вышеуказанных учреждений здравоохранения, подготовлены предложения по совершенствованию методики СКУР (внесение изменений в критерии оценки, весовые характеристики отдельных показателей, в формулы расчета значений показателей, использование дополнительных и/или альтернативных источников исходных данных, необходимых для объективности расчета значений показателей).

Таким образом, создание достаточно точных методик расчета экономической эффективности здравоохранения представляет чрезвычайно сложную и крайне актуальную в практическом отношении задачу [10]. Примечательно, что наиболее заинтересованной стороной в совершенствовании и дальнейшем применении методики являются учреждения здравоохранения. Прежде всего это связано с реализацией Федерального закона от 08.05.2010 № 83—ФЗ «О внесении изменений в отдельные законодательные акты Российской Федерации» и переходом от финансирования учреждений к финансированию оказываемых ими государственных услуг, предоставляемых на основании государственного (му-

ниципального) задания. Изменения статуса и повышение самостоятельности бюджетных учреждений требуют дополнительного механизма оценки результатов деятельности и качества предоставляемых услуг. Использование Стандарта позволит увеличить возможность получения и обобщения необходимой информации, улучшить скоординированность управленческих действий в учреждении здравоохранения, что будет способствовать оптимизации расходов и даст возможность перераспределять высвобождающиеся средства на более эффективные направления: закупку необходимых расходных материалов и лекарственных средств, увеличение заработной платы и привлечение высококвалифицированных специалистов. В перспективе заинтересованность учреждений здравоохранения в получаемых результатах, возможность самостоятельного контроля и выбора направлений по улучшению уровня качества управления ресурсами будут способствовать созданию условий для получения жителями Москвы качественной и доступной медицинской помощи.

ЛИТЕРАТУРА

1. Постановление Правительства РФ от 15 апреля 2014 г. N 320 «Об утверждении государственной программы Российской Федерации «Управление государственными финансами и регулирование финансовых рынков» опубликован на «Официальном интернет-портале правовой информации» (www.pravo.gov.ru) 24 апреля 2014 г., в Собрании законодательства Российской Федерации от 5 мая 2014 г. № 18 (часть III) ст. 2166.
2. «Итоговый отчет о результатах деятельности экспертных групп по проведению оценки эффективности расходов федерального бюджета и представлению предложений по их оптимизации» НИУ «Высшая школа экономики» ФГБУ высшего профессионального образования «Российская академия народного хозяйства и государственной службы при президенте Российской Федерации» Москва 2013 г. URL.: http://www.minfin.ru/common/img/uploaded/library/2013/09/Itoگویyy_otchet_ekspertov_VSHE_RANKHiGS.doc (дата обращения: 10.09.2015).
3. Распоряжение Правительства Москвы от 18 февраля 2014 г. № 67-ППО «О проведении пилотного проекта по внедрению Стандарта качества управления ресурсами в государственных учреждениях города Москвы». URL. <http://base.garant.ru/70759198/> (дата обращения: 10.09.2015).
4. Андреева О.В., Саитгареева А.А., Бударин С.С., Волкова О.А. К вопросу оценки качества управления ресурсами //Общественное здоровье и здравоохранение. Казань. № 2. 2015. С. 50—55.
5. Памятка для учредителей государственных учреждений. «Стандарт качества управления ресурсами». URL.: <http://standart.educom.ru/normativnye-dokumenty.html?view=frontview> (дата обращения: 10.09.2015).
6. Царик Г.Н. Эффективность управления медицинской организацией и пути ее повышения: учебное пособие. Кемерово: Кемеровская государственная медицинская академия, 2009. Доступна эл. версия. ЭБС «IPRbooks». — Режим доступа: <http://www.iprbookshop.ru/6373>.
7. Приказ Департамента здравоохранения г. Москвы от 2 апреля 2014 г. № 305 «О проведении пилотного проекта по внедрению Стандарта качества управления ресурсами в государственных учреждениях, подведомственных Департаменту здравоохранения города Москвы». URL. <http://base.consultant.ru/cons/cgi/online.cgi?req=doc;base=MLAW;n=156143;frame=1> (дата обращения: 10.09.2015).
8. Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации (Минздрав России) от 6 августа 2013 г. № 529н г. Москва «Об утверждении номенклатуры медицинских организаций» Зарегистрирован в Минюсте РФ 13 сентября 2013 г. № 29950. Источник публикации «Российская газета». № 224. 07.10.2013.
9. Приказ Департамента здравоохранения г. Москвы от 15.06.2012 г. № 548 «Об утверждении перечня должностей работников, относимых к основному персоналу по видам экономической деятельности, для расчета средней заработной платы и определения должностных окладов руководителей государственных учреждений Департамента здравоохранения города Москвы».
10. Климин В.Г. Финансово-страховой механизм здравоохранения: теория и методология: автореф. дис. ... докт. экон. наук: 08.00.10. М., 2010. URL. <http://oldvak.ed.gov.ru/common/img/uploaded/files/vak/announcements/economich/2009/30-11/KliminVG.doc> (дата обращения: 10.09.2015).

ТЕХНОЛОГИЗАЦИЯ И СТАНДАРТИЗАЦИЯ В ЗДРАВООХРАНЕНИИ

Васкес Абанто Х. Эстуардо¹, Васкес Абанто А.Э.², Арельяно Васкес Сусан³

Центр первичной медико-санитарной помощи № 2, Киев, Украина,
Киевская городская клиническая больница № 8,
Университет Сан-Педро. Учебно-профессиональный отдел
медицинской технологии, г. Чимботе, Перу

Технологизация и стандартизация в управлении здравоохранением сегодня лежат в основе обеспечения доступности качественных медицинских услуг для населения при соблюдении ее экономической целесообразности. Вероятно, что именно эти процессы являются самым лучшим атрибутом бюрократического стиля управления. Они могут значительным образом регламентировать медицинскую деятельность и в определенном смысле подтверждать эффективность здравоохранения. Однако не стоит из-за этого отказываться от медицины как искусства, которая с учетом индивидуальности (относительно как пациента, так и врача) вынуждена часто отходить от такой регламентации.

Ключевые слова: технологизация, стандартизация, управление здравоохранением

Следствием реформ в области здравоохранения стали осознанная технологизация и стандартизация не только профилактического или лечебно-диагностического процесса, но и управленческой деятельности [1, 2].

Технология (греч. *techne* — искусство, мастерство, умение) — это совокупность методов, форм, приемов, операций, лежащих в основе из-

менения состояния объекта, необходимых для достижения желаемого результата [3]. Стандартизация является процессом разработки, осуществления и совершенствования норм, которые применяются в различных областях науки, промышленности или социально-экономической сфере, чтобы организовать и улучшить их деятельность [4].

Международная организация по стандартизации (ISO) определяет стандартизацию как деятельность, основная цель которой установить, перед фактическими или потенциальными проблемами, положения для общего и многократного использования, с целью получения оптимального уровня порядка в определенном контексте (технологическом, политическом или социально-экономическом) [4, 5].

Стандартизация в целом преследует три цели [5, 6]:

1. Упрощение — уменьшение количества разнообразных моделей для сохранения только самых необходимых.

¹ Васкес Абанто Х.Эстуардо — канд. мед. наук, врач отделения НМП Оболонского района; Киев, ул. М. Тимошенко, д. 14; тел. +38 (044) 419 54 98; e-mail: est-vasquez@i.ua.

² Васкес Абанто Анна Эстуардовна — врач-интерн кардиологического отделения КГКБ № 8; Киев, ул. Кондратюка, д. 8; тел. +38 (044) 419 54 98; e-mail: anjok.v@mail.ru.

³ Арельяно Васкес Сусан — специалист по физической терапии и реабилитации учебно-профессионального отдела медицинской технологии. Университет Сан-Педро; Чимботе-Перу, ул. Уиракоча (Huiracocha); тел. +51 (943) 43 32 34; e-mail: sbrendaav@gmail.com.

2. Унификация — возможность объединить критерии и мнения, а также международный обмен.

3. Спецификация — стремление избежать неправильной идентификации, создавая четкое и ясное выражение.

Технологизация в сфере медицинской деятельности. Технология — один из элементов любой целенаправленной деятельности. В медицинскую практику и управление здравоохранением это понятие пришло достаточно поздно: вместе с возникшей необходимостью регулирования объема оказываемой медицинской помощи, а также в условиях требуемого быстрого и крупномасштабного внедрения новых видов, форм и способов профилактической или лечебно-диагностической деятельности [6, 7].

Наиболее прогрессивные технологии принято относить к высоким (англ. *high technology, hi-tech*), а в здравоохранении в таких случаях принято говорить о «высокотехнологичных» видах медицинской помощи. Рядом с понятием «*high technology*» находится понятие «инновация» которая подразумевает необратимость, возникновение «медицинского события», способность отдельных событий изменять ход эволюции медицины.

Важными медицинскими событиями для прошлого века стали открытие ряда новых лекарственных средств и внедрение их в клиническую практику, исследование стволовых клеток, разработка и освоение операций по реваскуляризации миокарда, трансплантация органов и другое. В системе воздействия на здоровье населения объективно определена необратимая необходимость непрерывного совершенствования лечебно-диагностических и лечебно-профилактических технологий.

Осуществление любого управленческого цикла в сфере медицинской деятельности предполагает наличие управленческих и информационных технологий. Основная цель последних — в результате целенаправленных действий по переработке первичных данных получить информацию, необходимую для организатора здравоохранения.

Не менее важными для управления медицинской деятельностью являются организационные технологии. Они определяют, кто и как организует, осуществляет, координирует профилак-

тическую и лечебно-диагностическую работу, ответственность и другое. Таким образом, организационные технологии обеспечивают реализацию процесса изменений, т.е. перевода системы из фактического состояния в состояние желаемое (оптимизированное), которое определено как цель. Организационные технологии учитывают в комплексе все составляющие процесса управления в сфере медицинской деятельности и в здравоохранении в целом [2, 8].

К настоящему времени в мировой практике накоплен значительный опыт использования информационно-коммуникационных технологий в здравоохранении [7]. В США, Канаде, Евросоюзе, Российской Федерации и многих других странах национальные программы информатизации здравоохранения реализовываются уже в течение десятилетий.

Стандартизация в клинической медицинской практике. В культуре здоровья, особенно в области здравоохранения, стала все больше осознаваться степень важности стандартизации клинической практики в качестве инструмента динамической информации, устанавливающего руководящие принципы для оптимизации медицинской работы с каждым пациентом, а также как показатель качества медицинской помощи (КМП).

Стандартизация в здравоохранении — это определенное «нормирование», процесс выработки устойчивых характеристик и правил, обеспечивающих эффективность и безопасность клинической медицинской практики, а также регулирование профилактического и лечебно-диагностического процессов, включая объем медико-профессиональных действий. Стандарт медицинской помощи включает в себя минимально необходимый уровень диагностики и лечения, он краток, а его цель — упорядочивание, создание единого клинического подхода, базы для планирования, оценки качества.

В качестве стандарта в сфере медицинской деятельности сегодня в основном используются:

— клиническое руководство или клинические рекомендации (КР) (англ. *Clinical Practice Guidelines — CPG*) — это документ, который содержит систематически изложенные материалы для оказания помощи медицинскому персоналу и пациенту (или его родственникам) при решении вопросов о надлежащей медицинской помощи в

конкретной клинической ситуации. Клиническое руководство — это документ, определяющий объем и индикаторы качества медицинской помощи гражданам при конкретных заболеваниях, синдроме или клинической ситуации. То есть он более широк и затрагивает также результаты лечения и возможные осложнения;

— клинический протокол оказания медицинской помощи пациентам или медицинский протокол (о нем ниже) — это документ, который кратко описывает весь набор медико-технологической помощи, необходимой для решения конкретной клинической задачи. Протоколы могут быть частью КР и используются больше при критических состояниях, требующих полной сосредоточенности в определенных профессиональных действиях, к примеру, при неотложных ситуациях (реанимация) или когда имеется определенное нормативно-правовое требование (регулирование), например в криминалистике. Протоколы — это научно обоснованные (ориентированные на практику), современные, систематично разработанные рекомендации, поддерживающие решения врачей и других специалистов сферы здравоохранения об определенном медицинском поведении, решении или действии (руководство, а не догма, к действию!). Протоколы могут предусматривать и экономические аспекты лечения, не подлежат нормированию, поэтому могут быть самого различного качества [9];

— алгоритм — это графическое представление в виде блок-схемы, конечного набора шагов, правил или логических процедур, последовательных и хорошо определенных, которые необходимо выполнять для решения конкретной клинико-диагностической или лечебно-профилактической задачи. Алгоритмом также называется упорядоченная последовательность шагов, ведущих к решению проблемы.

Цели стандартизации в медицине [2, 6, 10]:

— объединение ведущих профессиональных медицинских критериев;

— обеспечение безопасности и эффективности медицинской помощи;

— переход на единые нормы (стандарты) оказания медицинских услуг (диагностики, лечения, профилактики) для всех субъектов определенной территории или ведомства;

— обеспечение оказания медицинской помощи с учетом научно-технических знаний, рациональности использования имеющихся ресурсов;

— создание системы оценки качества оказываемой медицинской помощи;

— усиление объективности в плане медицинской этики, закона и доказательной медицины;

— создание единых статистических систем при оказании медицинской помощи;

— повышение качества медицинских услуг.

Стандартизация в медицине должна обеспечить:

1) для клинической практики — использование только эффективных, с точки зрения доказательной медицины, технологий и методов;

2) для организации здравоохранения — регулирование объема медицинской помощи с целью повышения эффективности использования имеющихся ресурсов, а также повышения доступности медицинской помощи населению.

Вокруг медицинской деятельности стандартизация клинической практики помогает решить проблемы изменчивости путем разработки документов, основанных на имеющихся доказанных научных данных.

Стандарт оказания медицинской помощи — формализованное описание объема медицинской помощи, который должен быть обеспечен пациенту с определенной нозологической формой (диагнозом), синдромом или при конкретной клинической ситуации. В таких случаях говорят о «стандартах медицинских технологий» которые приняты в ряде стран, при их разработке, как правило, учитывают международный опыт, рекомендации экспертов и национальные особенности. Стандарты медицинских технологий — это гарантированный больному перечень лечебно-диагностических процедур и уровень требований к их качеству и результату лечения.

В истории стандартизации в медицине можно условно выделить два этапа: создание систем-классификаторов и разработка клинических руководств и стандартов. В экономически развитых странах с высоким уровнем здравоохранения сегодня, в основном, имеет место разработка КР как расширенное отражение понятия «стандарта».

Основа стандартизации и постоянного повышения КМП при современных рыночных условиях — профессионализм, этика, закон и

доказательная медицина [1]. При разработке внутренних стандартов любого учреждения здравоохранения принципиальным условием остается следование нормативным требованиям законодательства страны: действующие законы, постановления, приказы, протоколы и другие нормативные документы, в том числе санитарно-гигиенического, правового и экономического характера. Стандарты могут быть разработаны как для структуры, так и для процесса и результатов деятельности медицинского учреждения [2, 6, 10].

Внутренняя документация по КМП учреждения здравоохранения должна описывать взаимодействия процессов и услуг в соответствующих протоколах, положениях, инструкциях и т.д., а также предполагает обязательный мониторинг и контроль всех процессов с анализом полученных результатов, целью которого является постоянное улучшение КМП и выбора оптимальных и эффективных методик оказания медицинских услуг. В этом отношении стандарты могут сыграть решающую роль.

Протоколы и алгоритмы медицинской помощи. Доверие к протоколу или рекомендации находится в прямой зависимости от органа, на который эти документы опираются (т.е. от имени которого они представляются), а не от их конкретного автора. Протоколы являются продуктом глубокого анализа доказательной медицины по конкретному вопросу. Разработка протокола требует обширных знаний о методологии научных исследований для того, чтобы можно было судить о достоверности предоставленных доказательств таких исследований и надежности возможного обобщения данных во всех рассмотренных случаях относительно того или иного вопроса. Его последствия для здоровья поддаются количественному отчету в медицинском, социальном и экономическом плане, факт, который среди прочего позволяет врачу, практикующему и рядовому медику, принять участие в модификации и адаптации протоколов к конкретным потребностям на месте [7, 8].

Протоколы по структурированной, поэтапной организации здравоохранения определяются во многих европейских странах по так называемым протоколам организации медицинской помощи.

Четкие рекомендации относительно ресурсов, которые нужно задействовать, чтобы в конечном

итоге получить качественное выполнение своих должностных инструкций, являются важным компонентом современного и профессионального менеджмента в здравоохранении. В результате тщательно и объективно спланированной и профессионально внедренной стандартизации в медицинскую деятельность в виде протоколов и алгоритмов, существенно упрощается выполнение медицинских обязанностей. С административной точки зрения, значительно облегчается процесс обучения персонала (особенно в виде самообучения), и, что немаловажно, сотрудники знают, как правильно взаимодействовать и конструктивно решать сложные или часто встречаемые ситуации, которые потенциально могут заканчиваться конфликтной ситуацией.

С точки зрения практической медицины, чаще всего имеют место медицинские протоколы, разработанные в основном для врачей [8]. Есть соответствующие рекомендации, содержащие информацию для пациентов и для среднего медицинского персонала (последние как «протоколы экспертов»).

Для того чтобы обеспечить пациентов качественной медицинской помощью, медицинской организации необходимо сформулировать свои цели, задачи и запротоколировать основные действия. Лучше всего для этого разработать и внедрить медицинские протоколы.

Медицинские протоколы и алгоритмы (рабочие инструкции) представляют собой детализацию всех возможных процедур для того чтобы организованно подходить к решению основных задач для исключения ненужной «самостоятельности». По этой причине необходимо предусмотреть все «за» и «против» в пределах организации при их разработке. При этом важно не уйти от принципов этики, коллегиальности и доказательной медицины, руководствуясь важнейшим в этом отношении документом Всемирной медицинской ассамблеи «Декларацией относительно независимости и профессиональной свободы врача», а также должностными инструкциями и законодательством [1, 7].

Кто должен заниматься разработкой внутренних стандартов медицинского учреждения — протоколов, инструкций, алгоритмов и т.д.? Одним из основных принципов управления КМП является «вовлечение персонала» в процесс внедрения стандартов. Медицинские работники всех

уровней должны принимать участие в разработке протоколов, поскольку персонал на местах часто понимает реальные условия лучше, чем руководящие сотрудники на высоком уровне. Разработанные в результате совместных усилий протоколы оказываются более эффективными и верными. Таким образом, участие персонала призвано приводить к очевидному улучшению КМП. Будучи вовлеченным в обсуждение самого понятия «качества», персонал лучше разбирается в вопросах непосредственной медицинской помощи и знает деятельность по обеспечению КМП. Клинические стандарты или протоколы определяют медицинские процессы, которые должны быть выполнены. Медицинские протоколы — это «систематически разработанные положения, имеющие цель помочь медработнику, а иногда и пациенту, принять правильное решение относительно оказываемой помощи в определенных клинических ситуациях» [6, 10].

Медицинские протоколы, алгоритмы или их комбинации призваны помочь медицинскому работнику, особенно врачу, выделить ключевые элементы диагностической и лечебно-профилактической деятельности, а впоследствии принять решение на основании оперативно полученных данных [3, 6]. Следование протоколу может значительно улучшать качество медицинской работы, если он профессионально и объективно разработан, а также может способствовать сокращению ненужных действий и процедур (рекомендованных анализов и назначенных медикаментов).

Стандартизация дает возможность выявить неэффективные звенья в деятельности медицинской организации, повысить эффективность использования имеющихся ресурсов, избежать как дублирования работ, так и оголения отдельных участков, документировать все производственные операции, установить ответственность за каждый из участков, провести структуризацию производственных процессов и выстроить четкие технологические схемы.

В Европе протоколы разрабатываются и распространяются, как правило, научно-медицинскими профессиональными обществами, ассоциациями врачей и объединениями медицинских

касс или профессиональными ассоциациями [3, 9]. Информацию и доступ к интернациональным стандартам предлагает *Guidelines International Network*, являющийся всемирным банком данных рекомендаций по диагностике и лечению, а также *National Guideline Clearinghouse* — общественный ресурс научно-обоснованных руководств по клинической практике.

ЛИТЕРАТУРА

1. Васкес Абанто Х.Э., Васкес Абанто А.Э. Здравоохранение XXI века: закон и этика в медицине (монография) // LAP Lambert Academic Publishing, 2014. 144 с.
2. Вялков А.И., Воробьев П.А. Стандартизация в здравоохранении. Лекции. М.: Ньюдиамед, 2007. 432 с.
3. Стародубов В.И., Лутовкина Т.К. Клиническое управление. Теория и практика. 2003. М.: Медицина, 2003. 192 с.
4. International Organization for Standardization (2013). About ISO. In ISO [Retrieved June 03, 2015, from URL:<http://www.iso.org/iso/home/about.htm>] (дата обращения: 14.04.2015).
5. Brunsson N., Rasche A., & Seidl D. The dynamics of standardization: Three perspectives on standards in organization studies. doi: 10.1177/0170840612450120. *Organization Studies*, May-June vol. 33no. 5-6, 2012: 613-632. URL: <http://oss.sagepub.com/content/33/5-6/613.abstract> (дата обращения: 14.04.2015).
6. Lemp Sebastián; Calvo Esteban. Aceptación o rechazo de la estandarización clínica? Médicos chilenos hablan de las guías clínicas y canastas de prestaciones // *Salud colectiva* vol. 8 no. 1. Lanús jan./abr. 2012.
7. Руденко С.В., Романенко Н.В. Роль системы информатизации здравоохранения в повышении качества медицинских услуг // *Научный вестник Международного гуманитарного университета*. № 1. 2010. С. 93—98.
8. Щавелева М.В., Вальчук Э.А., Глинская Т.Н. Реформы здравоохранения: шаги к укреплению здоровья // *Медицинские новости*. 2009. № 13. С. 29—31.
9. Пересмотр клинических протоколов по лечению ВИЧ/СПИД для Европейского региона ВОЗ. Европейское региональное бюро ВОЗ / ЮНИСЕФ. Технический отчет // Консультативное совещание клинических экспертов из Восточной Европы и Центральной Азии. 7 октября 2010, Киев, Украина.
10. Duarte Nunez E. Por una epistemología de la Salud Colectiva: los conceptos sociológicos // *Salud Colectiva*. 2010. Vol. 6 (1). P. 11—19.

ПРАКТИЧЕСКИЙ ОПЫТ РАЗРАБОТКИ ПРОФЕССИОНАЛЬНОГО СТАНДАРТА ДЕЯТЕЛЬНОСТИ МЕДИЦИНСКОЙ СЕСТРЫ СТРУКТУРНОГО ПОДРАЗДЕЛЕНИЯ (НА ПРИМЕРЕ ОТДЕЛЕНИЯ ФИЗИОТЕРАПИИ)

Ю.В. Бурковская¹, Н.Н. Камынина

*Первый Московский государственный медицинский университет
им. И.М. Сеченова*

Проанализирован опыт создания профессионального стандарта деятельности медицинской сестры структурного подразделения (физиотерапии).

Ключевые слова: профессиональный стандарт деятельности, медицинская сестра физиотерапии, вид профессиональной деятельности, обобщенная трудовая функция

Профессиональные стандарты в России являются новым инструментом определения квалификаций и компетенций участников профессиональной деятельности, в то время как за рубежом во многих странах работа над профессиональными стандартами ведется уже достаточно давно. Разработка профессиональных стандартов в нашей стране находится на этапе их создания и внедрения [1]. Существующие квалификационные справочники заметно устарели, какие-то специальности уходят в прошлое и наоборот появляются новые профессии. Но несмотря на наличие ряда проблем и отставания от западных стран в области разработки профессиональных стандартов, успехи в этой области у нас есть. В настоящее время разработаны профессиональные стандарты педагога, бухгалтера, социального работника, а также — многих рабочих специальностей [2].

Сегодня физиотерапия — один из наиболее быстро развивающихся разделов медицинской

науки, ее методы широко применяются в комплексах лечения практически любых нозологий, учитывая ее неинвазивность, доступность и низкий процент побочных явлений [3]. Медицинская сестра физиотерапии — ключевая фигура в работе физиотерапевтического кабинета. С помощью профессионального стандарта деятельности медицинской сестры физиотерапевтического отделения можно совершенствовать функции медицинской сестры и качество оказываемых медицинских услуг [4].

Актуальность разработки профессионального стандарта определена, с одной стороны, ростом значимости сестринского персонала в обеспечении эффективности восстановительного лечения больных, а с другой — отсутствием нормативного документа, определяющего квалификационный уровень медицинской сестры данного профиля.

Основные документы, регламентирующие деятельность медицинской сестры физиотерапии это Приказ Минздравсоцразвития России от 23.07.2010 № 541н «Об утверждении Единого квалификационного справочника должностей руководителей, специалистов и служащих, раздел «Квалификационные характеристики должностей работников в сфере здравоохранения» и не действующий в настоящее время приказ от

¹ Бурковская Юлия Валерьевна — ассистент кафедры управления сестринской деятельностью и социальной работы факультета высшего сестринского образования и психолого-социальной работы; 127473, Москва, ул. Достоевского, д. 2, стр. 2; тел.: 8(495) 688-72-54; e-mail: jburkovskaya@gmail.com.

19.08.1997 № 249 Минздрава России «О номенклатуре специальностей среднего медицинского и фармацевтического персонала» [5, 6]. Приказ Минздрава России от 19.08.1997 № 249 рассматривается в связи с тем, что до 2010 г. он наиболее полно раскрывал, что должна выполнять и знать медицинская сестра.

Анализ вышеуказанных нормативных документов [5, 6] показал, что в данных приказах в пункте «Медицинская сестра по физиотерапии» представлены ее должностные обязанности, но нет четкого разъяснения, о каких конкретных обязанностях медицинской сестры по физиотерапии идет речь. В понятие «лечебные мероприятия» можно вложить различный смысл.

Некорректным является выражение «осуществляет мероприятия по предупреждению постинъекционных осложнений», т.к. неясно, о каких постинъекционных осложнениях идет речь, физиотерапия как наука не подразумевает инвазивных процедур [7]. К примеру, электрофорез — введение в организм лекарственных веществ с помощью постоянного тока без повреждения кожных покровов.

Нет разъяснения пункта о предупреждении гепатита и ВИЧ-инфекции. По последним данным Всемирной организации здравоохранения, ВИЧ может содержаться только в четырех средах организма (в крови, сперме, влагалищных выделениях и грудном молоке) [8]. В физиотерапевтических методах лечения нет ни одной процедуры, где напрямую были бы задействованы эти среды организма.

О необходимых знаниях анатомии и физиологии человека сказано недостаточно. Таким образом, вышеперечисленные приказы не отражают в полной мере должностные обязанности медицинской сестры по физиотерапии. Недостаточно сказано и о компетенциях медицинской сестры [9].

В типовой должностной инструкции медицинской сестры по физиотерапии выделены такие разделы, как общая часть, обязанности, права и ответственность. Все разделы практически идентичны приказу Минздрава России от 19.08.1997 № 249. Анализ должностной инструкции показал, что в документе не хватает перечня навыков и знаний, необходимых для овладения этой должностью. Нет ни слова о ведении медицинс-

кой документации, кроме как об отчете о проведенной работе.

Пункт, касающийся обучения младшего медицинского персонала правилам подготовки процедур, становится лишним, т.к. не во всех медицинских организациях в кабинетах электро-светолечения штатным расписанием предусмотрены младшие медицинские работники.

Мало сказано о проведении физиотерапевтических процедур. Нераскрытым является пункт о внутрибольничных инфекциях (как правило, в физиотерапевтических отделениях отходы не подразделяются на классы) [10]. Пункт об оказании неотложной помощи также вызывает ряд вопросов, так как физиотерапевтическое отделение не имеет даже элементарного набора лекарственных средств для оказания неотложной помощи, кроме нашатырного спирта [11].

Все вышеперечисленные факты говорят о том, что необходимо разработать новый нормативный документ, регламентирующий деятельность медицинской сестры, который сможет в полной мере четко отразить квалификационную характеристику работника для осуществления данного вида деятельности.

На основании макета профессионального стандарта [12], типовой должностной инструкции медицинской сестры по физиотерапии и приказов Минздрава России [5, 6] разработан проект профессионального стандарта медицинской сестры по физиотерапии. Фрагмент проекта профессионального стандарта представлен ниже.

Разработка профессионального стандарта проводилась в несколько этапов: создание экспертной группы, формирование плана и инструментария профессионального стандарта, реализация опроса медицинских организаций для определения трудовых функций, необходимых знаний и навыков по профессии медицинской сестры физиотерапевтического кабинета, подведение результатов опроса, формирование проекта профессионального стандарта, обсуждение и апробация профессионального стандарта [14, 15].

Кроме того, проделана большая работа, включающая в себя рассмотрение существующих профессиональных стандартов и их характеристик, изучение нормативной документации в данной области, анализ макета профессионального стандарта, изучен опыт зарубежных стран в области

разработки и применения профессиональных стандартов и сравнение его с отечественными разработками [16], регламентирующие деятельность медицинской сестры, в частности медицинской сестры по физиотерапии.

Безусловно, представленный проект требует доработок и внесения коррективов для успешного применения в деятельности как работодателей, так и самих медицинских сестер по физиотерапии [12].

В дальнейшем проект профессионального стандарта нуждается в обсуждении и апробации, прохождении экспертизы комиссией Национального агентства развития квалификаций, регистрации в виде федерального профессионального стандарта в установленном порядке [2].

Профессиональные стандарты могут сделать большой вклад в создание более качественных программ профессионального обучения. Данные стандарты могут служить базой для формирования систем сертификации и аттестации, которые применимы в данном случае для развития человеческих ресурсов и формирования согласованных программ переподготовки кадров.

Проект

ПРОФЕССИОНАЛЬНЫЙ СТАНДАРТ

Медицинская сестра физиотерапии

(наименование профессионального стандарта)

1. Общие сведения. Наименование вида профессиональной деятельности:

Деятельность среднего медицинского персонала. Специалист среднего уровня квалификации в области сестринского дела в здравоохранении.

Код: N.85.14.1

Основная цель вида профессиональной деятельности:

Выполнять физиотерапевтические процедуры в целях укрепления и сохранения здоровья и профилактики заболеваний, лечения и реабилитации при определенной патологии в разные возрастные периоды жизни пациента.

Код ОКЗ²:

3 — Специалисты среднего уровня квалификации.

3231 — Медицинский персонал по уходу.

3226 — Физиотерапевты.

Отнесение к видам экономической деятельности:

Код ОКВЭД¹N.85.1 — Деятельность в области здравоохранения.

Код ОКВЭД¹N.85.14.1 — Деятельность среднего медицинского персонала.

2. Описание трудовых функций, которые содержит профессиональный стандарт (функциональная карта вида трудовой деятельности)

Профессиональный стандарт содержит описание следующих трудовых функций:

Обобщенные трудовые функции	Трудовые функции
Выполнение физиотерапевтических процедур	1. Подготовительные работы по проведению физиотерапевтических процедур. 2. Диагностика состояния пациента и планирование физиотерапевтических процедур/курса процедур. 3. Выполнение физиотерапевтических процедур

3. Характеристика обобщенных трудовых функций

3.1. Обобщенная трудовая функция:

Наименование: выполнение физиотерапевтических процедур

Возможные наименования должностей:

- медицинская сестра по физиотерапии;
- медицинская сестра отделения реабилитации.

Требования к образованию и обучению:

- среднее профессиональное образование;
- образовательные программы подготовки специалистов среднего звена по специальности «Сестринское дело»;

— дополнительное профессиональное образование (не менее 2 мес) по специальности «Физиотерапия»;

— повышение квалификации по виду профессиональной деятельности.

Особые условия допуска к работе:

— диплом специалиста среднего звена по специальности «Сестринское дело»;

— удостоверение о дополнительном профессиональном образовании по специальности «Физиотерапия» (ФЗ «Об образовании в РФ» от 29.12.2012 г. № 273-ФЗ);

— сертификат специалиста по специальности «Физиотерапия»;

— Свидетельство об аккредитации специалиста с 01.01.2016 г. (ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в РФ» от 21.11.2011 г. № 323-ФЗ ст. 69);

— предварительные при поступлении на работу и периодические профилактические медицинские осмотры в установленном порядке (ст. 213 ТК РФ).

3.1.1. Трудовая функция

Подготовительные работы по проведению физиотерапевтических процедур.

Трудовые действия:

— подготовка физиотерапевтического кабинета к приему пациента;

— организация рабочего пространства медсестры физиотерапии;

— подготовка медсестры физиотерапии к приему пациента;

— обеспечение психологического комфорта;

— подготовка лекарственных средств, если таковые планируются для проведения процедуры;

— проверка исправности и готовности аппаратов и приборов для проведения процедур;

— разъяснение пациентам внутреннего распорядка физиотерапевтического кабинета;

— обеспечение личной и общественной инфекционной безопасности в кабинете физиотерапии;

— соблюдение нормативов по охране труда и технике безопасности [13];

— обеспечение противопожарной безопасности;

— проведение дезинфекции использованного физиотерапевтического оборудования и приспособлений для физиотерапевтических процедур [10];

— подготовка учетно-отчетной документации физиотерапевтического кабинета.

Необходимые умения:

— получать необходимую медицинскую информацию о пациенте;

— пользоваться физиотерапевтическим оборудованием;

— подготавливать необходимые лекарственные средства в соответствии с планом процедур;

— работать в коллективе и в команде, эффективно общаться с коллегами, руководством, потребителями;

— организовывать рабочее место с соблюдением требований охраны труда, производствен-

ной санитарии, инфекционной и противопожарной безопасности;

— применять первичные средства пожаротушения;

— рационально размещать на рабочем месте оборудование, приспособления;

— предоставлять пациентам информацию о правилах внутреннего распорядка кабинета медицинской организации;

— соблюдать санитарные нормы и правила для физиотерапевтического кабинета;

— использовать специальную одежду, соблюдать правила личной гигиены медперсонала;

— готовить дезинфицирующие растворы, разрешенные к применению в медицинской организации, в установленном порядке;

— осуществлять мытье и дезинфекцию рук в установленном порядке;

— проводить установленные мероприятия в случае аварийных ситуаций;

— заполнять утвержденную медицинскую документацию в установленном порядке;

— заполнять формы учета и отчетности по результатам работы;

— вводить сведения в базу данных при наличии локальной компьютерной сети;

— проводить анализ собственной деятельности, определять собственные профессиональные затруднения и средства их преодоления;

— использовать информационно-образовательные технологии.

Необходимо знать:

— должностные обязанности и требования профессионального стандарта;

— правовое обеспечение профессиональной деятельности медицинской сестры физиотерапии в медицинской организации;

— нормы медицинской этики, морали и профессионального общения;

— клиническую анатомию, физиологию и патофизиологию систем и органов жизнеобеспечения;

— источники медицинской информации о пациенте;

— правила внутреннего трудового распорядка медицинской организации;

— виды современного физиотерапевтического оборудования;

— стандарт оснащения физиотерапевтического кабинета;

- инструкции по эксплуатации и назначению физиотерапевтического оборудования;
- требования электробезопасности, меры и средства защиты от поражения электрическим током;
- фармакологический порядок в физиотерапевтическом кабинете
- дезинфицирующие средства, разрешенные к применению в медицинской организации;
- профессиональные риски и вредные факторы для здоровья медицинской сестры физиотерапии;
- требования к помещениям, температурному режиму, освещенности, вентиляции кабинета массажа;
- санитарно-гигиенические требования к обработке рук медицинской сестры физиотерапии, личной гигиене медицинского персонала;
- требования к рабочей одежде и обуви медицинской сестры физиотерапии;
- причины, стадии развития стресса и нервного истощения медсестры физиотерапии, меры профилактики;
- информационно-образовательные технологии по виду деятельности.

ЛИТЕРАТУРА

1. Шмелькова Л.В. Нормативные правовые основания разработки профессиональных стандартов // Дополнительное образование в стране и мире. 2013. № 4. С. 25—29.
2. Олейникова О.Н., Муравьева А.А., Коулз М. Принципы и процедуры разработки национальной рамки квалификаций. Центр изучения проблем профессионального образования, Москва, 2006.
3. Ушаков А.А. Практическая физиотерапия. М.: Медицинское литературное агентство «МИА». 2013. 688 с.
4. Пономаренко Г.Н., Воробьев М.Г. Руководство по физиотерапии. СПб.: ИИЦ «Балтика», 2005. 400 с.
5. Приказ № 541н от 23.07.2010 «Об утверждении единого квалификационного справочника должностей руководителей, специалистов и служащих, раздел «Квалификационные характеристики должностей работников в сфере здравоохранения».
6. Приказ Министерства Здравоохранения Российской Федерации от 19.08.1997 № 249 «О номенклатуре специальностей среднего медицинского и фармацевтического персонала». URL: <http://base.consultant.ru/cons/cgi/online.cgi?req=doc;base=EXP;n=313109> (дата обращения: 01.10.2015)
7. Аслоньянц А.М. Мельник Е.Г., Шаповалов К.В. Стандарты медицинской помощи в работе и образовании медицинской сестры // Международный журнал экспериментального образования. 2014. № 10. С. 198—199.
8. Бражников А.Ю., Брико Н.И., Кирьянова Е.В. и др. Общая эпидемиология с основами доказательной медицины. Руководство к практическим занятиям: учебное пособие // Под ред. В.И. Покровского, Н.И. Брико. 2010. 400 с.
9. Трудовой кодексе Российской Федерации. Ст. 213. Медицинские осмотры некоторых категорий работников.
10. Подберезкина Л.А., Пономаренко Г.Н. Дезинфекция и стерилизация в физиотерапии. Санкт-Петербург, «Человек», 2009. 254 с.
11. Левчук И.П., Третьяков Н.В. Медицина катастроф. Курс лекций: учебное пособие. 2011. 240 с.
12. Макет профессионального стандарта (с изменениями на 29 сентября 2014 г.).
13. Сопина З.Е., Фомушкина И.А. Управление качеством сестринской помощи. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2011. 176 с.
14. Островская И.В., Широкова Н.В. Основы сестринского дела. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2008. 320 с.
15. Островская И.В. Психология. Учебник для медицинских училищ и колледжей. — М.: ГЭОТАР-Медиа, — 2013. — 480 с.
16. Кулешова Л.И., Пустосветова Е.В. Основы сестринского дела. Теория и практика. В 2 частях. Часть 2. Ростов-на-Дону: Феникс, 2008. 416 с.

НЕКОТОРЫЕ ОСОБЕННОСТИ МЕДИКО-ДЕМОГРАФИЧЕСКИХ ПРОЦЕССОВ В ЧЕЧЕНСКОЙ РЕСПУБЛИКЕ

Г.С. Шестаков¹, А.С. Гараева

*Первый Московский государственный медицинский университет
им. И.М. Сеченова*

Проведен анализ медико-демографических процессов в одном из Северо-Кавказских регионов Российской Федерации. Выявлены различия в медико-демографических показателях изучаемого региона и страны в целом.

Ключевые слова: медико-демографические процессы, региональные особенности

На современном этапе реформирования здравоохранения невозможно добиться успехов без совершенствования процессов управления, введения соответствующих механизмов взаимодействия медицинских организаций, обеспечения повышения структурной эффективности здравоохранения, внедрения прогрессивных методов финансового обеспечения и укрепления материально-технической базы учреждений здравоохранения. Такая работа не может проводиться без оценки медико-демографической ситуации. Определение тенденций динамики показателей здоровья населения позволяет целенаправленно re-организовать систему здравоохранения.

В Российской Федерации с 1992 г. наблюдается стабильное сокращение численности населения из-за превышения показателя смертности над показателем рождаемости. Показатель младенческой смертности, несмотря на снижение с 18,0 на 1000 родившихся живыми в 1992 г. до 10,2 в 2006 г. почти в два раза превышал показатель развитых европейских стран. На рождаемость отрицательно влияют многие факторы, в том числе низкий денежный доход многих семей, отсутствие нормальных жилищных условий, тя-

желый физический труд значительной части женщин, низкий уровень репродуктивного здоровья и другие причины.

Наряду с общими демографическими тенденциями, характерными для Российской Федерации в целом, имеются значительные различия между регионами.

Цель исследования: определить особенности медико-демографических процессов в Чеченской Республике, обеспечивающие естественный прирост населения в регионе.

Для определения особенностей медико-демографических процессов в Чеченской Республике проанализированы данные переписи населения, данные республиканского комитета статистики, показатели рождаемости, смертности, в том числе младенческой, заболеваемости населения, обеспеченность ресурсами здравоохранения за 2006—2013 гг.

Число родившихся в 2008 г. было максимальным в Южном федеральном округе и составило 13,0 на 1000 населения, а минимальным — в Центральном федеральном округе — 9,7. Одно из главных условий обеспечения высокой рождаемости это повышение доступности медицинской помощи для широких слоев населения, которое может быть достигнуто увеличением средств для обеспечения приоритета здоровья в системе социальных ценностей общества.

¹ Шестаков Григорий Сергеевич — д-р мед. наук, профессор кафедры общественного здоровья и здравоохранения им. Н.А. Семашко; Москва, 119021, Б. Пироговская, 2; тел. (499) 248-72-88; e-mail: shestakov-g@mail.ru.

В последние годы Министерством здравоохранения, органами здравоохранения и медицинскими организациями Чеченской Республики проводилась большая работа по укреплению материально-технической базы медицинских организаций, оснащению их современной лечебно-диагностической аппаратурой и оборудованием в рамках реализации федеральных, республиканских целевых и инвестиционных программ. Были внедрены новые технологии диагностики и лечения больных; приняты меры по улучшению лекарственного обеспечения медицинских организаций и населения Чеченской Республики; проведена работа по подготовке, переподготовке и повышению квалификации кадров медицинских работников и др. Реформа здравоохранения сопровождалась значительными социально-экономическими преобразованиями, которые проходили на фоне длительного экономического кризиса. В этот период ухудшились условия жизни людей в целом, что привело к росту психических и физических нагрузок.

Общепринятыми показателями, характеризующими здоровье населения, являются показатели рождаемости, смертности, инвалидности, которые тесно связаны с социально-экономическими условиями жизни населения и в значительной степени определяются этими условиями. Медико-демографические показатели зависят от уровня организации медицинского обслуживания населения и в определенной мере характеризуют состояние обеспечения учреждений здравоохранения, доступность медицинской помощи и т. п.

Для планирования организации медицинской помощи населению региона, деятельности страховых медицинских компаний, анализа показателей здоровья населения большое значение имеют демографические показатели, которые характеризуют закономерности и социальную обусловленность рождаемости, смертности, репродуктивного поведения населения и другие.

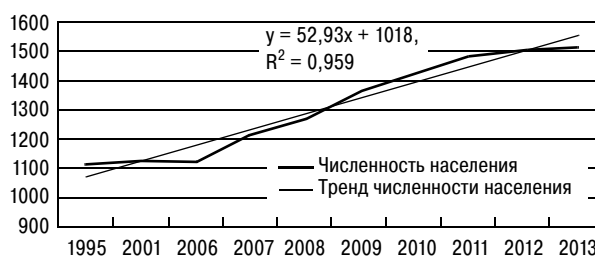


Рис. 1. Динамика общей численности населения Чеченской Республики за период 1995—2013 гг. (тыс. чел.) (использование линейной функции для моделирования)

В последние десятилетия медико-демографические показатели Чеченской Республики несколько отличаются от общих демографических показателей Российской Федерации.

В отличие от большинства регионов России, где имеет место сокращение численности населения за счет естественной убыли, в Чеченской Республике отсутствует процесс депопуляции и сохраняется устойчивый естественный прирост населения.

По состоянию на 1 января 2000 г. население Чеченской Республики составляло 1 110 000 человек и к 2001 г. уменьшилось до 997 000 человек. Увеличение числа жителей отмечается с 2003 г., когда в Чеченской Республике проживало 1 105 000 человек. В последующие годы происходило постоянное увеличение числа жителей (табл. 1).

Для Чеченской Республики в настоящее время характерен прирост численности населения (рис. 1) с замедлением темпов ежегодного прироста до 1—1,5% общей численности населения, что в два раза превышает показатели прироста населения, характерные для Российской Федерации в целом.

В структуре населения Чеченской Республики преобладает сельское население, удельный вес которого составляет по данным 2013 г. 65% общей численности населения Республики. В от-

Таблица 1

Численность населения Чеченской Республики 1995—2013 гг. (тыс. человек)

Показатель	Год								
	1995	2000	2001	2003	2005	2007	2009	2010	2013
Население Чеченской республики	1226,3	1110,0	997,1	1105,3	1141,8	1209,3	1299,7	1348,2	1488,6

личие от Российской Федерации в Чеченской Республике наблюдается прирост сельского населения, который почти в 3 раза выше, чем городского (2% ежегодный прирост сельского населения против 0,75% прироста для городского населения).

Население Республики характеризуется преобладанием женщин (1233 женщины на 1000 мужчин), что существенно выше, чем в целом по Российской Федерации (1160 женщин на 1000 мужчин).

В Чеченской Республике отмечаются высокие показатели рождаемости во всех районах республики, которые за тот же период составили от 21,3 до 26,0 на 1000 населения. Среди всех жителей Республики дети составляют 34,4%.

В исследуемый период в структуре населения доля лиц трудоспособного возраста в среднем составила 56,8%, что соответствует данным характерным в целом для Российской Федерации (60%). Удельный вес населения в возрасте от 0 до 14 лет составил в среднем 31,7% (в Российской Федерации — 16,7%). Доля лиц старше трудоспособного возраста в Чеченской Республике в среднем была существенно меньше, чем в Российской Федерации (11,5 и 23,1% соответственно).

Если в структуре населения Чеченской Республики доля лиц до 18 лет стабильно высокая, то удельный вес лиц старше трудоспособного возраста из года в год снижается, а удельный вес лиц трудоспособного возраста постоянно увеличивается (табл. 2).

Естественное сокращение численности людей за счет случаев смерти в конкретной совокупности населения за определенный период времени

характеризуется показателем смертности населения.

В соответствии с законодательством Российской Федерации все случаи смерти подлежат регистрации в государственных органах записи актов гражданского состояния по месту жительства умершего или по месту наступления смерти на основании заключения медицинского учреждения.

Среди населения Российской Федерации смертность в 2006 г. составила 16,1 случаев и Южного федерального округа — 13,2 случаев на 1000 населения. По данным органов государственной статистики уровень смертности населения Чеченской Республики значительно ниже, чем в Южном федеральном округе и Российской Федерации в целом (2006 г. — 6,8; 2008 г. — 5,6; 2008 г. — 5,0; 2010 г. — 5,0 и 2013 г. — 4,7 на 1000 населения). В среднем показатель смертности составляет 5,4 (на 1000 населения) и на протяжении всего исследуемого периода оставался на низком уровне. Структура причин смертности в Чеченской Республике оставалась стабильной, и наибольший удельный вес занимали болезни системы кровообращения (60%), несчастные случаи, травмы и отравления (12,1%), новообразования (12%) (табл. 3).

Рождаемость определяется социально-экономическими процессами в обществе, условиями жизни, быта, традициями, религиозными установками и другими факторами. Показатель рождаемости в Чеченской Республике в последние годы обеспечивает уровень, необходимый для воспроизводства населения. Высокая рождаемость и низкая смертность среди жителей Республики обеспечивает прирост населения (рис. 2). Показатель рождаемости среди населе-

Таблица 2

Динамика возрастного состава населения Чеченской Республики 2006—2013 гг., абс. (тыс. человек), %

Группы населения	Численность населения									
	2006 г.		2008 г.		2010 г.		2011 г.		2013 г.	
	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%
Общее число	1100,3	100	1209,3	100	1299,7	100	1348,2	100	1488,6	100
0—14 лет	363,0	33,1	302,2	38,0	316,2	24,4	332,6	24,6	334,7	22,4
15—17 лет	76,3	6,9	76,8	6,3	73,4	5,6	75,8	5,6	76,5	5,1
Трудоспособный возраст	514,7	46,8	685,1	56,6	765,7	58,9	796,1	59,0	936,2	62,9
Старше трудоспособного возраста	146,3	13,2	145,2	12,1	144,4	11,1	143,7	10,8	143,1	9,6



Рис. 2. Показатели естественного движения населения Чеченской Республики (на 1000 человек населения) 2006—2013 гг.

ния Чеченской Республики в 2006 г. составил 21,3 случаев на 1000 населения и оставался высоким на протяжении всего изучаемого периода.

Среди показателей здоровья населения показатели инвалидности занимают важное место. Под инвалидностью понимают социальную недостаточность вследствие нарушения здоровья со стойким расстройством функции организма, приводящую к ограничению жизнедеятельности и вызывающую необходимость мер социальной защиты. Инвалидность имеет социальный, юридический и медицинский аспекты. За установление инвалидности следует прекращение работы или изменение условий, характера труда и назначение различных видов государственной социальной защиты (пенсия, трудоустройство, профессиональное обучение, протезирование и др.). Тяжесть инвалидности может быть от ограничений трудоспособностей в основной профессии до полной утраты во всех видах профессиональной деятельности. Инвалидность — это сложная проблема, зависящая от социально-экономических условий, демографической ситуации, экологической обстановки, заболеваемости, уровня медицинского обслуживания и др.

В структуре первичной инвалидности взрослого населения Чеченской Республики как и в Российской Федерации и Южном федеральном округе первое место занимают болезни системы кровообращения. Последующие ранговые места среди причин инвалидности занимают последствия травм и отравлений, болезни глаза, болезни нервной системы и болезни органов дыхания (83,5% в структуре всех причин первичной инвалидности населения). Число впервые признанных инвалидами среди населения Чеченской Республики по причине болезней системы кровообращения в 5,4 раза меньше показателя по Рос-

сийской Федерации, по причине злокачественных новообразований в 4,9 раза меньше и по причине болезней костно-мышечной системы в 3,8 раза меньше. Показатель первичного выхода на инвалидность по причине болезней глаз в 1,9 раза выше, чем показатель по Российской Федерации, по причине болезней нервной системы в 1,4 раза выше и 1,2 раза превышает показатель первичного выхода на инвалидность вследствие травм и отравлений.

В 2007 г. в Чеченской Республике из числа лиц, впервые признанных инвалидами, инвалиды I группы составили 12,8%, II группы — 55,2%, III группы — 32%. Среди всех лиц впервые признанных инвалидами лица пенсионного возраста составили 29,9%, а трудоспособного возраста — 70,1%. Данные о первичном выходе на инвалидность свидетельствуют о более низких показателях в Чеченской Республике по сравне-

Таблица 3

Структура причин общей смертности населения Чеченской Республики в 2008—2013 гг.

Причина смертности	Количество больных					
	2008 г.		2010 г.		2013 г.	
	абс.	%	абс.	%	абс.	%
Всего умерших от всех причин в том числе от:	6347	100	5857	100	5889	100
болезней системы кровообращения	3754	59,2	3476	59,4	3492	60,0
новообразований	711	11,2	674	11,5	708	12,0
травм, несчастных случаев и отравлений	749	11,8	749	12,8	712	12,1
болезней органов дыхания	203	3,2	181	3,1	186	3,0
болезней органов пищеварения	305	4,8	275	4,7	289	4,8
инфекционных и паразитарных заболеваний	153	2,4	132	2,2	138	2,2
симптомы, неизвестные и неточно обозначенные состояния	279	4,4	217	3,7	243	4,0
прочие	193	2,5	153	2,6	121	1,9

Таблица 4
Распределение впервые признанных инвалидами по причинам инвалидности в 2007 г. (случаев на 1000 населения)

Класс заболеваний	Российская Федерация	Южный федеральный округ	Чеченская Республика
Злокачественные новообразования	1,18	0,96	0,24
Болезни нервной системы	0,29	0,22	0,41
Болезни глаза	0,31	0,32	0,60
Болезни системы кровообращения	5,55	3,05	1,02
Болезни органов дыхания	0,33	0,2	0,34
Болезни органов пищеварения	0,14	0,14	0,17
Болезни костно-мышечной системы	0,69	0,52	0,18
Последствия травм и отравлений	0,49	0,45	0,62
Все причины	10,17	7,07	3,58

нию с показателями Южного Федерального округа и Российской Федерации в целом 2,6 раза (табл. 4).

В 2006—2014 гг. общая заболеваемость населения Чеченской Республики характеризовалась

снижением инфекционных заболеваний, новообразований, болезней эндокринной системы, психических расстройств, болезней нервной системы. При этом заболеваемость болезнями системы кровообращения, органов дыхания, органов пищеварения, заболеваниями кожи и подкожной клетчатки в этот период возросла (табл. 5).

В структуре общей заболеваемости населения Чеченской Республики в 2012 г. болезни органов дыхания занимали первое место (19,4%). Значительный удельный вес в структуре общей заболеваемости занимают болезни органов пищеварения (14,8%), кровообращения (11,7%) и мочеполовой системы (11,8%).

Показатели общей заболеваемости населения Чеченской Республики в 1,5 раза превышают показатели первичной заболеваемости, которая в изучаемый период была наименьшей в 2009 г. (674,3 случая на 1000 населения) и наибольшей в 2007 г. (726,7 случаев на 1000 населения). Наибольший удельный вес в структуре первичной заболеваемости составили болезни системы кровообращения (18,9%), болезни органов дыхания (13,9%) и болезни органов пищеварения (7,5%). Динамика показателей общей заболеваемости имеет отличия от динамики показателей первичной заболеваемости. Уровень и тенденция динамики показателей общей и первичной забо-

Таблица 5
Общая заболеваемость населения Чеченской Республики по обращаемости в медицинских организациях в 2006—2014 гг. (на 1000 населения)

Класс болезней	2006 г.	2009 г.	2010 г.	2012 г.	2014 г.
Инфекционные заболевания	72,4	10,5	12,5	27,1	24,3
Новообразования	30,1	5,8	8,0	5,7	5,5
Болезни крови	20,5	22,2	20,3	29,1	24,1
Болезни эндокринной системы	49,6	17,3	23,5	14,5	15,6
Психические расстройства	20,1	15,7	15,9	9,2	10,5
Болезни нервной системы	41,1	29,1	28,2	33,1	34,9
Болезни глаза	61,2	57,5	54,8	56,8	55,7
Болезни уха и сосцевидного отростка	24,8	29,1	25,3	29,5	27,7
Болезни системы кровообращения	123,9	136,5	121,6	122,6	123,2
Болезни органов дыхания	193,6	158,1	169,6	197,7	189,1
Болезни органов пищеварения	128,9	140,6	153,3	152,5	154,1
Заболевания кожи и подкожной клетчатки	52,6	58,5	56,4	55,7	55,9
Заболевания костно-мышечной системы	51,4	52,0	51,9	55,7	54,8
Болезни мочеполовой системы	127,3	127,9	127,4	122,6	123,7
Патология беременности и родов	53,0	59,0	56,7	58,7	56,4
Врожденные аномалии	0,6	0,3	0,2	0,5	0,4
Травмы и отравления	45,2	49,8	51,6	54,5	51,3
Другие заболевания	9,9	8,3	8,3	7,9	7,2
Всего	1106,4	984,2	1023,5	1023,2	1014,4

Первичная заболеваемость населения Чеченской Республики по обращаемости в медицинские организации в 2006—2014 гг. (на 1000 населения)

Класс болезней	2006 г.	2009 г.	2010 г.	2012 г.	2014 г.
Инфекционные заболевания	25,9	24,1	26,5	27,1	26,1
Новообразования	11,8	4,4	3,7	5,1	4,7
Болезни крови	28,0	37,6	32,2	39,1	37,5
Болезни эндокринной системы	18,0	14,9	12,1	14,5	13,2
Психические расстройства	19,2	14,2	14,4	9,2	10,1
Болезни нервной системы	33,8	33,0	25,9	33,1	32,8
Болезни глаз	46,0	32,8	35,5	36,8	35,7
Болезни уха и сосцевидного отростка	23,0	23,4	20,2	19,5	19,7
Болезни системы кровообращения	116,1	112,2	112,8	112,5	113,1
Болезни органов дыхания	110,5	106,5	96,6	97,7	96,2
Болезни органов пищеварения	53,4	56,0	50,8	52,4	51,0
Заболевания кожи и подкожной клетчатки	31,4	32,3	32,3	25,7	26,8
Заболевания костно-мышечной системы	33,3	34,0	34,6	35,6	34,7
Болезни мочеполовой системы	83,7	80,8	75,2	72,6	73,2
Патология беременности и родов	43,8	33,8	33,0	76,7	70,4
Врожденные аномалии	0,6	0,1	0,1	0,4	0,3
Травмы и отравления	40,0	46,2	51,6	34,5	45,2
Другие заболевания	7,7	7,0	6,6	7,0	6,9
Всего	726,7	692,8	674,3	703,1	697,6

леваемости в отдельных регионах отличаются от федеральных показателей. Это свидетельствует как о некоторых особенностях возрастного состава населения, так и об особенностях деятельности медицинских организаций при профилактике, лечении и регистрации заболеваний (табл. 6).

По данным медицинских осмотров, дополнительно выявлено от 414,3 случая заболеваний (на 1000 населения) в 2006 г. до 518,4 случая в 2009 г., что свидетельствует о необходимости совершенствования учета обращений.

В равнинной части Чеченской Республики в большей степени развита сеть дорог, средства связи и другая инфраструктура, что влияет на доступность медицинской помощи, и, как следствие, на уровень обращаемости в муниципальные медицинские организации.

В горной части Республики восстановление и развитие инфраструктуры требуют большего времени и финансовых ресурсов, что является причиной некоторого отставания в воссоздании, в частности системы здравоохранения. Основными медицинскими организациями в этой части Республики являются фельдшерско-акушерские пункты, что требует особого внимания при обеспечении доступности медицинской помощи.

Обеспеченность медицинскими кадрами в Чеченской Республике в 2006 г. составляла 16,0 (на 10000 населения). Укомплектованность фельдшерско-акушерских пунктов составляет 87% (коэффициент совместительства — 1,2). Сельские амбулатории укомплектованы врачами-терапевтами на 30,7% (коэффициент совместительства — 1,4). Сельские амбулатории не укомплектованы хирургами, акушерами-гинекологами, педиатрами. По результатам исследования, более 80% фельдшерско-акушерских пунктов и сельских врачебных амбулаторий размещены в непригодных помещениях, не имеющих централизованного водоснабжения и канализации и оснащенных только электрокардиографами. Износ оборудования, инструментов и мебели составляет более 80%.

Таким образом, демографическая ситуация в Чеченской Республике характеризуется превышением показателей рождаемости над показателями смертности и не является типичной для Российской Федерации. Среди причин смертности и первичного выхода на инвалидность ведущими являются заболевания системы кровообращения, злокачественные образования, болезни глаз, заболевания нервной системы, несчастные случаи, отравления и травмы.

ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ФАРМАКОПУНКТУРЫ БИОМАТЕРИАЛОМ «АЛЛОПЛАНТ» В ЛЕЧЕНИИ ЭКССУДАТИВНОГО СРЕДНЕГО ОТИТА

З.М. Мирхайдарова¹, Р.Ш. Мирхайдаров, Р.Н. Кильдебекова²,
Л.Р. Мингазова

*Научно-исследовательский лечебно-оздоровительный центр
«Здоровье и долголетие»,
Башкирский государственный медицинский университет Минздрава России,
Республика Башкортостан, г. Уфа*

Представленные результаты лечения пациентов с экссудативным средним отитом показали, что использование фармакопунктуры биоматериалом «Аллоплант» в комплексной терапии способствует более раннему восстановлению вентиляционной функции слуховой трубы и нормализации локального иммунитета, что предотвращает развитие тимпанофиброза среднего уха.

Ключевые слова: экссудативный средний отит, фармакопунктура, биоматериал «Аллоплант»

В последние годы наблюдается значительное увеличение воспалительной патологии среднего уха, в том числе экссудативного среднего отита (ЭСО) [1, 2]. Хроническое течение ЭСО способствует возникновению тугоухости, которая негативно сказывается на качестве жизни и может стать причиной социальной дезадаптации [3, 4]. Ведущая роль в патогенезе ЭСО принадлежит нарушению вентиляционной функции слуховой трубы. Большое значение также имеет состояние

локального иммунитета, который проявляется как синергизм специфических — лимфатических и неспецифических механизмов защиты, представленных мукоцилиарной системой слизистой оболочки среднего уха [5—7]. Воспалительные явления при ЭСО сопровождаются накоплением экссудата, и при отсутствии своевременного лечения экссудативное воспаление среднего уха сменяется продуктивным с гиперсекрецией слизи. В развитии экссудативной фазы воспаления большую роль играет гуморальный иммунный ответ, а в пролиферативной фазе на первое место выступают элементы клеточного иммунитета. При количественной или функциональной несостоятельности клеточного иммунного ответа накапливается густой и вязкий секрет, который приводит к нарастанию обструкции полости среднего уха с последующим развитием тимпанофиброза [8]. Низкая эффективность

¹ Мирхайдарова Зубейда Маратовна — врач-оториноларинголог; врач-физиотерапевт; 450055, Республика Башкортостан, г. Уфа, Пр. Октября, 144/1; тел.: (347) 284-57-76; e-mail: mira_2002@mail.ru.

² Кильдебекова Раушания Насгутдиновна — д-р мед. наук, профессор кафедры Мобилизационной подготовки здравоохранения и медицины катастроф Башкирского государственного медицинского университета; адрес: 450000, г. Уфа, ул. Ленина, 3; тел. 8 (3472) 83-60-03; e-mail: kildebekova49@mail.ru.

консервативного и хирургического лечения хронической формы ЭСО обуславливает необходимость разработки схемы рационального лечения на ранних стадиях, включающей методы профилактики фиброза барабанной полости [9]. Современная восстановительная терапия рекомендует применение природных биологически-активных веществ в комплексном лечении. Биоматериал «Аллоплант», изготавливаемый на основе измельченных биологических тканей, применяется для активации обменных процессов и стимуляции регенерации. Одним из эффективных способов введения «Аллопланта» является фармакопунктура, которая воздействует на регуляцию секреторной активности слизистой оболочки и ее локального иммунитета [10].

Цель исследования: изучить эффективность фармакопунктурного введения биоматериала «Аллоплант» в комплексном лечении пациентов с ЭСО.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Объект исследования — 83 больных с диагнозом экссудативный средний отит в возрасте от 20 до 64 лет. Средний возраст составил $41,6 \pm 2,3$ лет. Женщин 37 (44,5%) и мужчин 46 (55,5%). Длительность заболевания — от 3 недель до 6 месяцев. Больные включались в исследование при наличии информированного согласия.

Диагноз экссудативный средний отит верифицировался согласно МКБ 10 (H65.2, H65.3).

Контрольную группу составили 22 практически здоровых лиц, сопоставимых по полу и возрасту.

Критерии включения: лица молодого и среднего возраста с ЭСО. Критерии исключения: пациенты, которые на момент обращения нуждались в применении оперативных пособий или других видов лечения, имели другие заболевания органов и систем организма.

Методы исследования: проводился клинический осмотр с отомикроскопией барабанной перепонки и глоточного устья слуховой трубы назофарингоскопом XION (Германия). Вентиляционная функция слуховой трубы оценивалась с помощью акустической импедансометрии по методике ISO 8253-1 на аудиометре-тимпанометре AA-220xp Interacoustics (Дания). Оценка нарушения слуха проводилась по Международной классификации тугоухости, утвержденной ВОЗ (1997). Из лабораторных методов исследования проводился анализ мазков-репечатков слизистой глоточного устья слуховой трубы. Под иммерсией ($\times 630$) проводили микроскопию слизи из глоточного устья слуховой трубы с определением

клеточного состава, среди фагоцитов учитывали процент целых нейтрофилов, макрофагов и разрушенных (1—4 класса деструкции). Показатель незавершенного фагоцитоза рассчитывали по методике, предложенной Маянским А.Н.: $Nd/(Nc + Nd)100$, где Nd — число деструктированных нейтрофилов, Nc — число целых нейтрофилов, содержащих в цитоплазме микроорганизмы, вакуоли и включения [6]. Комплексную оценку социальной адаптации определяли по шкале качества жизни SF-36 [11]. Лечение пациентов с ЭСО проводили в соответствии с национальным руководством по оториноларингологии (2009) [8].

Согласно протоколу исследования, все больные с ЭСО были разделены на 2 группы. I группа сравнения ($n = 40$) получала базисную консервативную терапию (местные глюкокортикостероиды (мометазона фуорат), противовоспалительные (эреспал), адреномиметики (отривин)).

II группа — основная ($n = 43$) дополнительно к базисной терапии получала акупунктурное введение диспергированного биоматериала «Аллоплант», который разводили в соотношении: 50 мг биоматериала на 10 мл физиологического раствора, количество инъекций за один сеанс составило 10—12 по 0,3—0,5 мл в одну точку, курс лечения 7 сеансов через день. Биологически активные точки при лечении ЭСО подбирались согласно Международной акупунктурной номенклатуре [12]: SI4 (вань-гу), SI17 (тянь-жун), GB2 (тин-хуэй), GB8 (шуй-гу), GB10 (фу-бай), GB11 (тоу-цяо-инь), GB12 (вань-гу), GV14 (да-чжуй), GV20 (бай-хуэй), GV22 (синь-хуэй), LI4 (хэ-гу), ST36 (цзу-сань-ли), TE20 (цзяо-сунь), TE21 (эр-мэнь).

Оценка эффективности терапии у пациентов с ЭСО осуществлялась на основании клинических данных, суммарной оценке симптомов заболевания. Динамическая оценка течения заболевания проводилась до и после лечения. Проведение исследования было одобрено этическим комитетом в соответствии с нормами Хельсинской декларации (2000). Статистическая обработка данных проводилась с использованием пакета прикладных программ Statistica V6.0 for Windows производства «Statsoft», а также приложения Excel Microsoft Office 2011. Выборка исследовалась на нормальность по методике Колмогорова—Смирнова. Для оценки значимости различий использовали критерий Стьюдента.

РЕЗУЛЬТАТЫ И ОБСУЖДЕНИЕ

Пациенты с ЭСО предъявляли жалобы на заложенность уха, чувство полноты в ухе, снижение слуха, у 32 (38,5%) отмечался шум в ушах, у 12 (14,4%) — ощущение переливания жид-

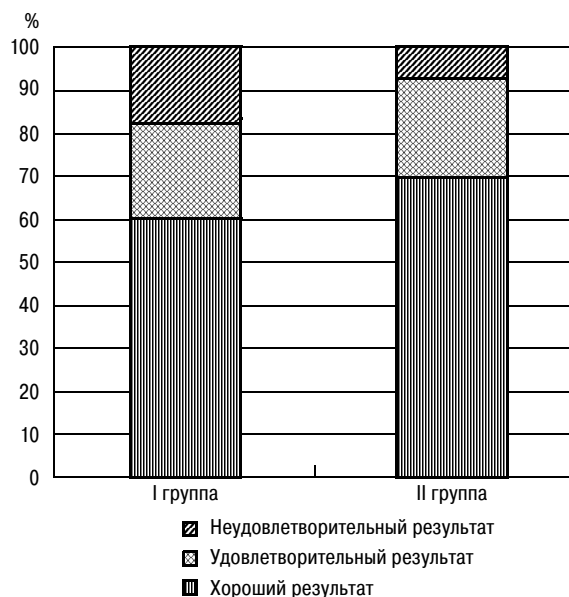
кости, у 10 (11,9%) — явление аутофонии. Различия в течении заболевания ЭСО по гендерному признаку и в зависимости от возраста не наблюдались.

Отоскопическая картина барабанной перепонки у пациентов с ЭСО отличалась полиморфизмом: выбухание или втянутость, мутность барабанной перепонки, отсутствие светового конуса, изменение цвета барабанной перепонки (розовый, желтоватый), расширение сосудов по ходу рукоятки молоточка.

Результаты аудиометрии у пациентов с ЭСО показали, что начальная степень снижения слуха (до 25 дБ) была выявлена у 25 (30,1%), I степень тугоухости (26—40 дБ) у 32 (38,6%), II степень (41—55 дБ) у 26 (31,3%) больных. При оценке степени нарушения вентиляционной функции слуховой трубы по данным акустической импедансометрии у 32 (38,6%) больных с ЭСО выявлены кривые типа «С» с отклонением пика в сторону отрицательного давления (до -200 даПа и более); у 51 (61,4%) отмечались уплощенные горизонтальные кривые типа «В» и акустический рефлекс не регистрировался, что соответствовало наличию экссудата в полости среднего уха.

При исследовании мазков-перепечатков со слизистой устья слуховой трубы были обнаружены нейтрофилы и в незначительном количестве макрофаги, показатель незавершенного фагоцитоза в контрольной группе был на уровне 37,5%, а у больных с ЭСО составлял 68,4%, что отражало функциональную несостоятельность нейтрофилов и макрофагов.

В процессе проведенного лечения у пациентов с ЭСО наблюдалась положительная клиническая динамика, на фоне фармакопунктурного введения биоматериала «Аллоплант» уменьшение дискомфортных ощущений отмечалось на 3—4-й день, а в группе сравнения — на 5—6-й день. Данные акустической импедансометрии показали более выраженную положительную динамику у пациентов с ЭСО на фоне фармакопунктуры биоматериалом «Аллоплант». Так, в I группе нормализация градиента давления и появление акустического мышечного рефлекса отмечались на 7-й день у 5 (12,5%), а во II группе — у 9 (20,9%) больных; на 14-й день лечения у 23 (57,5%) и 36 (83,7%) больных соответственно. По данным аудиометрии, уменьшение порогов слуха на 7-й день во II группе сравнения наблюдалось у 7 (17,5%), а в I группе — у 12 (27,9%)



Результаты лечения пациентов с экссудативным средним отитом

больных, полное восстановление порогов слуха на 14-й день было соответственно у 23 (57,5%) и 32 (74,4%) больных.

В результате лечения больных с ЭСО наблюдалось улучшение функциональной активности клеток местного иммунитета, показатель незавершенного фагоцитоза в мазках-перепечатках в I группе снизился до 51,2%, а во II группе — до 38,6%, что было сопоставимо с данными контрольной группы и свидетельствовало о клинической эффективности фармакопунктурного введения биоматериала «Аллоплант».

Анализ проводимого нами лечения у больных с ЭСО показал хороший результат с улучшением отоскопической картины, полным восстановлением функции слуховой трубы и нормализацией порогов слуха, по данным аудиометрии, в I группе у 24 (60%) и во II группе у 30 (69,2%) больных. Удовлетворительный результат лечения с улучшением функции слуховой трубы и уменьшением порогов слуха на 10 дБ и более отмечался в I группе у 9 (22,5%) и во II группе — у 10 (23,3%) больных. Неудовлетворительный результат — при отсутствии положительной динамики — в I группе был у 7 (17,5%) и во II группе у 3 (6,9%) больных, им было рекомендовано хирургическое вмешательство.

Как видно на рисунке, количество пациентов с хорошим и удовлетворительным результатом лечения было выше во II группе. При этом процент неудовлетворительного результата, отра-

Динамика показателей качества жизни у лиц с экссудативным средним отитом (баллы)

Показатель	Контроль (n = 22)	I группа (n = 40)		II группа (n = 43)	
		до лечения	после лечения	до лечения	после лечения
Общее состояние здоровья (GH)	56,6 ± 2,83	51,7 ± 2,58	55,4 ± 2,77	50,9 ± 2,1	55,9 ± 2,8
Физическое функционирование (PF)	77,1 ± 3,4	71,8 ± 3,6	76,3 ± 3,8	71,4 ± 3,6	77,0 ± 3,8
Рольное функционирование, обусловленное физическим состоянием (RP)	54,1 ± 2,2	46,4 ± 2,3	52,3 ± 2,6*	46,3 ± 2,1	54,2 ± 2,7*
Боль (BP)	61,3 ± 8,7	59,2 ± 3,0	60,7 ± 3,0	58,8 ± 2,9	60,9 ± 2,4
Жизненная активность (VT)	56,1 ± 3,3	50,2 ± 2,8	53,4 ± 2,6	49,9 ± 2,5	55,8 ± 2,8*
Социальное функционирование (SF)	68,9 ± 3,4	52,4 ± 2,5	63,7 ± 3,2*	52,9 ± 2,7	68,3 ± 3,4*
Рольное функционирование, обусловленное эмоциональным состоянием (RE)	57,6 ± 2,4	48,6 ± 2,4	54,3 ± 2,7*	48,5 ± 2,1	56,7 ± 2,8*
Психологическое здоровье (MH)	58,3 ± 2,9	49,2 ± 2,5	54,5 ± 2,7*	49,6 ± 2,5	55,1 ± 2,8*

Примечание. * При $p < 0,05$ в сравнении с показателями до лечения.

жающего развитие фиброза и переход в хроническую стадию, во II группе отмечался в 2 раза ниже, что свидетельствует о положительном клиническом эффекте фармакопунктурного введения биоматериала «Аллоплант».

У больных с ЭСО на фоне комплексного лечения наблюдалось улучшение качества жизни. Анализ показателей качества жизни показал более выраженную позитивную динамику в II группе, где применяли фармакопунктуру биоматериалом «Аллопланта». Наблюдалось улучшение ролевого функционирования по физическому состоянию в I группе на 11,2% и во II группе на 14,6%, и по эмоциональному состоянию в I группе на 10,4% и во II группе на 14,5 %, также возросло социальное функционирование на 17,7 и 22,5% соответственно (таблица).

Таким образом, результаты проведенного исследования показали, что в группе больных с ЭСО, которым применяли фармакопунктурное введение биоматериала «Аллоплант», наблюдались более быстрое восстановление вентиляционной функции слуховой трубы, нормализация локального иммунитета среднего уха и улучшение качества жизни.

ВЫВОДЫ

1. У пациентов с экссудативным средним отитом выявлено нарушение локального иммунитета среднего уха, отмечалось снижение функциональной активности фагоцитов: показатель незавершенного фагоцитоза составил 68,4%, на фоне фармакопунктуры биоматериалом «Аллоплант» снизился до 38,6%.

2. Комплексная терапия ЭСО с фармакопунктурным введением биоматериала «Аллоплант»

способствует более быстрому восстановлению нормальных порогов слуха и улучшению качества жизни.

ЛИТЕРАТУРА

1. Бурмирова Т.В. Современные этиопатогенетические аспекты экссудативного среднего отита // Российская оториноларингология. 2004. № 1 (8). С. 25—28.
2. Магомедов М.М., Никиткин А.Ю. Экссудативный средний отит. Современные представления и актуальность проблемы // Вестник оториноларингологии. 2012. № 5. С. 93—96.
3. Стратиева О.В., Арефьева Н.А., Салакова Г.М. Сенсоневральная тугоухость в раннем периоде экссудативного среднего отита // Новости оториноларингологии и логопатологии. 1998. № 1 (13). С. 11—14.
4. Yeo S.G., Park D.C., Lee S.K. [et al.] Relationship between effusion bacteria and concentrations of immunoglobulin in serum and effusion fluid in otitis media with effusion patients // Int. J. Pediatr. Otorhinolaryngol. 2008 (Mar). Vol. 72. № 3. P. 337—342.
5. Книпенберг А.Э. Клиническая эффективность использования локальной иммунокоррекции в комплексной терапии экссудативного среднего отита: автор. дисс. ... канд. мед. наук. Новосибирск, 2009. С. 14—16.
6. Маянский А.Н., Маянский Д.Н. Очерки о нейтрофиле и макрофаге. Новосибирск: Наука, 1989. С. 89—91.
7. Рязанцев С.В., Хмельницкая Н.М., Тырнова Е.В. Роль слизистой оболочки в защите ЛОР-органов от потенциально патогенных для организма антигенных факторов // Вестник оториноларингологии. 2000. № 3. С. 60—64.
8. Оториноларингология: национальное руководство / Под ред. Пальчуна В.Т.М. ГЭОТАР-Медиа, 2009. С. 98—101.
9. Williamson I. Otitis media with effusion // Clinical evidence. 2001. № 5. P. 359—366.
10. Муслимов С.А. Морфологические основы применения аллогенных биоматериалов в регенеративной хирургии. Уфа, 2001. С. 37.
11. Амирджанова В.Н., Горячев Д.В. Популяционные показатели качества жизни по опроснику SF-36 // Научно-практическая ревматология. 2008. № 1. С. 38—39.
12. Овечкин А.М. Основы чжэнь-цзю терапии. Саранск, 1991. С. 198.

КЛИНИКО-ЭКОНОМИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ ВНЕДРЕНИЯ МОЛЕКУЛЯРНО-ГЕНЕТИЧЕСКОГО МОНИТОРИНГА В СОВРЕМЕННУЮ ПРАКТИКУ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ РАКОМ МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Н.З. Мусина¹, С.П. Коваленко, О.М. Корзинов

*Московский физико-технический институт (государственный университет),
лаборатория управления программами и проектами развития
в области живых систем*

Оценена затратная эффективность внедрения молекулярно-генетического мониторинга всех больных с раком молочной железы (РМЖ) с последующим выявлением их родственников-носителей мутации, позволяющего проводить скрининговые мероприятия у носителей мутаций без признаков проявления заболевания для раннего выявления РМЖ, а также обнаруживать на ранних стадиях повторные случаи РМЖ у больных. Исследование показало, что при проведении генетического тестирования больных с РМЖ затраты на скрининг увеличиваются на 70 334 руб. (расчет на 1 больного с повторным РМЖ), за счет дополнительных затрат на генетическое тестирование, МРТ и дополнительные консультации врачей. Однако затраты на лечение больного с повторным РМЖ значительно снижаются (на 629 623 руб.) за счет более раннего выявления заболевания и лечения на начальных стадиях. При проведении генетического тестирования родственников (первой степени родства) больных с РМЖ затраты на скрининг также увеличиваются на 70 956 руб. (расчет на 1 родственника, заболевшего РМЖ). Однако затраты на лечение РМЖ снижаются (на 330 992 руб.) при проведении генетического тестирования и последующего скрининга носителей мутаций за счет более раннего выявления заболевания и лечения на начальных стадиях. Проведенный клинико-экономический анализ показал целесообразность внедрения молекулярно-генетического мониторинга в практику лечения больных с РМЖ, так как применение данной технологии позволит снизить затраты бюджета здравоохранения на лечение РМЖ, а также повысить эффективность терапии.

Ключевые слова: наследственные формы рака молочной железы, рак молочной железы, клинико-экономический (фармакоэкономический) анализ, анализ «затраты—эффективность», анализ «затраты—полезность», древо решений, модель Маркова, диагностика рака молочной железы

¹ Мусина Нурия Загитовна — аналитик, г. Долгопрудный, Институтский переулок, дом 9, строение 7; тел. +7 (495) 408 42 00; e-mail: contact@bio.mipt.ru.

В настоящее время рак молочной железы является одним из самых распространенных онкологических заболеваний в мире. По данным Globo CAN, ежегодно в мире выявляется 1,7 млн случаев РМЖ. В России в 2012 г. зарегистрировано 59 037 новых случаев РМЖ. Данная патология занимает лидирующее положение в структуре заболеваемости злокачественными новообразованиями у женщин (20,7%) и в структуре смертности (17,1%). Несмотря на совершенствование методов диагностики и лечения, в России, как и во всем мире, наблюдается рост заболеваемости РМЖ [1]. Это требует внедрения в клиническую практику инновационных высокотехнологичных методов ранней, в том числе доклинической диагностики, разработки индивидуальных лечебных и профилактических подходов с учетом генетических факторов риска. Диагностика РМЖ на ранних стадиях определяет благоприятный прогноз течения заболевания, повышая эффективность терапии и снижая затраты на лечение [2, 3].

Наследственные факторы определяют до 10% всех случаев возникновения рака молочной железы [4]. Значительная часть наследственных форм рака молочной железы обусловлена мутациями в генах *BRCA1* и *BRCA2*. Анализ этих мутаций показал, что в России для этих генов можно говорить об «эффекте основателя», так как среди мутаций, обнаруженных в гене *BRCA1*, в большинстве случаев выявляют инсерцию *BRCA1 5382insC*. В несколько раз реже по сравнению с инсерцией *BRCA1 5382insC* встречаются мутации *BRCA1 C61G*, *BRCA1 4154 delA*, *185 delAG*, частота возникновения остальных мутаций в гене *BRCA1* не изучена, вероятно, в России они встречаются значительно реже [5, 6]. При наличии данных мутаций риск развития РМЖ значительно возрастает. При регулярном интенсивном мониторинге этих пациентов есть возможность выявить опухоль на самых ранних этапах развития. Однако тотальный скрининг населения для выявления пациентов-носителей мутаций является крайне затратным.

В связи с этим предложен подход, который позволяет выявлять носителей мутаций, связанных с формированием наследственных форм рака при скрининге наличия мутаций у всех больных с диагнозом «рак молочной железы», а при выявлении носителей мутаций среди больных

произвести аналогичный анализ у родственников. При выявлении больных с мутацией *BRCA1* и *BRCA2* таким больным рекомендуется пригласить своих родственников первой степени родства для прохождения ими соответствующего генотипирования. При обнаружении мутаций у родственников им предлагается проходить ежегодную магнитно-резонансную томографию (МРТ) и маммографию (МГ).

Таким образом, внедрение молекулярно-генетического мониторинга всех больных с РМЖ, с последующим выявлением их родственников-носителей мутации, позволит проводить скрининговые мероприятия у носителей мутаций без признаков проявления заболевания для более раннего выявления РМЖ, а также обнаруживать на более ранних стадиях повторные случаи РМЖ у больных.

Цель исследования: оценить экономическую целесообразность внедрения молекулярно-генетического мониторинга в практику диагностики и лечения больных РМЖ.

В данном клинико-экономическом исследовании сравнивается затратная эффективность двух медицинских технологий:

1. Проведение обязательного генетического тестирования всех больных РМЖ для выявления носителей мутаций (*BRCA_{1,2}*), связанных с формированием наследственных форм рака, а при выявлении носителей мутаций среди больных — анализ родственников первой степени родства. При обнаружении мутаций у родственников они подлежат диспансерному наблюдению, подразумевающему прохождение ежегодной МРТ и МГ.

2. Отсутствие генетического тестирования для выявления *BRCA_{1,2}* мутаций как больных, так и их родственников, а также отсутствие соответствующего последующего диспансерного наблюдения.

Для оценки экономической целесообразности была разработана аналитическая модель принятия решений, сочетающая в себе дерево решений и модель Маркова. Модель Маркова использовалась для анализа затрат и эффективности в случае развития у изучаемого контингента больных РМЖ. Данные о параметрах моделей были получены ретроспективно в результате поиска и анализа литературных источников. Временной горизонт моделирования составил 10 лет. В качестве

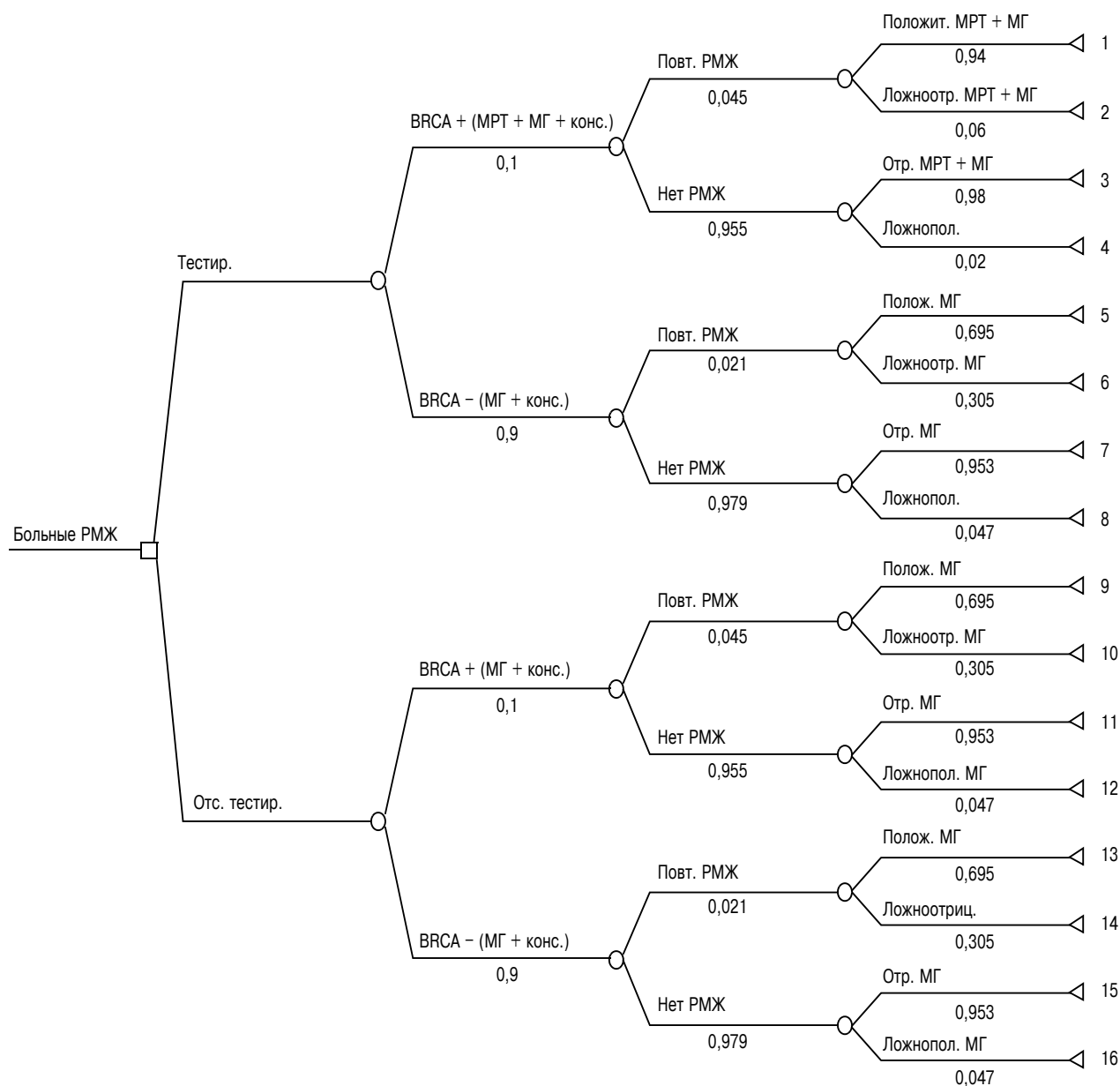


Рис. 1. Дерево решений для больных РМЖ

критерия эффективности лечения РМЖ служили годы сохраненной жизни (lifeyears gained, LYG), критерия полезности — годы качественной жизни (qualityadjustedlifecycleyears, QALY). Анализ проводился с позиции системы здравоохранения, то есть учитывались только прямые медицинские затраты. В соответствии с международными рекомендациями применялось годовое дисконтирование на уровне 3% для затрат, эффективности и полезности.

На начальном этапе исследования были проведены поиск и анализ данных по эффективности диагностики и лечения РМЖ, а также по эпидемиологическим характеристикам наслед-

ственных форм РМЖ. В результате разработаны 2 аналитические модели принятия решений для субпопуляций: больные с РМЖ и родственники первой степени родства больных с РМЖ (рис. 1, 2). «Ветви» обозначают возможные альтернативные решения, которые могут быть приняты (в данном случае проведение или отсутствие генетического тестирования) и возможные исходы, возникающие в результате этих решений. Квадратные «узлы» обозначают места, где принимаются решения, круглые «узлы» — события, которые могут произойти с определенной вероятностью. Исходы обозначаются треугольниками. В качестве исходов в исследовании выступ-

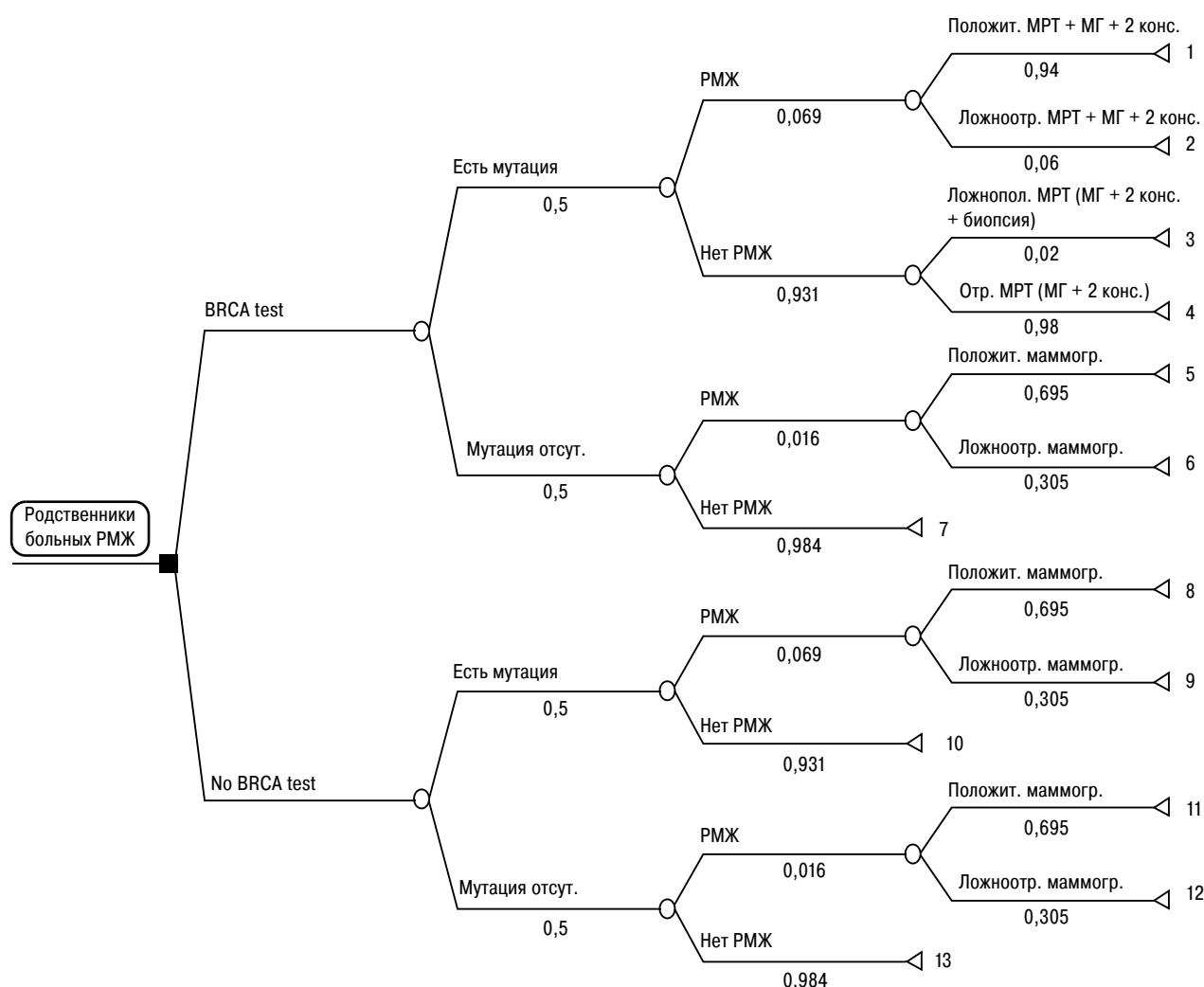


Рис. 2. Дерево решений для родственников пациентов больных РМЖ

пали как затраты на терапию РМЖ, так ее эффективность и полезность, полученные в результате марковского моделирования. В случае отсутствия развития РМЖ анализировались только затраты на скрининг, так как затраты на лечение РМЖ, QALY и LYG отсутствовали. Параметры моделей приведены в табл. 1.

По каждой ветви развития событий (рис. 1, 2) были рассчитаны условные вероятности и соответствующие данной вероятности ожидаемые затраты, QALY и LYG. Общие затраты были получены суммированием затрат на скрининг и на лечение РМЖ.

Для расчета затратной эффективности лечения РМЖ в долгосрочной перспективе была адаптирована модель Маркова (рис. 3), использовавшаяся в предыдущих исследованиях по РМЖ [7].

Расчет затрат на лечение каждого состояния основан на стандарте медицинской помощи (приказ Минздравсоцразвития РФ № 700 от 9.10.2006 «Об утверждении стандарта медицинской помощи больным со злокачественным новообразованием молочной железы (при оказании специализированной помощи)»). Данные по затратам приведены в табл. 2. Стоимость генетического тестирования на наличие мутации в $BRCA_{1,2}$ была принята равной 1000 руб.

Сравнение 2 технологий проводилось путем суммирования ожидаемых затрат по всем ветвям, относящимся к данной технологии (см. рис. 1, 2). Например, для расчета ожидаемых затрат при проведении тестирования у больных с РМЖ суммировались затраты по ветвям «дерева решения» с 1-го по 8-е. При отсутствии тестирования — с 9-го по 16-е. Для расчета ожидаемых затрат по

каждой ветви древа перемножались условные вероятности и общие затраты (затраты на скрининг и лечение РМЖ, в случае его развития). Для ветви 1 в древе решений для субпопуляции больных с РМЖ (см. рис. 1) ожидаемые затраты рассчитывались следующим образом:

Ожидаемые затраты ветвь 1 = $0,1 \times 0,045 \times 0,94 \times 163\,539,1278$ руб. = 699,13 руб.

Также рассчитывались суммарные LYQ и QALY. Полученные результаты представлены в табл. 3.

Исследование показало, что при проведении генетического тестирования затраты на скрининг увеличиваются на 70 334 руб. (расчет на 1 больного с повторным РМЖ) за счет дополнительных затрат на генетическое тестирование, МРТ и дополнительные консультации врачей. Однако затраты на лечение повторного РМЖ значительно снижаются (на 629 623 руб.) при проведении генетического тестирования и последующего скрининга больных за счет более раннего выявления заболевания и лечения на начальных стадиях. Снижение затрат на лечение

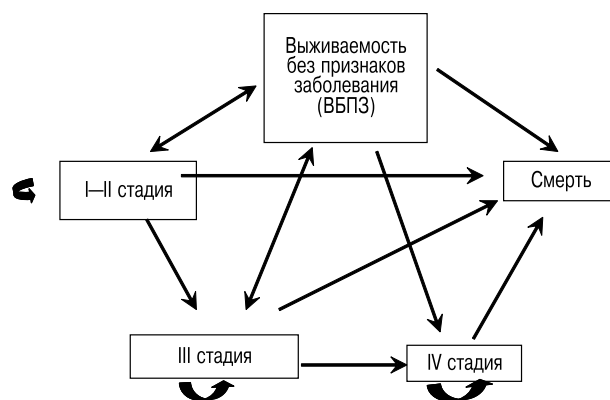


Рис. 3. Модель Маркова

РМЖ компенсирует полностью дополнительные затраты на молекулярно-генетический мониторинг и скрининг больных с РМЖ, в результате чего общие затраты снижаются на 559 289 руб. (15,7%) за 10 лет лечения 1 случая повторного РМЖ. Кроме того, более раннее начало лечения данных больных позволяет сохранить 0,7 года жизни (на 1 больного) и 0,2 года качественной жизни.

Таблица 1

Параметры модели «древо решений»

Параметры модели	Значение	Источник
Вероятность <i>BRCA+</i> при РМЖ	0,1	[8]
Вероятность РМЖ у родственника с <i>BRCA+</i>	0,069	[9]
Вероятность РМЖ у родственника с <i>BRCA-</i>	0,016	[9]
Вероятность наличие <i>BRCA</i> мутации у родственника больного РМЖ <i>BRCA+</i>	0,5	[10]
Вероятность повторного РМЖ у больного РМЖ <i>BRCA+</i>	0,045	[10]
Вероятность повторного РМЖ у больного РМЖ <i>BRCA-</i>	0,021	[10]
Чувствительность магнитно-резонансной томографии и маммографии	0,95	[11], [12]
Специфичность магнитно-резонансной томографии и маммографии	0,98	[13]
Чувствительность маммографии	0,695	[14]
Специфичность маммографии	0,95	[15]
Распределение выявленных случаев РМЖ по стадиям в зависимости от использованной методики скрининга		
Обычное наблюдение (маммография и консультация врача 1 раз в год после 40 лет, генетическое тестирование отсутствует)	I—II ст. — 0,62 III ст. — 0,25 IV ст. — 0,13	[1]
Ежегодно: магнитно-резонансная томография, маммография и 2 консультации врача в год при <i>BRCA+</i>	I—II ст. — 0,8 III ст. — 0,2	Экспертное мнение*
Ложноотрицательный результат при любом виде скрининга**	I—II ст. — 0,1 III ст. — 0,45 IV ст. — 0,45	Экспертное мнение*

Примечание. * Было учтено мнение экспертов (врачей-маммологов), так как обзор литературы не выявил необходимых данных; ** при ложноотрицательном результате больные РМЖ выявляются и начинают лечение на более поздних стадиях.

Таблица 2

Затраты на лечение 1 пациента РМЖ в зависимости от стадии и длительности заболевания (в руб. на июль 2015 г.)

Длительность заболевания	Выживаемость без признаков заболевания	Стадия I—II	Стадия III	Стадия IV
1-й год	12 898	138 679	1 257 485	1 923 055
2—6-й год	18 778	138 679	1 022 567	1 688 136
6—10-й год	1100	138 679	1 022 567	1 688 136

Таблица 3

Затраты на скрининг и лечение повторного РМЖ, LYG и QALY при проведении молекулярно-генетического тестирования и в его отсутствие (руб. на июль 2015 г.)

Показатель	Затраты за 10 лет лечения на 1 больного с повторным РМЖ		
	тестирование	нет тестирования	разность
Затраты на скрининг	201 741,62	131 407,25	70 334,37
Затраты на лечение больного с повторным РМЖ	2 800 842,61	3 430 466,19	-629 623,58
Общие затраты	3 002 584,23	3 561 873,44	-559 289,21
Годы жизни (LYG)	5,29	4,59	0,70
Годы качественной жизни (QALY)	4,75	4,55	0,20

Таблица 4

Затраты на скрининг и лечение 1 родственника, заболевшего РМЖ, LYG и QALY при проведении молекулярно-генетического тестирования и в его отсутствие (руб. на июль 2015 г.)

За 10 лет лечения на 1 родственника, заболевшего РМЖ			
Показатель	Тестирование	Нет тестирования	Разность
Затраты на скрининг	141 544,39	70 588,24	70 956,15
Затраты на лечение больного с РМЖ	3 266 975,71	3 597 967,75	-330 992,04
Общие затраты	3 408 520,09	3 668 555,98	-260 035,89
Годы жизни (LYG)	5,48	4,04	1,44
Годы качественной жизни (QALY)	7,13	4,43	2,70

Необходимо отметить, что в данном исследовании при оценке влияния генетического тестирования на экономическую эффективность лечения повторного РМЖ у больных-носителей *BRCA* мутаций учитывалась лишь возможность их более тщательного ежегодного наблюдения (МРТ + МГ). Однако в соответствии с современными зарубежными рекомендациями данной категории больных показана профилактическая контрлатеральная мастэктомия, снижающая риск развития повторного РМЖ на 90—100%. При применении данного метода профилактики затратная эффективность молекулярно-генетического мониторинга возрастет еще в большей степени.

При проведении генетического тестирования родственников (первой степени родства) больных РМЖ затраты на скрининг также увеличиваются на 70 956 руб. (расчет на 1 родственника, заболевшего РМЖ) за счет дополнительных затрат на генетическое тестирование, МРТ и дополнительные консультации врачей (табл. 4). Однако затраты на лечение РМЖ снижаются (на 330 992 руб.) при проведении генетического тестирования и последующего скрининга носителей мутаций за счет более раннего выявления заболевания и лечения на начальных стадиях.

Снижение затрат на лечение РМЖ полностью компенсирует дополнительные затраты на молекулярно-генетический мониторинг и скрининг родственников больных РМЖ, в результате чего, общие затраты снижаются на 260 035 руб. (7%) за 10 лет лечения 1 случая РМЖ у родственников больных. Кроме того, более раннее начало лечение данных больных позволяет сохранить 1,44 года жизни (LYG) и 2,70 качественной жизни (QALY).

Проведенный однофакторный анализ чувствительности показал устойчивость результатов исследования к изменению стоимости тестирования и скрининговых исследований (МРТ и МГ) в обеих субпопуляциях. Наибольшее влияние на результаты исследования оказывает такой параметр, как чувствительность МРТ + МГ в субпопуляции родственников больных. По оценкам различных авторов, чувствительность варьирует от 0,92 до 0,98. В данном исследовании использовалось среднее значение — 0,95. Тестирование родственников больных было доминирующей технологий при чувствительности МРТ + МГ от

0,95 до 0,98. В интервале значений 0,92—0,94 доминировало отсутствие тестирования. Однако тестирование самих больных РМЖ сохраняло экономическую целесообразность на всем интервале значений чувствительности МРТ и сокращение затрат на лечение данной субпопуляции компенсирует дополнительные затраты, связанные с тестированием и скринингом родственников на интервале 0,92—0,94.

Таким образом, результаты клинико-экономического анализа показали целесообразность внедрения молекулярно-генетического мониторинга в практику лечения больных РМЖ, так как применение данной технологии позволит снизить затраты бюджета здравоохранения на лечение РМЖ, а также повысит эффективность терапии за счет увеличения сохраненных лет жизни (LYG) и лет качественной жизни (QALY).

Молекулярно-генетический мониторинг является менее затратным и более эффективным, то есть является доминирующей технологией.

ЛИТЕРАТУРА

1. Злокачественные новообразования в России в 2012 г. (заболеваемость и смертность). Под ред. А.Д. Каприна, В.В. Старинского, Г.В. Петровой. М.: ФГБУ «МНИОИ им. П.А. Герцена» Минздрава России. 2014. 250 с.
2. Ягодина Р.И., Куликов А.Ю., Нгуен Т., Мусина Н.З. Фармакоэкономический анализ российского стандарта лечения рака молочной железы // Фармакоэкономика. Современная фармакоэкономика и фармакоэпидемиология. 2009. № 4. С. 29—34.
3. Воробьев П.А., Краснова Л.С., Холонья М.А. и соавт. Анализ влияния на бюджет рака молочной железы в российской федерации // Проблемы стандартизации в здравоохранении. 2014. № 11-12. С. 30—36.
4. Mavaddata N. et al. Genetic susceptibility to breast cancer // Molecular oncology. 2010. V. 4. P. 174—191.
5. Iyevleva A.G. et al. Non-founder BRCA1 mutations in Russian breast cancer patients // Cancer Letters. 2010. Vol. 298 (2). P. 258—263.
6. Anisimenko M. et al. BRCA1 gene mutations frequency estimation by allele-specific real-time PCR of pooled genomic DNA samples // Breast. 2013. Vol. 22 (4). P. 532—536.
7. Куликов А.Ю., Нгуен Т. Фармакоэкономический анализ однократно адьювантной терапии трастузумабом при HER2-положительном раке молочной железы ранней стадии // Фармакоэкономика. Современная фармакоэкономика и фармакоэпидемиология. 2010. № 4. С. 28—33.
8. Sevilla C., Moatti J.P., Julian-Reynier C., Eisinger F., Stoppa-Lyonnet D., Paillet B.B., Sobol H. Testing for BRCA1 mutations: a cost-effectiveness analysis', European Journal of Human Genetics. 2002. Vol. 10 (10). P. 599—606. doi: 10.1038/sj.ejhg.5200854
9. Antoniou A.C., Hardy R., Walker L., Evans D.G., Shenton A., Eccles R., Shanley S., Pichert G., Izatt L., Rose S., Douglas F., Eccles D., Morrison P.J., Scott J., Zimmermann R.L., Easton D.F. and Pharoah P.D. 'Predicting the likelihood of carrying a BRCA1 or BRCA2 mutation: validation of BOADICEA, BRCAPRO, IBIS, Myriad and the Manchester scoring system using data from UK genetics clinics // Journal of Medical Genetics. 2008. Vol. 45 (7). P. 425—431. doi: 10.1136/jmg.2007.056556
10. Любченко Л.Н., Батенева Е.И. Медико-генетическое консультирование и ДНК-диагностика при наследственной предрасположенности к раку молочной железы и раку яичников. Пособие для врачей, 2014.
11. Davis P.L., McCarty K.S. Sensitivity of enhanced MRI for the detection of breast cancer: new, multicentric, residual, and recurrent // European Radiology. 1997. Vol. 7 (S5). P. 289—298. doi: 10.1007/pl00006910
12. Карпова М.С., Корженкова Г.П., Любченко Л.Н. Тактика лучевой диагностики рака молочной железы у женщин с наследственной предрасположенностью // Опухоли женской репродуктивной системы. 2014. № 4. С. 29—34.
13. Kuhl C.K., Schrading S., Leutner C.C. et al. Mammography, breast ultrasound, and magnetic resonance imaging for surveillance of women at high familial risk for breast cancer // J. Clin. Oncol. 2005. Vol. 23 (33). P. 8469—76.
14. Schousboe J.T., Kerlikowske K., Loh A., Cummings S.R. Personalizing mammography by breast cancer density and other risk factors for breast cancer: analysis of health benefits and cost-effectiveness // Annals of Internal Medicine. 2011. Vol. 155. P. 10—20.

СРОЧНО В НОМЕР

РЕПРОДУКТИВНОЕ ПОВЕДЕНИЕ ЖЕНЩИН ЧЕЧЕНСКОЙ РЕСПУБЛИКИ И ФАКТОРЫ, ЕГО ОПРЕДЕЛЯЮЩИЕ

А.С. Гараева¹

*Первый Московский государственный медицинский университет
им. И.М. Сеченова*

Репродуктивное поведение женщин во многом определяется особенностями их национального менталитета, обычаями, традициями. Представлены данные, характеризующие репродуктивное поведение женщин Чеченской Республики и его влияние на демографическую ситуацию в регионе.

Ключевые слова: репродуктивное здоровье, региональные особенности

Различные национальные, культурные и религиозные традиции опираются на систему этических ценностей. Их взаимосвязь с отношением к здоровью на индивидуальном уровне имеет сильные отличия в разных регионах. Этические факторы являются неотъемлемым компонентом планирования семьи. Чеченцы имеют многовековую историю и в значительной степени сохранили традиционный уклад жизни и нормы демографического поведения, что нашло свое отражение в национальной культуре. Изучение национальных традиций чеченцев позволило выявить, что семья была и остается основным социальным институтом этого народа. Они в большей степени сохранили традиционный уклад жизни и нормы демографического поведения [5], что отражается в традициях по воспитанию детей раннего возраста. В настоящее время в Чеченской Республике сложилась благоприятная

демографическая ситуация, в связи с этим большое значение имеет численный состав семьи.

Цель исследования: оценить репродуктивное поведение женщин Чеченской Республики.

Исследование проводилось с помощью социологического опроса женщин фертильного возраста. В ходе опроса получено и проанализировано 3600 анкет. В социологическом исследовании приняли участие женщины, проживающие в г. Грозном и сельских муниципальных районах в возрасте от 15 до 59 лет. Респонденты в возрасте 15—19 лет составили 7,5%, 20—24 лет — 22,1%, 25—29 лет — 23,2%, 30—34 лет — 19,4%, 35—39 лет — 12%, 40—44 лет — 5,7%, 45—49 лет — 5,2% и 50—59 лет — 4,9%. Таким образом, большая часть женщин (84,2%) была в активном репродуктивном возрасте. Среди респондентов жительницы города составили 59,2%, жительницы села — 40,8%.

По уровню образования респонденты распределились следующим образом: высшее образование имели 20,3% женщин, средне-специальное — 30,9%, среднее — 46%, начальное — 1,5% и не указали уровень образования — 1,3%. Наибольшая доля женщин со среднеспециаль-

¹ Гараева Амнат Султановна — канд. мед. наук, доцент кафедры общественного здоровья и здравоохранения им. Н.А. Семашко; Москва, 119021, Б. Пироговская, 2; тел. (499) 248-72-88.

ным образованием в возрасте 25—39 лет (от 42,9 до 46,6%), с высшим образованием в возрасте 40—44 лет и старше (45,4%). Полученные данные свидетельствуют о том, что женщины Чеченской Республики имеют достаточно высокий уровень образования.

В среднем каждая семья состояла из $5,01 \pm 0,03$ человек. Причем в сельских районах семьи были более многочисленными, чем в городах. Так, каждая сельская семья имела в среднем $3,2 \pm 0,4$ человека, а каждая городская семья — $2,8 \pm 0,2$ человека. Выявлена достоверная прямая корреляционная связь численности семьи и места проживания (коэффициент корреляции Спирмена $r = 0,07$, $p < 0,05$).

В Чеченской Республике ежегодно от числа зарегистрированных беременностей роды составляют в среднем 86%, внематочная беременность — 7%, самопроизвольные выкидыши — 8%. Эти данные свидетельствуют о благоприятном характере реализации репродуктивной функции женщин и подтверждают необходимость исследований основных причин такого репродуктивного поведения.

Основой репродуктивного поведения женщины и ее семьи является установка на деторождение. Анкетирование женщин фертильного возраста различных районов Республики показало, что 81,4% женщин имели детей. Одного ребенка имели 3,1% женщин, двух — 14,6%, трех — 33,9%, четырех — 26,3%, пять и более — 22,1%, что соответствует расширенному воспроизводству, т.е. репродуктивную установку с расширенным воспроизводством имели 82,3% семей. В среднем на одну семью приходилось $3,1 \pm 0,02$ ребенка, что выше средних показателей по Российской Федерации (1,41).

Наибольшее среднее количество детей на одну семью было характерно для сельских муниципальных регионов (4,6), что намного больше, чем у городских (2,9). При определении детей в зависимости от возраста женщины подсчитано, что наибольшее количество числа детей в семье было у женщин возраста 45—49 лет. Среднее число детей у них составляло $4,4 \pm 0,1$, а наименьшее — в возрасте 15—19 лет ($0,5 \pm 0,04$). В наиболее активном репродуктивном возрасте 20—29 лет, на который приходится наибольший удельный вес живорождений, в среднем на одну женщину 20—24 лет приходилось $1,7 \pm 0,02$ ребенка, а в возрастной групп 25—29 лет на каждую женщину приходилось по $2,8 \pm 0,03$ ребенка.

Потребность в полной реализации материнства и отцовства зависит от условий жизни, которые во многом определяются социально-экономической ситуацией. Об этом свидетельствует тенденция снижения рождаемости в течение последних десяти лет в Российской Федерации. Выявлена очень слабая обратная корреляция между количеством детей в семье и доходом (коэффициент корреляции Пирсона ($r = -0,099$, $p < 0,05$)).

Большее количество детей было у респондентов с низким доходом, особенно в сельской местности. Для всех районов преобладающими факторами ограничения рождаемости является состояние здоровья.

Выявлена корреляционная взаимосвязь между причинами ограничения рождаемости и возрастом женщины: достаточное количество детей — слабая, прямая ($r = 0,246$, $p < 0,01$), состояние здоровья — слабая, прямая ($r = 0,226$, $p < 0,01$), жилищные проблемы — очень слабая, прямая ($r = 0,062$, $p < 0,01$), неуверенность в будущем — связь слабая, прямая ($r = 0,034$, $p < 0,05$), бесплодие-корреляционная связь с возрастом очень слабая, прямая ($r = 0,082$, $p < 0,01$) и другие причины — связь слабая, прямая, ($r = 0,172$, $p < 0,01$). Не выявлено корреляционной связи между страхом перед родами и возрастом.

Внутрисемейные отношения напрямую влияют на мнение женщин о числе детей в семье и деторождении. Показано, что 78,3% женщин имели хорошие внутрисемейные отношения, 21,7% затруднились ответить.

Женщины, у которых внутрисемейные отношения были хорошие, ориентированы на рождение детей в будущем в 61,3% случаев. Кроме социальных факторов, на репродуктивное поведение женщин влияет их убеждение о воздействии на здоровье рождение ребенка. Так, 58,6% женщин считают, что для ее здоровья не иметь детей вредно, 12,4% женщин придерживаются взгляда о том, что рождение детей не влияет на здоровье, 8,4% — полезно отсутствие детей, а 20,7% ответили, что не знают. Несмотря на то что среднее количество детей в семье равняется $4,01 \pm 0,02$, чеченские женщины ориентированы на большее количество детей (таблица).

Желаемое количество детей для женщин оказалось следующим: один ребенок — 30,2%, два — 38,7%, три — 19,4%, т.е. большинство женщин (58,1%) желают, чтобы в современной семье бы-

ло 2—3 ребенка, 9,9% — чтобы было 4—5 детей, а более 5 детей — желают только 1,8% женщин.

Установлена прямая корреляция между планированием детей в будущем и возрастом ($r = 0,393$, $p < 0,01$). Наибольший удельный вес планирующих в будущем детей составляли женщины возрастной группы 20—24 года (73,7%), в возрастной группе 15—19 лет (72,4%) и 25—29 года (68, %), т.е. в возрасте 15—29 лет более 70% женщин планируют иметь детей. Поэтому важно оказывать социальную поддержку и стимулирование рождаемости женщинам молодого возраста 19—29 лет, тем более это наиболее благоприятный возраст для репродуктивной функции.

Подавляющее большинство респондентов (94,2%) положительно оценили наличие ребенка как связующего фактора в семье. Если большинство женщин отметили, что ребенок необходим для полноценной семьи, то 2% женщин дали отрицательный ответ, а 5,5% затруднились с ответом. Многие респонденты (72%) считают необходимой материальную поддержку со стороны государства, направленную на поддержку молодых семей, многодетных и малообеспеченных семей.

Настроены на увеличение рождаемости при дополнительной поддержке государства жительницы как сельских муниципальных районов, так и городов (78,8 и 77,3% соответственно).

В современных условиях в Чеченской Республике имеет место негативное отношение к абортам как методу регулирования рождаемости. Анализ структуры реализации репродуктивной функции чеченских женщин в течение жизни показал, что 47,1% опрошенных имели в течение жизни незапланированные беременности, из них

одна незапланированная беременность была у 48,4%, две — 23,2%, три — 12,1%, четыре и более незапланированных беременностей имели 5,4% женщин. Среднее число незапланированных беременностей у женщин, проживающих в городе, составило $0,85 \pm 0,02$, в сельской местности — $0,78 \pm 0,05$ ($p < 0,05$). Самый высокий уровень незапланированной беременности имели женщины, проживающие в г. Грозном (62,1%) и районных центрах (48,8%). В среднем на одну женщину фертильного возраста в республике приходится $1,03 \pm 0,02$ незапланированных беременностей. При среднем числе беременностей на одну женщину $4,5 \pm 0,03$ по Республике, $1,03 \pm 0,02$ беременность незапланированная. Исход всех незапланированных беременностей в течение жизни женщины фертильного возраста закончился родами в 71% случаев, внематочной беременностью — в 2,7% случая и мертворождением в 2,6% случая.

Основными причинами ограничения рождаемости являются социально-экономические проблемы, ведущее место среди которых занимают плохое состояние здоровья (15,3%) и неуверенность в будущем (6,9%). Вместе с тем репродуктивное поведение женщин в Чеченской Республике не ориентировано на ограничение рождаемости, что обеспечивает благоприятный прогноз на будущее демографической ситуации.

Для уменьшения незапланированных беременностей учреждениям здравоохранения необходимо проводить работу по улучшению информированности населения о современных средствах контрацепции, развивать и расширять сеть учреждений планирования семьи.

ЛИТЕРАТУРА

1. Арсанукаева М.С. Динамика и проблемы рождаемости в Чеченской Республике // Чеченская республика и чеченцы. История и современность: 19. Материалы. Всеросс. научн. конф. /Отв. ред. Х.И. Ибрагимов, В.А. Тишков. М.: Наука, 2006. С. 506—514.
2. Далгат Б.К. Первобытная религия чеченцев и ингушей. — М.: Наука, 2004. — 239 с.
3. Далгат Б.К. Родовой быт и обычное право чеченцев и ингушей: исследования и материалы 1892—1894 гг. М.: ИМЛИ РАН, 2008. — 380 с.
4. Измеров Н.Ф., Тихонова Г.И., Яковлева П.П. Современная медико-демографическая ситуация в России // Медицина труда и промышленная экология. 2005. № 5. С. 1—8.
5. Тишков В.А. Общество в вооруженном конфликте: Этнография чеченской войны. М.: Наука, 2001. 551 с.

Мнение женщин о количестве детей в семье в Чеченской республике, в зависимости от места проживания, %

Количество детей в семье	Город	Сельская местность	Всего
Один	42,4	2,9	30,2
Два	34,1	28,0	38,7
Три	13,8	35,3	19,4
Четыре	6,2	22,2	7,5
Пять	2,1	7,9	2,4
Более пяти	1,4	2,4	1,8
Не знаю	—	1,2	—
Итого	100	100	100

SUMMARY

**LEGISLATIVE ISSUES OF PROGRAM
OF SUPPLY OF OF ESSENTIAL DRUGS**

M.N. Burtseva, O.A. Nagibin, V.N. Dembrovskiy

*The Ministry of Health of the Republic of Yakutia (Sakha), Department of Medicinal Maintenance of the Population and Medical Technology
First Moscow State Medical University
named after I.M. Sechenov
Polyclinic № 2, Ryazan*

The problems of legal regulation of additional free medical care, that provides the necessary medicines, which are prescribed by doctors are analysed.

Keywords: additional free medical care, additional drug provision (program ONLP), legal regulation, social support measures

**THE RESULTS OF THE IMPLEMENTATION
OF THE PILOT PROJECT ON INTRODUCTION
OF THE QUALITY STANDARD
FOR THE MANAGEMENT OF THE PUBLIC
INSTITUTIONS OF THE CITY OF MOSCOW**

**N.N. Potekayev, Y.O. Antipova, A.A. Saitgareeva,
S.S. Budarin, O.A. Volkova**

*The Department of health of Moscow
Scientific Research Institute of Healthcare Organization
and Medical Management Moscow Department
of Healthcare*

In the article the questions of increase of management efficiency are considered by resources in public institutions of city of Moscow. A brief review of the results of the pilot project on the introduction of Quality standard of resource management in institutions subordinated to the Department of Health in Moscow.

Keywords: health care, quality standard of resource management, pilot project, resource management area, indicator

**TECHNOLOGIZING AND STANDARDIZATION
IN HEALTHCARE**

**Estuardo H. Vasquez Abanto,
Abanto Anna E. Vasquez, Vasquez Susan Arellano**

*Center primary health care number 2, Kyiv, Ukraine
Kyiv City Clinical Hospital № 8, Kyiv, Ukraine*

*University of San Pedro, Training and Professional
Division of Medical Technologies, Chimbote, Peru*

Technologisation and standardization in the management of health care today are the basis of ensuring the availability of quality health services to the public, subject to its feasibility. Probably, processes of technologizing and standardization are the best attribute of the bureaucratic style of management. They can significantly regulate the medical activities and in a sense confirm the effectiveness of health care, but because of this oen shouldn't give up on medicine as an art, which is tailored to the individual (with respect to both the patient and the doctor) and is often forced to move away from such regulation.

Keywords: technologisation, standardization, health management

**PRACTICAL EXPERIENCE IN DEVELOPING
PROFESSIONAL STANDARDS FOR NURSES
OF STRUCTURAL SUBDIVISIONS
(AT THE EXAMPLE PHYSIOTHERAPY
DEPARTMENT)**

Y.V. Burkovskaya, N.N. Kamynina

*First Moscow State Medical University
named after I.M. Sechenov*

The experience of creating professional standards nurse structural unit (physiotherapy) is analyzed.

Keywords: professional standards, nurse, physiotherapy, type of professional activity, generalized labor function

**SOME FEATURES OF HEALTH
DEMOGRAPHIC PROCESSES
IN THE CHECHEN REPUBLIC**

G.S. Shestakov, A.S. Garaeva

*First Moscow State Medical University
named after I.M. Sechenov*

The data characterizing the medical and demographic processes in one of the North Caucasus regions of the Russian Federation that are different from the processes in the whole country.

Keywords: medical and demographic processes, regional characteristics

EVALUATION OF PHARMACOPUNCTURE BIOMATERIALS OF «ALLOPLANT» IN THE TREATMENT OF OTITIS MEDIA WITH EFFUSION

Z.M. Mirhaydarova, R.S. Mirhaydarov, R.N. Kildibekova, L.R. Mingazova

Research medical-health center «Health and Longevity», Bashkir State Medical University, Russian Ministry of Health, Republic of Bashkortostan, Ufa

Results of treatment of patients with secretory otitis media showed that the use of biomaterial pharmacopuncture «Alloplant» in the treatment contributes to an earlier recovery ventilation function of the auditory tube and the normalization of the local immunity that prevents the development of timpanofibrosis of middle ear.

Keywords: otitis media with effusion, pharmacopuncture, biomaterial «Alloplant».

CLINICAL AND ECONOMIC ANALYSIS OF INTRODUCTION OF MOLECULAR GENETIC MONITORING IN MODERN PRACTICE IN DIAGNOSIS AND TREATMENT OF BREAST CANCER

N.Z. Musina, S.P. Kovalenko, O.M. Korzinov

Moscow Institute of Physics and Technology (State University), Laboratory of Management of Development Programs and Projects in the field of living systems, Moscow

The cost-effectiveness of implementation of molecular genetic monitoring of all patients with breast cancer, followed by the identification of their relatives carriers of the mutation, allowing for the screening events in carriers of mutations with no signs of the disease for the early detection of breast cancer, as well as to detect at an earlier stage recurrence of breast cancer patients, was assessed. The study showed that during the genetic testing of patients with

breast cancer screening costs have increased by 70.334 rubles (calculation by 1 patient with repeated breast cancer), due to additional costs for genetic testing, MRI and additional medical consultations. However, the costs of treatment of patients with repeated breast cancer have significantly reduced (to 629 623 rubles.) due to earlier detection of the disease and treatment in the initial stages. In carrying out genetic testing of relatives (first-degree relatives) patients with breast cancer screening costs have also increased by 70 956 rubles (calculation by 1 family member ill with breast cancer). However, the cost of treatment of breast cancer is reduced (to 330 992 rubles.) For carrying out genetic testing and subsequent screening of carriers of mutations due to earlier detection of the disease and treatment in the initial stages. Clinical and economic analysis has shown the feasibility of molecular genetic monitoring in practice treating patients with breast cancer, since the use of this technology will reduce the cost of the health budget on the treatment of breast cancer, as well as increase the efficiency of therapy.

Keywords: hereditary forms of breast cancer, breast cancer, clinical and economic analysis, «cost-benefit» analysis, «cost-utility» analysis, a decision tree, Markov model, diagnosis of breast cancer

REPRODUCTIVE BEHAVIOR OF WOMEN CHECHEN REPUBLIC AND FACTORS THAT DETERMINE IT

A.S. Garaeva

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

Reproductive behavior of women is largely determined by the peculiarities of national mentality of women, customs and traditions. The article presents data characterizing the reproductive behavior of the women of the Chechen Republic and its impact on the demographic situation in the region.

Keywords: reproductive health, regional characteristics

СОДЕРЖАНИЕ — CONTENTS

ОБЩИЕ ВОПРОСЫ СТАНДАРТИЗАЦИИ

ЗАКОНОДАТЕЛЬНЫЕ ПРОБЛЕМЫ РЕАЛИЗАЦИИ
ПРОГРАММЫ ОБЕСПЕЧЕНИЯ НЕОБХОДИМЫМИ
ЛЕКАРСТВЕННЫМИ ПРЕПАРАТАМИ

М.Н. Бурцева, О.А. Нагибин, В.Н. Дембровский 3

GENERAL STANDARDIZATION PROBLEMS

LEGISLATIVE ISSUES
OF PROGRAM OF SUPPLY
OF ESSENTIAL DRUGS

M.N. Burtseva, O.A. Nagibin, V.N. Dembrovskiy 3

ОПЫТ ПРАКТИЧЕСКОЙ СТАНДАРТИЗАЦИИ

ИТОГИ РЕАЛИЗАЦИИ ПИЛОТНОГО ПРОЕКТА
ПО ВНЕДРЕНИЮ СТАНДАРТА КАЧЕСТВА
УПРАВЛЕНИЯ РЕСУРСАМИ
В ГОСУДАРСТВЕННЫХ УЧРЕЖДЕНИЯХ
г. МОСКВЫ

Н.Н. Потекаев, Ю.О. Антипова, А.А. Сaitгареева,
С.С. Бударин, О.А. Волкова 9

PRACTICAL STANDARDIZATION

THE RESULTS OF THE IMPLEMENTATION
OF THE PILOT PROJECT ON INTRODUCTION
OF THE QUALITY STANDARD FOR THE MANAGEMENT
OF THE PUBLIC INSTITUTIONS OF THE CITY
OF MOSCOW

N.N. Potekayev, Y.O. Antipova, A.A. Saitgareeva,
S.S. Budarin, O.A. Volkova 9

ТЕХНОЛОГИЗАЦИЯ И СТАНДАРТИЗАЦИЯ
В ЗДРАВООХРАНЕНИИ

Васкес Абанто Х. Эстуардо,
Васкес Абанто Анна Эстуардовна,
Арельяно Васкес Сусан 19

TECHNOLOGIZING AND STANDARDIZATION
IN HEALTHCARE

Estuardo H. Vasquez Abanto,
Abanto Anna E. Vasquez,
Vasquez Susan Arellano 19

ПРАКТИЧЕСКИЙ ОПЫТ РАЗРАБОТКИ
ПРОФЕССИОНАЛЬНОГО СТАНДАРТА
ДЕЯТЕЛЬНОСТИ МЕДИЦИНСКОЙ СЕСТРЫ
СТРУКТУРНОГО ПОДРАЗДЕЛЕНИЯ
(НА ПРИМЕРЕ ОТДЕЛЕНИЯ ФИЗИОТЕРАПИИ)

Ю.В. Бурковская, Н.Н. Камынина 24

PRACTICAL EXPERIENCE IN DEVELOPING
PROFESSIONAL STANDARDS FOR NURSES
OF STRUCTURAL SUBDIVISIONS
(AT THE EXAMPLE PHYSIOTHERAPY
DEPARTMENT)

Y.V. Burkovskaya, N.N. Kamynina 24

НЕКОТОРЫЕ ОСОБЕННОСТИ
МЕДИКО-ДЕМОГРАФИЧЕСКИХ ПРОЦЕССОВ
В ЧЕЧЕНСКОЙ РЕСПУБЛИКЕ

Г.С. Шестаков, А.С. Гараева 29

SOME FEATURES OF HEALTH
DEMOGRAPHIC PROCESSES
IN THE CHECHEN REPUBLIC

G.S. Shestakov, A.S. Garaeva 29

**БЮЛЛЕТЕНЬ КЛИНИКО-ЭКОНОМИЧЕСКОГО
АНАЛИЗА**

ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ФАРМАКОПУНКТУРЫ
БИОМАТЕРИАЛОМ «АЛЛОПЛАНТ» В ЛЕЧЕНИИ
ЭКССУДАТИВНОГО СРЕДНЕГО ОТИТА

З.М. Мирхайдарова, Р.Ш. Мирхайдаров,
Р.Н. Кильдебекова, Л.Р. Мингазова 35

КЛИНИКО-ЭКОНОМИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ ВНЕДРЕНИЯ
МОЛЕКУЛЯРНО-ГЕНЕТИЧЕСКОГО МОНИТОРИНГА
В СОВРЕМЕННУЮ ПРАКТИКУ ДИАГНОСТИКИ
И ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ РАКОМ МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Н.З. Мусина, С.П. Коваленко, О.М. Корзинов 39

СРОЧНО В НОМЕР

РЕПРОДУКТИВНОЕ ПОВЕДЕНИЕ ЖЕНЩИН
ЧЕЧЕНСКОЙ РЕСПУБЛИКИ И ФАКТОРЫ,
ЕГО ОПРЕДЕЛЯЮЩИЕ

А.С. Гараева 46

**КРАТКОЕ СОДЕРЖАНИЕ СТАТЕЙ
НА АНГЛИЙСКОМ ЯЗЫКЕ** 49

**CLINICO-ECONOMICAL ANALYSIS
BULLETIN**

EVALUATION OF PHARMACOPUNCTURE
BIOMATERIALS OF «ALLOPLANT» IN THE TREATMENT
OF OTITIS MEDIA WITH EFFUSION

Z.M. Mirhaydarova, R.S. Mirhaydarov, R.N. Kildibekova,
L.R. Mingazova 35

CLINICAL AND ECONOMIC ANALYSIS
OF INTRODUCTION OF MOLECULAR GENETIC
MONITORING IN MODERN PRACTICE IN DIAGNOSIS
AND TREATMENT OF BREAST CANCER

N.Z. Musina, S.P. Kovalenko, O.M. Korzinov 39

URGENT PUBLICATION

REPRODUCTIVE BEHAVIOR
OF WOMEN CHECHEN REPUBLIC
AND FACTORS THAT DETERMINE IT

A.S. Garaeva 46

SUMMARY 49