

Журнал для эффективных управляющих
системы здравоохранения



Журнал включен в Перечень рецензируемых
научных изданий ВАК
по группе специальностей 14.02.00 –
профилактическая медицина,
включающей следующие специальности:

14.02.01 – Гигиена

14.02.02 – Эпидемиология

14.02.03 – Общественное здоровье
и здравоохранение

14.02.04 – Медицина труда

14.02.05 – Социология медицины

14.02.06 – Медико-социальная экспертиза
и медико-социальная
реабилитация

WWW.IDMZ.RU WWW.IDMZ.RU WWW.IDMZ.RU WWW.IDMZ.RU WWW.IDMZ.RU

Менеджер здравоохранения

№7
2016

Главный редактор:

СТАРОДУБОВ Владимир Иванович,
д.м.н., профессор, академик РАН, директор ФГБУ «ЦНИИОИЗ» Минздрава
России, представитель России в Исполнительном Комитете ВОЗ

Шеф-редактор:

КУРАКОВА Наталья Глебовна,
д.б.н., заведующим научно-технологического прогнозирования ФГБУ
«ЦНИИОИЗ» Минздрава России

Заместитель главного редактора:

КАДЫРОВ Фарит Накипович,
д.э.н., профессор, заместитель директора ФГБУ «ЦНИИОИЗ» Минздрава России

Редакционная коллегия:

КАКОРИНА Екатерина Петровна,
д.м.н., профессор, директор Департамента мониторинга,
анализа и стратегического развития здравоохранения
Министерства здравоохранения РФ

В номере:

МЕНЕДЖМЕНТ В ЗДРАВООХРАНЕНИИ

Деятельность дневных стационаров в Российской Федерации в 2000–2014 годах

И.М. Сон, В.А. Евдаков, С.И. Шляфер,
А.Ш. Сененко, Ю.Ю. Мельников

6–19

Методология создания и использования клинико-экономических симуляторов для лиц, принимающих решения на примере нейроэндокринных опухолей ЖКТ и поджелудочной железы

О.В. Зеленова, Е.А. Крекнина,
В.В. Жилина, Н.В. Белякова

20–28

Проблемы формирования здоровья женщин-матерей и их потомства в современной России

И.С. Цыбульская, Э.Р. Низамова

29–45

ЭКОНОМИКА ЗДОРОВЬЯ

Анализ показателей смертности в группах регионов с разным уровнем социально-экономического развития

В.В. Третьяков, И.В. Самородская, С.А. Бойцов

46–56

МИХАЙЛОВА Юлия Васильевна,
д.м.н., профессор, заместитель директора ФГБУ «ЦНИИОИЗ» Минздрава России

ПИВЕНЬ Дмитрий Валентинович,
д.м.н., профессор, эксперт по вопросам нормативно-правового регулирования деятельности здравоохранения

ШЕЙМАН Игорь Михайлович,
профессор Высшей школы экономики, руководитель экспертной группы по реформированию здравоохранения Центра стратегических разработок

ФЛЕК Виталий Олегович,
д.м.н., профессор, заведующий кафедрой управления и экономики здравоохранения и системы обязательного медицинского страхования Института развития дополнительного профессионального образования Министерства образования Российской Федерации

УЛУМБЕКОВА Гузель Эрнестовна,
председатель правления Ассоциации медицинских обществ по качеству

ЗАРУБЕЖНЫЙ ОПЫТ

Зарубежный и российский опыт управления кадровыми ресурсами в здравоохранении: структура «прочего» или «вспомогательного» персонала

Е.А. Тарасенко

57-64

КОНСУЛЬТИРУЕТ МЗ

Возможности использования средств ОМС для финансирования лекарственного обеспечения при оказании медицинской помощи больным редкими заболеваниями

*А.А. Соколов, О.Ю. Александрова,
Ф.Н. Кадыров, Н.В. Косякова,*

65-78

ВОПРОСЫ И ОТВЕТЫ

На вопросы отвечает д.э.н. Ф.Н. Кадыров

79-81

«МЕНЕДЖЕР ЗДРАВООХРАНЕНИЯ»

Свидетельство о регистрации
№ 77-15481 от 20 мая 2003 года

Издается с 2004 года

Читатели могут принять участие в обсуждении статей, опубликованных в журнале «Менеджер здравоохранения», и направить актуальные вопросы на горячую линию редакции.

Журнал зарегистрирован Министерством Российской Федерации по делам печати, телерадиовещания и средств массовых коммуникаций. Товарный знак и название «Менеджер здравоохранения» являются исключительной собственностью ООО Издательский дом «Менеджер здравоохранения». Авторы опубликованных материалов несут ответственность за подбор и точность приведенных фактов, цитат, статистических данных и прочих сведений, а также за то, что в материалах не содержится данных, не подлежащих открытой публикации.

Материалы рецензируются редакционной коллегией.

Мнение редакции может не совпадать с мнением автора. Перепечатка текстов без разрешения журнала «Менеджер здравоохранения» запрещена. При цитировании материалов ссылка на журнал обязательна.

За содержание рекламы ответственность несет рекламодатель.

Учредитель — ООО Издательский дом «Менеджер здравоохранения»
Издатель — ООО Издательский дом «Менеджер здравоохранения»

Адрес издателя и редакции:

127254, г. Москва, ул. Добролюбова, д. 11
idmz@mednet.ru
(495) 618-07-92

Главный редактор:

академик РАН,
профессор В.И. Стародубов
idmz@mednet.ru

Зам. главного редактора:

д.э.н. Ф.Н. Кадыров
kadyrov@mednet.ru

Шеф-редактор:

д.б.н. Н.Г. Куракова
kurakov.s@relcom.ru

Директор отдела распространения и развития:

к.б.н. Л.А. Цветкова
(495) 618-07-92
idmz@mednet.ru, idmz@yandex.ru

Автор дизайн-макета:

А.Д. Пугаченко

Компьютерная верстка и дизайн:

ООО «Допечатные технологии»

Литературный редактор:

Т.Н. Сайкина

Подписные индексы:

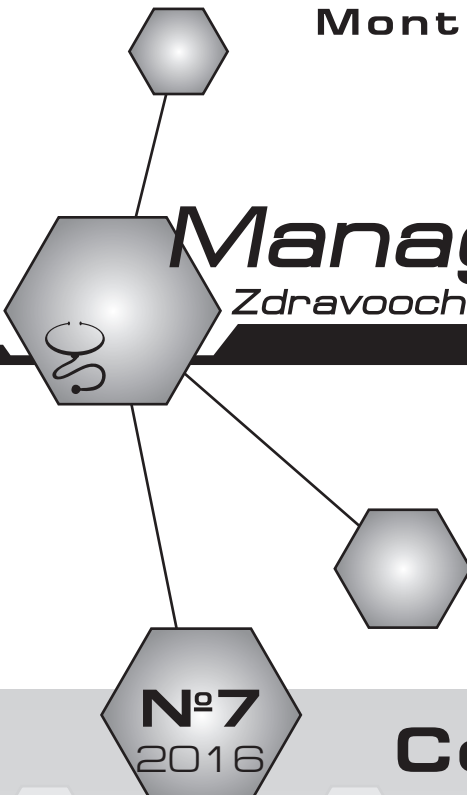
Каталог агентства «Роспечать»
Годовая — **20102**
Полугодовая — **82614**

Отпечатано в ООО
«Красногорская типография»:
143405, Московская обл.,
Красногорский р-н, г. Красногорск,
Коммунальный кв-л, д. 2
Тел. (495) 562-04-33

Дата выхода в свет 01 сентября 2016 г.
Общий тираж 2000 экз. Цена свободная.

© ООО Издательский дом
«Менеджер здравоохранения»

Monthly scientific journal



Manager

Zdravoochranenia

*Все публикации журнала
индексируются в
информационно-аналитической
системе Российского индекса
научного цитирования*

**Ваши статьи достойны
цитирования в российском
профессиональном
сообществе...**

Nº7
2016

Contents:

MANAGEMENT IN HEALTH CARE

The activities of day hospitals in the Russian Federation in 2000–2014

*I.M. Son, V.A. Evdakov, S.I. Shlyafer,
A.Sh. Senenko, Yu. Yu Melnikov*

6-19

Methodology of creation and using of clinicoeconomic simulator for decision-makers by the example of GEP nets and pNETs

O.V. Zelenova, E.A. Kreknina, V.V. Zhilina, N.V. Belyakova

20-28

Problems of formation of health of mothers and their offspring in modern Russia

I.S. Tsybul'skaya, E.R. Nizamova

29-45

ECONOMICS OF HEALTH

Analysis of mortality rates in the groups of regions with different levels of socio-economic development

V.V. Tret'yakov, I.V. Samorodskaya, S.A. Boytsov

46-56

**Ваши статьи достойны
цитирования в российском
профессиональном
сообществе...**

FOREIGN EXPERIENCE

**Foreign and Russian experience in healthcare
human resources management: the structure
of «other» or «allied» personnel**

E.A. Tarasenko

57-64

MANAGER OF HEALTH CARE CONSULTS

**The possibilities of use of OSDs funds financing
for the drug supply in the provision of medical care
for patients with rare diseases**

*A.A. Sokolov, O.Yu. Aleksandrova,
F.N. Kadyrov, N. Kosyakova*

65-78

QUESTIONS AND ANSWERS

Questions answered by PhD. of Economic F.N. Kadyrov

79-81



И.М. Сон,

д.м.н., профессор, заместитель директора по научной работе, Федеральное государственное бюджетное учреждение «Центральный научно-исследовательский институт организации и информатизации здравоохранения» Министерства здравоохранения Российской Федерации, г. Москва, Россия, son@mednet.ru

В.А. Евдаков,

д.м.н., профессор, заведующий отделением научных основ организации амбулаторной помощи, Федеральное государственное бюджетное учреждение «Центральный научно-исследовательский институт организации и информатизации здравоохранения» Министерства здравоохранения Российской Федерации, г. Москва, Россия, evdakov41@mail.ru

С.И. Шляфер,

д.м.н., заведующая отделением организации планирования и управления научными исследованиями, Федеральное государственное бюджетное учреждение «Центральный научно-исследовательский институт организации и информатизации здравоохранения» Министерства здравоохранения Российской Федерации, г. Москва, Россия, sofy@yandex.ru

А.Ш. Сененко,

к.м.н., заведующая отделением анализа кадрового обеспечения в здравоохранении, Федеральное государственное бюджетное учреждение «Центральный научно-исследовательский институт организации и информатизации здравоохранения» Министерства здравоохранения Российской Федерации, г. Москва, Россия, senenko@mednet.ru

Ю.Ю. Мельников,

к.м.н., ведущий научный сотрудник отделения научных основ организации амбулаторной помощи, Федеральное государственное бюджетное учреждение «Центральный научно-исследовательский институт организации и информатизации здравоохранения» Министерства здравоохранения Российской Федерации, г. Москва, Россия, melnikoff16@mail.ru

ДЕЯТЕЛЬНОСТЬ ДНЕВНЫХ СТАЦИОНАРОВ В РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ В 2000–2014 ГОДАХ

УДК 614.2

Сон И.М., Евдаков В.А., Шляфер С.И., Сененко А.Ш., Мельников Ю.Ю. *Деятельность дневных стационаров в Российской Федерации в 2000–2014 годах* (Федеральное государственное бюджетное учреждение «Центральный научно-исследовательский институт организации и информатизации здравоохранения» Министерства здравоохранения Российской Федерации, г. Москва, Россия)

Аннотация. В статье проанализированы нормативно-правовые документы, которые регламентируют работу дневных стационаров в Российской Федерации с конца 90-х годов XX века по настоящее время. Представлен анализ показателей деятельности дневных стационаров в медицинских организациях, оказывающих медицинскую помощь в амбулаторных и стационарных условиях в стране в 2000–2014 годах. Отмечен рост коечного фонда дневных стационаров в 2,3 раза, который в основном обеспечен за счет увеличения койко-мест в дневных стационарах медицинских организаций, оказывающих помощь в амбулаторных условиях. Проведена оценка использования коечного фонда круглосуточного стационаров за 15 лет. За изучаемый период число коек в круглосуточных стационарах сократилось на 27,7%, число выписанных пациентов практически не изменилось, что связано

© И.М. Сон, В.А. Евдаков, С.И. Шляфер, А.Ш. Сененко, Ю.Ю. Мельников, 2016 г.



с интенсивностью работы коек. Показано сравнение числа лиц, прошедших лечение в дневных стационарах и стационарах круглосуточного пребывания. В общем числе пациентов, прошедших лечение в дневных стационарах и стационарах круглосуточного пребывания, доля пациентов, пролеченных в круглосуточных стационарах, снизилась с 92,5 до 80,3%, доля пациентов, пролеченных в дневных стационарах, возросла с 7,5 до 19,7%.

Ключевые слова: дневной стационар; больничные организации; медицинские организации, оказывающие помощь в амбулаторных условиях; койко-места; средняя длительность лечения; средняя занятость койки в году; оборот (функция) койки.

Введение

В конце 90-х годов прошлого столетия в системе организации стационарной помощи в Российской Федерации, на оказание которой уходило до 80% всех финансовых ресурсов здравоохранения, накопились определенные проблемы. Несмотря на интенсивное сокращение числа коек в круглосуточных стационарах, уровень обеспеченности населения страны больничными койками продолжал оставаться высоким, а эффективность их использования была неудовлетворительной: по некоторым профилям до 50% пациентов госпитализировались необоснованно, оставались значительными сроки обследования и лечения больных, применялись устаревшие технологии лечебно-диагностического процесса и др. Такая ситуация сложилась в связи с низкой эффективностью профилактической работы в первичном звене здравоохранения, отсутствием системы амбулаторного долечивания, слабой развитостью системы реабилитации на амбулаторном этапе, несовершенством организации службы скорой медицинской помощи и др. [1]

В Концепции развития здравоохранения и медицинской науки в Российской Федерации (1997 г.) в числе основных направлений совершенствования организации медицинской помощи определено «...развитие первичной медико-санитарной помощи, перераспределение части объемов помощи из стационарного сектора в амбулаторный», а в задачах первого этапа реализации Концепции (1997–2000 годы) – проведение реструктуризации стационарной помощи с одновременным развитием амбулаторно-поликлинических учреждений и созданием в них дневных стационаров и стационаров на дому [2].

Заложенное в Концепции положение об организации дневных стационаров (далее – ДС) получило дальнейшее развитие. В настоящее время деятельность ДС регламентируется рядом нормативно-правовых документов.

Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации № 438 от 9 декабря 1999 г. «Об организации деятельности дневных стационаров в лечебно-профилактических учреждениях» конкретизировал функции дневных стационаров:

- проведение комплексных профилактических и оздоровительных мероприятий лицам из группы риска повышенной заболеваемости, а также длительно и часто болеющим;
- подбор адекватной терапии больным с впервые установленным диагнозом заболевания или хроническим больным при изменении степени тяжести заболевания;





- проведение комплексного курсового лечения с применением современных медицинских технологий больным, не требующим круглосуточного медицинского наблюдения;
- осуществление реабилитационного и оздоровительного комплексного курсового лечения больных и инвалидов, беременных женщин;
- проведение экспертизы состояния здоровья, степени утраты трудоспособности граждан и решение вопроса о направлении на медико-социальную экспертизу [1].

Приказ Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации № 543н от 15 мая 2012 г. «Об утверждении Положения об организации первичной медико-санитарной помощи взрослому населению» дополнил функции дневного стационара медицинской организации, оказывающей помощь в амбулаторных условиях:

- лечение больных, выписанных из стационара под наблюдение врача медицинской организации после оперативных вмешательств, в случае необходимости проведения лечебных мероприятий, требующих наблюдения медицинским персоналом в течение нескольких часов в амбулаторных условиях;
- ведение учетной и отчетной документации, предоставление отчетов о деятельности в установленном порядке, ведение которых предусмотрено законодательством;
- участие в проведении мероприятий по повышению квалификации врачей и медицинских работников со средним медицинским образованием [3].

В соответствии с Федеральным законом № 323-ФЗ от 21 ноября 2011 г. «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» оказание помощи в условиях дневного стационара по виду медицинской помощи относится к первичной медико-санитарной помощи [4].

Одним из приоритетов государственной политики в сфере реализации государственной программы Российской Федерации «Развитие здравоохранения» является расширение стационарозамещающих методов работы [5].

В настоящее время в нашей стране правила организации деятельности дневных стационаров, рекомендуемые их штатные нормативы, стандарты оснащения утверждены в приложениях к порядкам оказания медицинской помощи населению по 24 профилям (аллергология и иммунология, гастроэнтерология, гематология, гинекология, диетология, кардиология, детская кардиология, наркология, онкология, детская онкология, оториноларингология, офтальмология, педиатрия, психоневрология, детская психоневрология, пульмонология, детская ревматология, терапия, торакальная хирургия, травматология и ортопедия, урология, фтизиатрия, хирургия, детская эндокринология) [6–29].

Следует отметить последовательность и преемственность деятельности по формированию нормативно-правовой базы и обоснованию необходимости оказания медицинской помощи в условиях дневных стационаров, позволившей уточнить и углубить понимание роли дневных стационаров в совершенствовании организации медицинской помощи в амбулаторных условиях, повышении ее комплексности, доступности и качества.

Цель исследования:

провести анализ работы дневных стационаров в Российской Федерации в начале XXI века (2000–2014 гг.).

Материалы и методы

Для проведения исследования были использованы статистический и аналитический методы.

Проанализированы источники информации: нормативно-правовые документы (постановления Правительства Российской Федерации, Федеральный закон Российской Федерации, Приказы Министерства здравоохранения Российской Федерации), отчетные формы отраслевого статистического наблюдения № 14дс «Сведения о деятельности дневных стационаров медицинских организаций», отчетные формы федерального



статистического наблюдения № 14 «Сведения о деятельности подразделений медицинской организации, оказывающих медицинскую помощь в стационарных условиях», статистический сборник.

Результаты

Дневные стационары (ДС) функционируют в организационных формах: в медицинских организациях, оказывающих помощь

в стационарных условиях (ДС больниц), и в медицинских организациях, оказывающих помощь в амбулаторных условиях (ДС МОАУ).

Ниже представлен анализ показателей работы ДС за период с 2000 по 2014 годы (по данным формы отраслевого статистического наблюдения № 14дс).

Как видно из *таблицы 1*, за 2000–2014 годы число койко-мест в ДС увеличилось в 2,3 раза (с 109202 до 253703 койко-места).

Таблица 1.

**Показатели деятельности дневных стационаров
в Российской Федерации за 2000–2014 гг.
(по данным формы отраслевого статистического наблюдения № 14дс)**

Показатель	Годы						
	2000	2005	2010	2011	2012	2013	2014
Дневные стационары							
Число койко-мест в дневных стационарах (абс.)	109202	198784	219690	225384	225611	232315	253703
Обеспеченность койко-местами в дневных стационарах на 10 тысяч населения	7,5	13,92	15,37	15,75	15,74	16,17	17,34
Число пролеченных в дневных стационарах (абс.)	2538571	5121764	5982136	6160922	6228333	6577716	7449887
Число пролеченных в дневных стационарах на 1000 населения	17,5	35,8	41,85	43,1	43,5	45,8	50,99
Дневные стационары медицинских организаций, оказывающих помощь в амбулаторных условиях							
Число мест (абс.)	48542	106625	135484	141803	147466	154578	164870
Обеспеченность местами на 10 тысяч населения	3,3	7,47	9,48	9,91	10,29	10,76	11,27
Число пролеченных (абс.)	1418737	2937453	3770444	3956622	4155407	4425304	4903051
Число пролеченных на 1000 населения	9,8	20,5	26,38	27,7	29,0	30,8	33,56
Средняя длительность лечения (в днях)	11,2	11,5	11,6	11,6	11,5	11,4	11,1
Дневные стационары медицинских организаций, оказывающих помощь в стационарных условиях							
Число коек (абс.)	60660	92159	84206	83581	78145	77737	88833
Обеспеченность койками на 10 тысяч населения	4,2	6,45	5,89	5,84	5,45	5,41	6,07
Число выписанных (абс.)	1119834	2184311	2211692	2204300	2072926	2152412	2546836
Число выписанных на 1000 населения	7,7	15,3	15,47	15,4	14,5	15,0	17,43
Средняя длительность лечения (в днях)	12,6	11,6	11,2	11,0	10,9	10,5	10,3





Наиболее интенсивно коечный фонд ДС развивался в период с 2000 по 2005 годы, когда число койко-мест увеличилось на 82,0% (на 89582 койко-мест). С 2005 по 2010 годы число койко-мест в ДС увеличилось до 219690, при этом темп роста по сравнению с периодом 2000–2005 гг. существенно замедлился (19,2%). В последующем, с 2010 по 2014 годы, работа по наращиванию коечного фонда ДС вновь активизировалась, к концу 2014 года общее число койко-мест увеличилось на 34013 и составило 253703.

Необходимо отметить, что формирование коечного фонда ДС в Российской Федерации в 2000–2014 годах существенно различалось в зависимости от типа медицинских организаций (больничные или амбулаторные), на базе которых они развивались.

Коечный фонд ДС МОАУ наиболее активно развивался с 2000 по 2005 годы и вырос в 2,2 раза (с 48542 до 106625 койко-мест). В период с 2005 по 2010 гг. темп роста числа мест ДС МОАУ снизился и в 2010 г. составил 135484. С 2010 по 2014 гг. число койко-мест в ДС МОАУ увеличилось на 29386 и к 2014 г. составило 164870.

Иная ситуация сложилась с развитием коечного фонда в ДС больниц. В период с 2000 по 2005 гг. число койко-мест в ДС больниц увеличилось на 51,9% (с 60660 до 92159, на 31449 койко-места). После 2005 г. общее число койко-мест в ДС больниц снизилось и вплоть до 2014 г ни разу не достигло уровня 2005 г., колеблясь в пределах от 77737 до 88833.

В период с 2000 по 2014 гг. в целом показатель обеспеченности населения России койко-местами ДС вырос с 7,5 до 17,34 на 10 тысяч населения, то есть в 2,3 раза, при этом в ДС МОАУ он увеличился с 3,3 до 11,27 на 10 тысяч населения (в 3,4 раза), а в ДС больниц – с 4,2 до 6,07 на 10 тысяч населения (на 44,5%).

В 2014 г. наибольшие показатели обеспеченности местами в ДС МОАУ на 10 тысяч населения определены в Ивановской (31,24), Тульской (23,01) областях, в Республике Мордовия (21,65), в Костромской (21,62), Сахалинской (20,95), Липецкой (20,35), Кемеровской (20,19), Свердловской (19,48) областях, в Республике Калмыкия (19,18) и др.; наименьшие показатели – в Республике Дагестан (1,01), в Чукотском автономном округе

Таблица 2.

Перечень субъектов Российской Федерации с наибольшими и наименьшими показателями обеспеченности местами в дневных стационарах медицинских организаций, оказывающих помощь в амбулаторных условиях в 2014 г. (на 10 тысяч населения)

<i>Наибольшие показатели</i>	<i>Наименьшие показатели</i>
Ивановская область – 31,24	Республика Дагестан – 1,01
Тульская область – 23,01	Чукотский автономный округ – 1,39
Республика Мордовия – 21,65	Республика Ингушетия – 2,05
Костромская область – 21,62	Чеченская Республика – 2,66
Сахалинская область – 20,95	Волгоградская область – 3,97
Липецкая область – 20,35	Курская область – 4,12
Кемеровская область – 20,19	Нижегородская область – 4,64
Свердловская область – 19,48	Новгородская область – 4,77
Республика Калмыкия – 19,18	Тамбовская область – 4,89
Воронежская область – 18,46	Рязанская область – 4,99
Тюменская область – 18,1	Республика Северная Осетия (Алания) – 5,12
Ульяновская область – 17,99	Карачаево-Черкесская Республика – 5,86



(1,39), в Республике Ингушетия (2,05), в Чеченской Республике (2,66), в Волгоградской (3,97), Курской (4,12), Нижегородской (4,64), Новгородской (4,77), Тамбовской (4,89), Рязанской (4,99) областях и др. Различие между наибольшими и наименьшими показателями составило 30,9 раза (с 1,01 до 31,24 на 10 тысяч населения) (таблица 2).

В субъектах Российской Федерации высокие показатели обеспеченности койками в дневных стационарах больниц на 10 тысяч населения отмечались в Магаданской (19,18), Рязанской (15,99), Новгородской (15,83), Ростовской (15,5), Псковской (14,24) областях, в Камчатском крае (14,18), в Нижегородской области (13,93) и др.; низкие показатели – в Воронежской области (0,32), в Республике Ингушетия (0,45), в Саратовской области (0,62), в Республике Бурятия (0,77), в Липецкой области (1,4), в Пермском крае (1,63), в Свердловской (1,72), Сахалинской (1,74) областях и др. Различия в показателях обеспеченности койками в дневных стационарах больниц на 10 тысяч населения составили от 0,32 до 19,18, т.е. в 59,9 раза (таблица 3).

Интенсивность использования коечного фонда ДС была оценена по следующим показателям:

- средняя занятость койко-места в году;
- средняя длительность лечения пациента на койке;
- среднее число пролеченных пациентов на 1 койко-месте в год (функция 1 койко-места в год в ДС).

Динамика показателя средней занятости койко-места в году в ДС Российской Федерации представлена в таблице 4.

Из таблицы 4 видно, что за 2000–2014 гг. показатель средней занятости койко-места в году в ДС в целом увеличился с 282 до 318, то есть на 36 дней, причем наиболее интенсивно с 2000 по 2010 г.г. – на 29 дней.

Показатель средней занятости койко-места в году в ДС МОАУ снизился с 326 дней (2000 г.) до 309 дней (2005 г.), то есть на 17 дней, а затем ежегодно медленно повышался и в 2014 г. составил 330 дней.

За 15 лет наблюдения показатель средней занятости койко-места в году в ДС больниц увеличился на 48 дней, с 247 до 295 дней. В целом в 2014 г. одно койко-место в ДС

Таблица 3.

Перечень субъектов Российской Федерации с наибольшими и наименьшими показателями обеспеченности койками в дневных стационарах больниц в 2014 г. (на 10 тысяч населения)

<i>Наибольшие показатели</i>	<i>Наименьшие показатели</i>
Магаданская область – 19,18	Воронежская область – 0,32
Рязанская область – 15,99	Республика Ингушетия – 0,45
Новгородская область – 15,83	Саратовская область – 0,62
Ростовская область – 15,5	Республика Бурятия – 0,77
Псковская область – 14,24	Липецкая область – 1,4
Камчатский край – 14,18	Пермский край – 1,63
Нижегородская область – 13,93	Свердловская область – 1,72
Ямало-Ненецкий автономный округ – 13,56	Сахалинская область – 1,74
Брянская область – 12,85	Кемеровская область – 1,79
Иркутская область – 12,27	Челябинская область – 1,85
Тверская область – 12,19	Костромская область – 2,03





Таблица 4.

**Средняя занятость койко-места в году в дневных стационарах
Российской Федерации в 2000–2014 годы (в днях)**

Показатель	Годы						
	2000	2005	2010	2011	2012	2013	2014
Всего	282	295	311	310	312	313	318
в том числе в:							
ДС МОАУ	326	309	322	323	325	325	330
ДС больниц	247	277	293	290	289	291	295

Таблица 5.

**Средняя длительность лечения в дневных стационарах
Российской Федерации в 2000–2014 годы (в днях)**

Показатель	Годы						
	2000	2005	2010	2011	2012	2013	2014
Всего	11,9	11,5	11,4	11,4	11,3	11,0	10,8
в том числе в:							
ДС МОАУ	11,2	11,5	11,6	11,6	11,5	11,4	11,1
ДС больниц	12,6	11,6	11,2	11,0	10,9	10,5	10,3

МОАУ было занято на 35 дней в году больше, чем одно койко-место в ДС больницы (330 и 295 дней в году соответственно).

Динамика показателя средней длительности лечения пациента на 1 койко-месте в ДС в Российской Федерации за 2000–2014 гг. представлена в *таблице 5*.

В Российской Федерации за период изучения средняя длительность лечения пациента на койке ДС в целом снизилась на 1,1 дня (с 11,9 до 10,8 дней), в ДС больниц – на 2,3 дня (с 12,6 до 10,3 дней).

Показатель средней длительности лечения в ДС МОАУ увеличился с 11,2 дней (в 2000 г.) до 11,6 дней (в 2011 г.), а затем постепенно снизился до 11,1 дней в 2014 г.

Динамика показателя числа пролеченных пациентов на 1 койко-месте в ДС в год (функция койко-места в ДС) представлена в *таблице 6*.

За 15 лет среднее число пролеченных пациентов на 1 койко-месте в ДС в целом вырос с 23,7 до 29,4 (на 24,1%).

В ДС МОАУ этот показатель снизился с 29,1 в 2000 г. до 26,2 в 2005 г., а затем

Таблица 6.

**Динамика показателя среднего числа пролеченных пациентов
на 1 койко-месте дневного стационара в год в Российской Федерации
за 2000–2014 годы**

Показатель	Годы						
	2000	2005	2010	2011	2012	2013	2014
Всего	23,7	25,6	27,3	27,2	27,6	28,4	29,4
в том числе в:							
ДС МОАУ	29,1	26,2	27,8	27,8	28,3	28,5	29,7
ДС больниц	19,6	23,9	26,2	26,4	26,5	27,7	28,6



постепенно вырос и достиг 29,7 в 2014 г., то есть увеличился на 0,6 пациента в год.

В ДС больниц показатель числа пролеченных пациентов на 1 койко-месте стабильно увеличился с 19,6 в 2000 г. до 28,6 в 2014 г., то есть на 9,0 пациентов в год.

Анализ стационарозамещающей функции ДС потребовал проведения оценки использования коечного фонда круглосуточных стационаров за тот же период наблюдения (2000–2014 г.г.) (таблица 7).

Из таблицы видно, что за 15 лет число медицинских организаций, оказывающих медицинскую помощь в стационарных условиях, сократилось в 2,04 раза (с 9946 до 4865), в том числе больницы – в 2,06 раза (с 8862 до 4295). Число коек в больничных организациях уменьшилось на 27,7% (с 1573900 до 1137997).

За изучаемый период времени существенно изменились показатели работы коек в круглосуточных стационарах. Средняя длительность лечения пациента на койке сократилась с 15,4 до 11,6 дней (на 3,8 дня). Средняя занятость койки в году выросла с 313 до 321 дней (на 8 дней). В итоге функция койки в круглосуточном стационаре увеличилась на 36,5% (с 20,3 до 27,7).

Сравнительная оценка числа пролеченных пациентов в дневных стационарах

и стационарах круглосуточного пребывания в России за 2000–2014 гг. представлена в таблице 8.

В Российской Федерации за 2000–2014 гг. число пролеченных пациентов в год в ДС и стационарах круглосуточного пребывания в целом выросло с 33582307 до 37784018 человек, т.е. на 4201711 человек (12,5%).

Общее число выписанных из круглосуточных стационаров в 2005 г. снизилось по отношению к 2000 г. на 515858 человек (на 1,66%). Во все последующие годы (после 2005 г.) число выписанных из круглосуточных стационаров оставалось примерно на уровне 2005 г.

Число пролеченных на койках ДС в целом за 2000–2014 г.г. увеличилось в 2,94 раза (с 2538571 до 7449887, т.е. на 4911316 человек).

Число пролеченных пациентов в ДС МОАУ в 2005 г. по сравнению с 2000 г. увеличилось в 2,07 раза (на 1518716 человек), а на койках ДС больниц – в 1,95 раза (на 1064477 человек). В период с 2005 по 2010 гг. число пролеченных пациентов продолжало увеличиваться, но темпы роста существенно снизились и составили в ДС МОАУ 28,4% (832991 человек), в ДС больниц – 1,25% (27381 человек). За 2010–2014 гг. число пролеченных пациентов в ДС в целом увеличилось на

Таблица 7.

Основные показатели деятельности медицинских организаций, оказывающих помощь в стационарных условиях в Российской Федерации в 2000, 2005, 2010 и 2014 годах [30]

Показатель	Годы			
	2000	2005	2010	2014
Число медицинских организаций, оказывающих помощь в стационарных условиях:	9946	8859	5705	4865
из них больницы	8862	7835	4963	4295
Число коек	1573900	1394245	1250120	1137997
Средняя занятость койки в году (в днях)	313	318	325	321
Средняя длительность пребывания пациента на койки (в днях)	15,4	13,8	12,6	11,6
Функция койки в стационаре	20,3	23,0	25,8	27,7





Таблица 8.

**Число пациентов, прошедших лечение в дневных стационарах
и стационарах круглосуточного пребывания в Российской Федерации
за 2000, 2005, 2010 и 2014 годы (абс. число, в% к итогу)
(по данным форм отраслевого статистического наблюдения № 14дс
и федерального статистического наблюдения № 14)**

Показатель	2000		2005		2010		2014	
	абс.	в%	абс.	в%	абс.	в%	абс.	в%
Число пролеченных в дневных стационарах:								
в медицинских организациях, оказывающих помощь в амбулаторных условиях	1418737	4,2	2937453	8,3	3770444	10,2	4903051	13,0
в медицинских организациях, оказывающих помощь в стационарных условиях	1119834	3,3	2184311	6,1	2211692	6,0	2546836	6,7
Всего пролеченных пациентов в дневных стационарах.	2538571	7,5	5121764	14,4	5982136	16,2	7449887	19,7
Число лиц, прошедших лечение в круглосуточных стационарах	31049736	92,5	30533878	85,6	30847394	83,8	30334131	80,3
Итого число лиц, прошедших лечение в дневных стационарах и круглосуточных стационарах	33582307	100,0	35655642	100,0	36829530	100,0	37784018	100,0

24,5% (1467751 человек), причем темп прироста числа пролеченных пациентов в ДС МОАУ составил 30,0% (1132607 человек), в ДС больниц 15,15% (335144 человек).

За 2000–2014 гг. в целом число пролеченных пациентов в ДС МОАУ в год увеличилось в 3,5 раза (3484314 человек), а число пролеченных в ДС больниц – в 2,3 раза (1427002 человек).

За 15 лет наблюдения число пролеченных пациентов в ДС в целом увеличилось в 2,9 раза (на 4911316 человек). Рост числа пролеченных в ДС обеспечен за счет ДС МОАУ на 70,9%, а за счет ДС больниц – только на 29,1%.

В общем числе пролеченных в круглосуточных стационарах и в ДС доля пациентов, пролеченных в круглосуточных стационарах снизилась с 92,5 до 80,3%. Одновременно доля пациентов, пролеченных в ДС, возросла с 7,5 до 19,7%. При этом опережающими

темпами увеличилась доля пациентов, пролеченных в ДС МОАУ на 8,8% (с 4,2 до 13,0%), тогда как доля пролеченных в ДС больниц только на 3,4% (с 3,3 до 6,7%).

Обсуждение

Отправной точкой истории развития дневных стационаров в Российской Федерации стал Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации № 438 от 9 декабря 1999 г. «Об организации деятельности дневных стационаров в лечебно-профилактических учреждениях», дополненный Методическими рекомендациями Министерства здравоохранения Российской Федерации «Организация стационарозамещающих форм медицинской помощи населению» (2002 г.) [1,31]. Выход этих документов оказался серьезным стимулирующим фактором развития коечного фонда ДС, особенно в первые



5 лет: за 2000–2005 гг. темпы роста числа койко-мест в ДС составили 82,0%. Колебания в темпах изменения коечного фонда ДС можно объяснить тем, что с 2000 по 2005 годы коечный фонд активно развивался как в ДС МОАУ, так и в ДС больниц. После 2005 года развитие коечного фонда ДС больниц практически остановилось, число койко-мест в них снизилось и в последующие годы так и не достигло уровня 2005 г.

Позитивное развитие коечного фонда ДС происходило благодаря активности руководителей медицинских организаций, оказывающих помощь в амбулаторных условиях, усилиями которых число коек в ДС увеличилось в 3,4 раза, с 48542 койко-места в 2000 г. до 164870 койко-мест в 2014 г.

Несмотря на снижение интереса руководителей круглосуточных стационаров к развитию на их базе ДС после 2005 г., число коек ДС больниц в 2014 г. составило 88833, что на 46,4% больше, чем в 2000 г.

В 2014 году обеспеченность койками ДС составила 17,34 на 10 тысяч населения, в том числе койками ДС МОАУ – 11,27 на 10 тысяч населения. В разрезе субъектов Российской Федерации показатель обеспеченности местами в ДС МОАУ колебался от 1,01 до 31,24 на 10 тысяч населения, то есть различался в 30,9 раза.

Рост коечного фонда ДС с 2000 по 2014 гг. в 2,3 раза соответствовал увеличению числа пролеченных пациентов в 2,9 раза. В основном рост числа пролеченных пациентов в ДС был обеспечен за счет ДС МОАУ (70,9%).

Однако увеличение числа пролеченных в ДС было связано не только с ростом абсолютного числа койко-мест, но и с повышением интенсивности использования коечного фонда ДС.

За изучаемый период показатель средней занятости койко-места в году в ДС в целом увеличился на 36 дней, причем в ДС больниц – на 48 дней, в ДС МОАУ – только на 4 дня.

Показатель средней длительности лечения в ДС в целом по стране снизился на 1,1 дня,

в ДС МОАУ – на 0,1 дня, в ДС больниц – на 2,3 дня.

Показатель числа пролеченных пациентов на 1 койко-месте в год в ДС в целом возрос на 5,7 пациента, с 23,7 пациента до 29,4, при этом в ДС МОАУ – на 0,6 пациента (с 29,1 до 29,7), в ДС больниц – на 9 пациентов (с 19,6 до 28,6 пациента).

Таким образом, в период с 2000 по 2005 гг. увеличение числа пролеченных пациентов в ДС больниц произошло как за счет роста абсолютного числа койко-мест, так и из-за повышения интенсивности работы коек, а в период с 2005 по 2014 гг. – только за счет повышения интенсивности работы коечного фонда.

За 15 лет рост числа пролеченных пациентов в ДС МОАУ был достигнут практически только благодаря увеличению абсолютного числа койко-мест.

Несмотря на сокращение коечного фонда круглосуточных стационаров с 2000 по 2014 гг. на 435903 коек (27,7%), число пролеченных пациентов на оставшихся койках практически не изменилось. Это связано с увеличением интенсивности работы коек, повышением показателя средней занятости койки в году с 313 до 321 дней и сокращением показателя средней длительности лечения пациентов с 15,4 до 11,6 дня. Как результат, функция койки круглосуточных стационаров в среднем по стране увеличилась на 7,4 пациента в год.

Обращает на себя внимание динамика структуры выписанных пациентов в стране в зависимости от места госпитализации: из круглосуточного стационара или из ДС. В 2000 г. при общем числе выписанных 33582307 человек, в том числе из круглосуточных стационаров – 31049736 (92,5%), из ДС – 2538571 пациент (7,5%). За период с 2005 по 2014 гг. отмечен рост числа выписанных из ДС и практически стабильное число выписанных из круглосуточных стационаров. В связи с этим в 2014 г. из общего числа выписанных 37784018 человек доля выписанных из круглосуточных стационаров составило 80,3%





(30334131), а число выписанных из ДС составило 7449887 человек (19,7%). Увеличение суммарного числа пролеченных в круглосуточных стационарах и ДС в год на 4201711 человек (на 12,5%) в 2014 г. в сравнении с 2000 г. требует проведения специального анализа.

Выводы

1. В Российской Федерации в период с 2000 г. по 2014 г. коечный фонд ДС увеличился в 2,3 раза (с 109202 до 253703 койко-места). Более высокими темпами увеличилось число коек ДС в 2000–2005 гг. (82,0%) и умеренными в 2005–2014 гг. (27,6%).
2. Рост общего коечного фонда ДС был обеспечен главным образом за счет активного увеличения числа койко-мест в ДС МОАУ в 3,4 раза (с 48542 до 164870). Коечный фонд ДС больниц достиг своего максимального значения в 2005 г. (92159 койко-места), затем сократился и все последующие годы вплоть до 2014 г. оставался ниже показателя 2005 г.
3. В 2014 г. в Российской Федерации показатель обеспеченности койко-местами ДС составил 17,34 на 10 тысяч населения, в том числе в ДС МОАУ – 11,27, в ДС больниц – 6,07 на 10 тысяч населения. В субъектах России показатель обеспеченности койко-местами в ДС МОАУ колебался в 30,9 раза (с 1,01 до 31,24 на 10 тысяч населения), в ДС больниц – в 59,9 раза (с 0,32 до 19,18 на 10 тысяч населения).
4. За 15 лет наблюдения число пролеченных пациентов в ДС в целом увеличилось в 2,9 раза (с 2538571 до 7449887). В основном увеличение числа пролеченных в ДС на 70,9% обеспечено за счет ДС МОАУ и на 29,1% – ДС больниц.

5. Ведущую роль в увеличении числа пролеченных в ДС МОАУ сыграл рост числа койко-мест, в ДС больницы – рост числа койко-мест и повышение интенсивности использования коечного фонда.
6. Несмотря на сокращение дорогостоящего коечного фонда круглосуточных стационаров за 15 лет на 435903 коек (27,7%), число выписанных пациентов практически не изменилось. Это связано, прежде всего, с увеличением интенсивности работы коек: повышением показателя занятости койки в году, сокращением показателя средней длительности лечения и, как следствие, увеличением функции койки на 7,4 пациента в год.
7. В 2014 г. общее число выписанных из ДС и круглосуточных стационаров составило 37784018 человек, что на 12,5% (4201711 человек) больше, чем в 2000 г., причем число пролеченных в круглосуточных стационарах в 2014 г. оказалось на 2,3% (на 715605 человек) меньше, чем в 2000 г. Этот прирост полностью достигнут за счет увеличения числа лиц, пролеченных в ДС. В 2000 г. доля пролеченных в ДС составила 7,5% (2538571 человек), а в 2014 г. – 19,7% (7449887 человек). Таким образом, функция стационарозамещения, возлагаемая на ДС, приобретает реальные очертания.
8. Показатели обеспеченности населения койко-местами в ДС, число пролеченных в ДС в целом по России и в отдельных субъектах России свидетельствуют о серьезных резервах и необходимости продолжения активных действий по развитию коечного фонда ДС, особенно в ДС больниц как в отдельных субъектах, так и в стране в целом.



Литература

1. Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации № 438 от 9 декабря 1999 г. «Об организации деятельности дневных стационаров в лечебно-профилактических учреждениях» // Справочник заведующего дневным стационаром (нормативные материалы по организации работы). – М.: ГРАНТЬ, 2001. – С. 7–12.



- 2.** Постановление Правительства Российской Федерации № 1387 от 5 ноября 1997 г. «О мерах по стабилизации и развитию здравоохранения и медицинской науки в Российской Федерации» (вместе с «Концепцией развития здравоохранения и медицинской науки в Российской Федерации») [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <http://docs.cntd.ru/document/9041708> (дата обращения: 2.05.2016).
- 3.** Приказ Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации № 543н от 15 мая 2012 г. «Об утверждении Положения об организации первичной медико-санитарной помощи взрослому населению» [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <http://docs.cntd.ru/document/902355054> (дата обращения: 12.04.2016).
- 4.** Федеральный закон Российской Федерации № 323-ФЗ от 21 ноября 2011 г. «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <http://docs.cntd.ru/document/902312609> (дата обращения: 28.04.2016).
- 5.** Постановление Правительства Российской Федерации № 294 от 15 апреля 2014 г. «Об утверждении государственной программы Российской Федерации «Развитие здравоохранения»» [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <http://docs.cntd.ru/document/499091785> (дата обращения: 14.03.2016).
- 6.** Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации № 572н от 1 ноября 2012 г. «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи по профилю «акушерство и гинекология (за исключением использования вспомогательных репродуктивных технологий)»» [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <http://base.garant.ru/70352632/> (дата обращения: 13.04.2016).
- 7.** Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации № 606н от 7 ноября 2012 г. «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи населению по профилю «аллергология и иммунология»» [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <http://base.garant.ru/70308204/> (дата обращения: 11.08.2015).
- 8.** Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации № 906н от 12 ноября 2012 г. «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи населению по профилю «гастроэнтерология»» [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <http://zakonbase.ru/content/base/279016> (дата обращения: 11.08.2015).
- 9.** Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации № 930н от 15 ноября 2012 г. «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи населению по профилю «гематология»» [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <http://docs.cntd.ru/document/902391708> (дата обращения: 11.08.2015).
- 10.** Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации № 920н от 15 ноября 2012 г. «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи населению по профилю «диетология»» [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <http://docs.cntd.ru/document/902385271> (дата обращения: 11.08.2015).
- 11.** Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации № 918н от 15 ноября 2012 г. «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи больным с сердечно-сосудистыми заболеваниями» [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <http://docs.cntd.ru/document/902391957> (дата обращения: 11.08.2015).
- 12.** Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации № 440н от 25 октября 2012 г. «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи по профилю «детская кардиология»» [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <http://docs.cntd.ru/document/902384695> (дата обращения: 11.08.2015).
- 13.** Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации № 1034н от 30 декабря 2015 г. «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи по профилю «психиатрия-





наркология» и Порядка диспансерного наблюдения за лицами с психическими расстройствами и (или) расстройствами поведения, связанными с употреблением психоактивных веществ» [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <http://docs.cntd.ru/document/420332597> (дата обращения: 28.04.2016).

14. Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации № 915н от 15 ноября 2012 г. «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи населению по профилю «онкология» [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <http://base.garant.ru/70317796/> (дата обращения: 11.08.2015).

15. Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации № 560н от 31 октября 2012 г. «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи по профилю «детская онкология» [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <http://base.garant.ru/70346920/> (дата обращения: 11.08.2015).

16. Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации № 905н от 12 ноября 2012 г. «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи населению по профилю «оториноларингология» [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <http://docs.cntd.ru/document/499000919> (дата обращения: 11.08.2015).

17. Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации № 902н от 12 ноября 2012 г. «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи взрослому населению при заболеваниях глаза, его придаточного аппарата и орбиты» [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <http://docs.cntd.ru/document/902387034> (дата обращения: 11.08.2015).

18. Приказ Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации № 366н от 16 апреля 2012 г. «Об утверждении Порядка оказания педиатрической помощи» [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <http://base.garant.ru/70183024/> (дата обращения: 11.08.2015).

19. Приказ Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации № 566н от 17 мая 2012 г. «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи при психических расстройствах и расстройствах поведения» [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <http://docs.cntd.ru/document/902350596> (дата обращения: 11.08.2015).

20. Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации № 1047н от 14 декабря 2012 г. «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи детям по профилю «неврология» [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <http://docs.cntd.ru/document/902391704> (дата обращения: 11.08.2015).

21. Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации № 916н от 15 ноября 2012 г. «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи населению по профилю «пульмонология» [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <http://docs.cntd.ru/document/902385274> (дата обращения: 11.08.2015).

22. Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации № 441н от 25 октября 2012 г. «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи детям по профилю «ревматология» [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <http://docs.cntd.ru/document/902390358> (дата обращения: 11.08.2015).

23. Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации № 923н от 15 ноября 2012 г. «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи взрослому населению по профилю «терапия» [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <http://docs.cntd.ru/document/902385275> (дата обращения: 11.08.2015).

24. Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации № 898н от 12 ноября 2012 г. «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи взрослому населению по





профилю «торакальная хирургия» [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <http://docs.cntd.ru/document/902385266> (дата обращения: 11.08.2015).

25. Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации № 901н от 12 ноября 2012 г. «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи населению по профилю «травматология и ортопедия» [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <http://docs.cntd.ru/document/902390355> (дата обращения: 11.08.2015).

26. Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации № 907н от 12 ноября 2012 г. «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи взрослому населению по профилю «урология» [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <http://docs.cntd.ru/document/902391953> (дата обращения: 11.08.2015).

27. Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации № 932н от 15 ноября 2012 г. «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи больным туберкулезом» [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <http://docs.cntd.ru/document/902392047> (дата обращения: 11.08.2015).

28. Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации № 922н от 15 ноября 2012 г. «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи взрослому населению по профилю «хирургия» [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <http://docs.cntd.ru/document/499015541> (дата обращения: 11.08.2015).

29. Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации № 908н от 12 ноября 2012 г. «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи по профилю «детская эндокринология» [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <http://docs.cntd.ru/document/902381068> (дата обращения: 11.08.2015).

30. Ресурсы и деятельность медицинских организаций здравоохранения. Основные показатели здравоохранения. Часть VI. – М.: Минздрав России, ФГБУ «ЦНИИОИЗ», 2015. – 52 с.

31. Организация стационарозамещающих форм медицинской помощи населению. Методические рекомендации. – М.: Минздрав России, Федеральный фонд обязательного медицинского страхования, ЦНИИОИЗ, 2002. – 37 с.

UDC 614.2

Son I.M., Evdakov V.A., Shlyafar S.I., Senenko A. Sh., Melnikov Yu. Yu. *The activities of day hospitals in the Russian Federation in 2000–2014* (Federal Research Institute for Health Organization and Informatics of Ministry of Health of the Russian Federation, Moscow, Russia)

Abstract. The article analyzes legal documents, which that regulate the work of day hospitals in the Russian Federation since the late 90-ies of XX century to the present. Presents an analysis of the performance of activities of day hospitals in health institutions providing medical care in ambulatory and stationary conditions in the country in 2000–2014. Marked increase in the number of beds in day hospitals 2,3 times, which is mainly due to the increase of beds in day hospitals in health institutions providing medical care in ambulatory conditions. Spend the evaluation of use of hospital beds hospitals for 15 years. During the study period the number of beds in hospitals has decreased by 27,7%, the number of discharged patients has almost not changed, which is associated with the intensity of the work beds. Shows the comparison of the number of persons treated in day hospitals and hospitals round-the-clock stay. The total number of patients treated in day hospitals and round hospitals, the proportion of patients treated at a convenience care hospitals declined from 92,5 to 80,3%, the proportion of patients treated in day hospitals increased from 7,5 to 19,7%.

Keyword: day hospital; hospital organizations; the medical organizations giving help in out-patient conditions; beds; the average duration of treatment; the average bed occupancy in a year; turnover (function) bed.



О.В. Зеленова,

д.м.н., заведующая отделением экономической оценки качества медицинской помощи
ФГБУ «Центральный научно-исследовательский институт организации и информатизации
здравоохранения» Минздрава России, г. Москва, Россия, e-mail: zelenova@mednet.ru

Е.А. Крекнина,

инженер-исследователь отделения экономической оценки качества медицинской помощи
ФГБУ «Центральный научно-исследовательский институт организации и информатизации
здравоохранения» Минздрава России, г. Москва, Россия, e-mail: krekina@mednet.ru

В.В. Жилина,

с.н.с. отделения экономической оценки качества медицинской помощи ФГБУ «Центральный
научно-исследовательский институт организации и информатизации здравоохранения»
Минздрава России, г. Москва, Россия, e-mail: zhilina@mednet.ru

Н.В. Белякова,

с.н.с. отделения экономической оценки качества медицинской помощи ФГБУ «Центральный
научно-исследовательский институт организации и информатизации здравоохранения»
Минздрава России, г. Москва, Россия, e-mail: belyakova@mednet.ru

МЕТОДОЛОГИЯ СОЗДАНИЯ И ИСПОЛЬЗОВАНИЯ КЛИНИКО-ЭКОНОМИЧЕСКИХ СИМУЛЯТОРОВ ДЛЯ ЛИЦ, ПРИНИМАЮЩИХ РЕШЕНИЯ, НА ПРИМЕРЕ НЕЙРОЭНДОКРИННЫХ ОПУХОЛЕЙ ЖКТ И ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

УДК 614.2

Зеленова О.В., Крекнина Е.А., Жилина В.В., Белякова Н.В. Методология создания и использования клиничко-экономических симуляторов для лиц, принимающих решения, на примере нейроэндокринных опухолей ЖКТ и поджелудочной железы (ФГБУ «Центральный научно-исследовательский институт организации и информатизации здравоохранения» Министерства здравоохранения Российской Федерации, Москва, Россия)

Аннотация. Оценка технологий здравоохранения (ОТЗ) в условиях ограниченного бюджета – задача для организаторов здравоохранения и лиц, принимающих решения, крайне актуальная. Переход на одноканальное финансирование, увеличение бюджетов в госпитальном сегменте и взаимодействие со страховыми компаниями заставляют нас переходить на принципы оценок технологий, разработанных в развитых странах, и создавать собственные инструменты для принятия решений. Нами разработан клиничко-экономический симулятор принятия решений для социально-значимых заболеваний на примере нейроэндокринных опухолей ЖКТ и поджелудочной железы.

Ключевые слова: нейроэндокринные опухоли, диагностика, лекарственная терапия, прямые затраты, затраты-эффективность, клиничко-экономический симулятор.

Актуальность

Основная цель создания клиничко-экономического симулятора – соединение клинического выбора специалистов с экономическими затратами, которые влекут за собой использование технологий, начиная с диагностики заболевания, выбора

© О.В. Зеленова, Е.А. Крекнина, В.В. Жилина, Н.В. Белякова, 2016 г.



терапии и заканчивая динамическим наблюдением. При совместной работе с ассоциацией «Медицинское общество по лечению нейроэндокринных опухолей» (МОЛНЭО) – <http://www.molneo.com/>, которым руководит проф. В.А. Горбунова, нами был выработан совместный подход к созданию алгоритма диагностики и лечения. Для диагностики, стадирования и эффективного лечения данных видов опухолей опубликованы рекомендации нескольких групп экспертов, таких как Всемирная организация здравоохранения (ВОЗ), North American Neuroendocrine Tumor Society (NANETS), European Neuroendocrine Tumor Society (ENETS), American Joint Committee on Cancer (AJCC), решения совещаний мультидисциплинарных групп специалистов по НЭО разных локализаций. Кроме этого, специалистами было рекомендовано использовать информацию по реальной клинической практике, сформированной медицинским сообществом при лечении данной патологии.

Материалы и методы

На основании клинического экспертного мнения в ФГБУ ЦНИИОЗ МЗ РФ был создан клинко-экономический симулятор для выбора лечения нейроэндокринных опухолей ЖКТ и поджелудочной железы. В качестве основного подхода в создании симулятора использован метод анализа стоимости болезни, который является самостоятельным способом фармакоэкономического исследования. Данный подход позволяет ответить на такие вопросы, как расчет всех затрат, связанных с ведением больных на всех этапах оказания медицинской помощи, а также с нетрудоспособностью и преждевременной смертностью. Метод не предполагает сравнения эффективности медицинских вмешательств и применяется для изучения типичной практики ведения больных с конкретным заболеванием. Используется наиболее широко для достижения таких задач, как планирование затрат, определение тарифов для взаиморасчетов между субъектами системы здравоохранения

и медицинского страхования. Однако мы решили расширить возможности симулятора и добавили метод «затраты-эффективность» для тех технологий, которые возможно сравнить между собой при лечении на определенной стадии развития злокачественного процесса. Данное существенное дополнение позволит ответственным лицам принимать более взвешенное решение по закупкам лекарственных технологий. [1].

Отделением экономической оценки качества медицинской помощи разработан регламент создания клинко-экономических симуляторов, который состоит из блока создания и блока тестирования. Основным достоинством симулятора является отработка принятия решений о лечении тем или иным методом, без наступления реальных последствий. Значительным преимуществом является то, что он выполнен в программе Excel и имеет минимальные требования к специальному программному обеспечению. Для удобства пользователей на каждом слайде имеются подсказки, с помощью которых легко освоить данную программу. Структура создания симулятора выглядит следующим образом: организаторами здравоохранения и математиками формулируется концепция симулятора, где определяются общие задачи, модульность и ожидаемый результат. Затем к процессу привлекаются клиницисты, занимающиеся лечением данной патологии, совместная работа с которыми приводит к получению необходимой информации об исследуемом заболевании. Далее организаторы здравоохранения изучают результаты клинических исследований по используемым технологиям, занимаются поиском аналогов и изучением точек соприкосновения, а также подробно изучают рекомендации по лечению заболевания. Следующий этап – разработка содержания симулятора. На этом этапе определяется концепция включения технологий диагностики и лечения, создаётся макет – логический сценарий симулятора и разрабатываются модули, которые в него войдут.





После согласования предварительного макета, математики начинают непосредственную работу в программе Excel, которая включает в себя создание таблиц с параметрами, условиями и значениями коэффициентов, создание выпадающих списков с параметрами, написание формул для вычисления результатов и др. [2]. Кроме того, для решения многих прикладных задач при создании симулятора широко используется встроенная в Excel среда программирования Visual Basic (VBA) [3,4]. Дальнейшая работа с симулятором полностью зависит от дизайнеров, которые разрабатывают интерфейс, концепт-дизайн, элементы управления, цветовое оформление, расположение кнопок и ссылок, расположение и взаимодействие элементов интерфейса, а также последовательность ввода данных и алгоритм получения результатов.

Тестирование симулятора происходит по следующему регламенту: описание ожидаемых результатов работы симулятора для оперативного выявления ошибок, исключение тестирования симулятора единолично автором или единолично заказчиком, доскональное изучение результатов каждого теста, внесение заведомо ложных данных для выявления корректности работы симулятора. После ряда тестирований происходит процесс отладки, который можно считать законченным, если симулятор выдает корректный результат в нескольких вариантах ввода данных. Завершающим этапом работы является установление паролей и запись готового симулятора на носитель. Вместе с готовым продуктом, предоставляется пошаговая инструкция по пользованию симулятором.

Симулятор для выбора лекарственной терапии нейроэндокринных опухолей ЖКТ и ПЖ состоит из 5 блоков, которые взаимосвязаны между собой: история болезни пациента, клинико-лабораторные исследования, выбор терапии, клинико-экономические показатели и рекомендации и выводы.

Пользователь начинает работу с блока «История болезни пациента», который

состоит из показателей, необходимых системе для предложения врачу различных видов терапии. Для пациентов с подозрением на НЭО ЖКТ и ПЖ это будут: возраст, площадь поверхности тела в m^2 , вес, рост, *AUC (*5–7 при монокимиотерапии/ и/ или/ нелеченные пациенты; 4–6 при использовании Карбоплатины в комбинации/ и /или / пациенты, получавшие другую терапию), креатинин сыворотки (в $мкМоль/л$), пол, Grade опухоли, митотический индекс (10 ПЗБУ), Ki-67(%), наличие или отсутствие карциноидного синдрома, а также основной диагноз пациента. На каждой закладке симулятора имеются визуальные инструкции по заполнению полей, в случае пропуска одного или нескольких показателей система предлагает вернуться и внести коррективы. На данном этапе работы система позволяет выбрать опцию «первичный пациент» или «повторный пациент», способ получения лечения – амбулаторный или госпитальный, а также сохранить результаты отдельным файлом для последующей коррекции в случае прогрессии заболевания или при повторном обращении пациента. Если симулятор используется для принятия решений для когорты пациентов, которые могут иметь различный статус опухоли и, как правило, различные подходы к терапии, то необходимо создать гипотетический случай для каждой опухоли в отдельности, после чего можно распечатать и сравнить результаты.

Общей особенностью нейроэндокринных опухолевых клеток является способность продуцировать ряд биологически активных веществ: хромогранины А, В и С, серотонин, нейронспецифическую энolahу, грелин, нейрокинин А, нейропептид К и др. Определение уровня этих субстанций в крови позволяет идентифицировать НЭО. Второй блок симулятора, позволяющий ответить на вопрос первичной диагностики НЭО, состоит из всех возможных лабораторных, инструментальных и клинических исследований. При расчете затрат на когорту пациентов в симулятор включены усредненная частота предоставления



и кратность применения, что согласовано с практикующими врачами, которые готовили соответствующие рекомендации для медико-экономических стандартов, предоставленные в МЗ РФ. В процессе терапии пациентов с НЭО ЖКТ и ПЖ потребуется определенное количество исследований для динамического наблюдения. Данный блок содержит в себе представленные уже ранее методики, частоту и кратность применения в котором определяет пользователь инструмента.

После расчета клинико-лабораторного блока пользователь может переходить к блоку «Выбор терапии». Для НЭО ЖКТ и ПЖ существует несколько вариантов терапии, имеющих последовательность и зависящих не только от клинических показателей, но и стадии процесса и ответа на предыдущие линии терапии, которые должны определяться лечащим врачом в индивидуальном порядке. Лекарственная терапия, используемая для лечения НЭО, внесена в симулятор в соответствии со стандартами RUSSCO и ENETS [5–9]. Расчет дозировок по каждому конкретному препарату или схемам осуществляется автоматически, т.к. в начале работы со симулятором врач вносит соответствующие данные в блок «История болезни», что и позволяет исключить ошибки при расчетах в ручном режиме. Практически все лекарственные препараты, за исключением ланреотида, сунитиниба и эверолимуса, имеют дженерики в нашей стране. Поэтому в симулятор включены все лекарственные препараты соответствующих МНН, которые зарегистрированы в России для терапии данной патологии. Выбор производителя и самого ЛС происходит в разделах по каждой технологии, что позволяет лицам, принимающим решение, видеть разницу в затратах, которая возникнет при расчетах разных производителей и форм выпуска.

Первой линией терапии НЭО являются аналоги соматостатина. С конца 80-х аналоги соматостатина использовались в лечении синдромов гиперсекреции для облегчения симптомов карциноидного синдрома. В клинической

практике используются следующие аналоги соматостатина: октреотид, ланреотид и пасиреотид. В настоящий момент в России зарегистрированы 2 аналога соматостатина: октреотид, в дозировке 10, 20 и 30 мг производства трех различных компаний, включая оригинальный продукт, разработанный компанией «Новартис» под ТН Сандостатин® и ланреотид, оригинальный лекарственный препарат компании «Ипсен Фарма», Франция. Соматулин® Аутожель® (ланреотид) выпускается в дозах 60, 90 или 120 мг, форма выпуска – шприцы, частота введения – один раз в месяц. Ежемесячные глубокие подкожные инъекции готового к использованию препарата в уникальной лекарственной форме обеспечивают доставку полной дозы. Обычно терапия начинается с использования пролонгированных форм октреотида в дозировке 30 мг в месяц, что часто дает положительный результат, при использовании 10 мг Сандостатина, оригинального препарата, нам потребуется за 12 месяцев потратить 1 477 699 рублей на 1 пациента (см. таб. 1). При использовании комбинации 10 мг и 20 мг препаратов этой же фирмы – 1 177 094,56 рублей, а при использовании только 30 мг формы выпуска – 1 002 974,88 рублей. Использование российских воспроизведенных ЛС меньшей стоимости приведет к уменьшению данных затрат.

В реальной клинической практике для купирования синдрома необходимо увеличение дозировки до 40 мг, а иногда и до 60 мг. Данное повышение дозировки приводит к кардинальным изменениям в затратах для учреждения, которое занимается лечением таких пациентов. Так, при закупке российского аналога Октреотид-Лонг ФС в дозировке 10 и 30 мг (суммарно 40 мг на 1 введение) стоимость терапии 1 года составит уже 940 896 рублей. При использовании тех же дозировок препарата Октреотид Депо затраты составят 732 305 рублей. Если дозировка МНН Октреотид увеличена до 60 мг на введение, то при таком клиническом выборе





Таблица 1. Прямые затраты и показатель «затраты-эффективность» на год терапии МНН Октреотид-лонг различных форм выпуска и производителей

Использование комбинации 10 мг Сандостатина Лар®

МНН	Торговое наименование	Форма выпуска	Производитель	Прямые затраты, руб, включая диагностику	CER (затраты-эффективность), руб/мес
Октреотид	Сандостатин® Лар®	Порошок для приготовления суспензии для в/м введения 10 мг флак. – контейнеры в комплекте с растворителем (шприцы + 2 иглы), 2,5 мл, № 1	Новартис Фарма Штейн АГ, Швейцария	1 477 699,00	103 355,59

Использование комбинации 10 и 20 мг Сандостатина Лар®

МНН	Торговое наименование	Форма выпуска	Производитель	Прямые затраты, руб,	CER (затраты-эффективность), руб/мес
Октреотид	Сандостатин® Лар®	Порошок для приготовления суспензии для в/м введения 10 мг флак. – контейнеры в комплекте с растворителем (шприцы + 2 иглы), 2,5 мл, № 1	Новартис Фарма Штейн АГ, Швейцария	363 587,04	25 425,67
	Сандостатин® Лар®	Порошок для приготовления суспензии для в/м введения 20 мг флак. – контейнеры в комплекте с растворителем (шприцы + 2 иглы), 2,5 мл, № 1	Новартис Фарма Штейн АГ, Швейцария	426 599,52	29 832,13
Итого, руб, включая затраты на диагностику				1 177 094,56	82 314,30

Использование 30 мг Сандостатина Лар®

МНН	Торговое наименование	Форма выпуска	Производитель	Прямые затраты, руб, включая диагностику	CER (затраты-эффективность), руб/мес
Октреотид	Сандостатин® Лар®	Порошок для приготовления суспензии для в/м введения 30 мг флак. – контейнеры в комплекте с растворителем (шприцы + 2 иглы), 2,5 мл, № 1	Новартис Фарма Штейн АГ, Швейцария	1 002 974,88	70 138,10

экономические показатели отдельных производителей будут следующие: Октреотид Лонг ФС – 1226016 рублей, при использовании только 30 мг формы выпуска; Октреотид Депо – 945302 рубля. При использовании меньших дозировок стоимость терапии вырастет существенно.

При наступлении тахифилаксии, то есть состояния, когда наблюдается быстрое прогрессирующее снижение лечебного эффекта при длительном применении какого-либо

лекарственного вещества или его периодическом повторном назначении, к основному лекарственному препарату начинают последовательно добавлять различные варианты биотерапии или ПХТ.

В таблице 2 представлены все варианты комбинированной терапии Октреотида с различными вариантами ПХТ и таргетными препаратами. В разделе клинико-экономических показателей пользователь сможет рассчитать CER (показатель



Таблица 2. Прямые затраты и показатель «затраты-эффективность» МНН Октреотид Лонг 30 мг в комбинации с различными схемами ПХТ и /или таргетными препаратами

Схема терапии	МНН	Суточная доза, мг/МЕ	Прямые затраты на ведение одного пациента в год, руб	CER (затраты-эффективность), руб/мес
Октреотид 30 мг + интерферон 3 млн. МЕ	Октреотид	30 мг	1 477 669,00	103 333,50
	Интерферон	3 млн. МЕ		
Октреотид 30 мг + EP (этопозид+цисплатин)	Октреотид	30 мг	1 522 201,00	108 337,09
	Этопозид	120 мг/м ²		
	Цисплатин	75 мг/м ²		
Октреотид 30 мг + ЕС (карбоплатин+этопозид)	Октреотид	30 мг	1 583 077,00	161 893,50
	Карбоплатин	AUC5		
	Этопозид	120 мг/м ²		
Октреотид 30 мг + ТХ (темозоломид+капецитабин+/- бевацизумаб)	Октреотид	30 мг	4 565 150,00	1 206 005,00
	Темозоломид	150мг/м ²		
	Капецитабин	2000 мг/м ²		
	Бевацизумаб	7,5 мг/кг		
Октреотид 30 мг + DF (доксорубицин+5-фторурацил)	Октреотид	30 мг	1 496 309,00	107 217,00
	Доксорубицин	50 мг/м ²		
	5-фторурацил	300 мг/м ²		
Октреотид 30 мг + XELOX (элоксатин+капецитабин)	Октреотид	10–30 мг	2 023 525,00	133 659,00
	Элоксатин	120 мг/м ²		
	Капецитабин	2000 мг/м ²		
Октреотид 30 мг + Эверолимус	Октреотид	30 мг	1 911 269,00	142 752,00
	Эверолимус	10 мг		
Октреотид 30 мг + Сунитиниб	Октреотид	30 мг	3 214 602,00	255 696,00
	Сунитиниб	37,5 мг		
Октреотид 30 мг + Бевацизумаб	Октреотид	30 мг	3 483 109,00	819 562,00
	Бевацизумаб	7,5 мг/кг		

«затраты-эффективность») для каждого из представленных видов терапии, который дает представление о расходах на единицу клинической эффективности, что в нашем случае – 1 месяц жизни без рецидива.

Инновационным прорывом с точки зрения клинической эффективности и технологии изготовления новых форм аналогов соматостатина стал препарат ланреотид, молекулы которого находятся в высокой концентрации в воде, образуя компактные цилиндрические

структуры – нанотрубки. Это обеспечивает быстроту и стабильность действия при высвобождении из них препарата. Использование ланреотида позволяет добиться существенных клинических результатов для пациентов: снижение риска прогрессирования заболевания и смерти на 53%; достоверное увеличение медианы ВБП в сравнении с отсроченной терапией; положительное влияние на медиану ВБП независимо от источника опухоли, степени опухолевого процесса и объема





Таблица 3. Прямые затраты и показатель «затраты-эффективность»
МНН Ланреотид при деятельности терапии в течение 1 года

МНН	Торговое наименование	Форма выпуска	Производитель	Прямые затраты, руб, включая диагностику	CER (затраты-эффективность), руб/мес
Ланреотид	Соматулин® Аутогель®	Гель д/п/к введения пролонгир. действия 120 мг, шприц 1 шт. в компл.с иглой	Ipsen Pharma, Франция	1 166 908,00	35 576,46

Таблица 4. Прямые затраты и показатель «затраты-эффективность»
МНН Ланреотид в комбинации с различными схемами ПХТ
и/или таргетными препаратами

Схема терапии	МНН	Суточная доза, мг/МЕ	Прямые затраты на ведение одного пациента в год, руб	CER (затраты-эффективность), руб/мес
Ланреотид 120 мг + интерферон 3 млн.МЕ	Ланреотид	120 мг	1 417 948,00	91 643,00
	Интерферон	3 млн. МЕ		
Ланреотид 120 мг + EP (этопозид+цисплатин)	Ланреотид	120 мг	1 211 440,00	86 606,00
	Этопозид	120 мг/м ²		
	Цисплатин	75 мг/м ²		
Ланреотид 120 мг + ЕС (карбоплатин+этопозид)	Ланреотид	120 мг	1 272 316,00	140 162,00
	Карбоплатин	AUC5		
	Этопозид	120 мг/м ²		
Ланреотид 120 мг + ТХ (темозоломид+капецитабин+/- бевацизумаб)	Ланреотид	120 мг	4 254 388,00	1 184 274,00
	Темозоломид	150 мг/м ²		
	Капецитабин	2000 мг/м ²		
	Бевацизумаб	7,5 мг/кг		
Ланреотид 120 мг + DF (доксорубицин+5-фторурацил)	Ланреотид	120 мг	1 185 548,00	85 485,00
	Доксорубицин	50 мг/м ²		
	5-фторурацил	300 мг/м ²		
Ланреотид 120 мг + XELOX (элоксатин+капецитабин)	Ланреотид	120 мг	1 712 764,00	111 927,00
	Элоксатин	120 мг/м ²		
	Капецитабин	2000 мг/м ²		
Ланреотид 120 мг + Эверолимус	Ланреотид	120 мг	1 600 508,00	121 020,00
	Эверолимус	10 мг		
Ланреотид 120 мг + Сунитиниб	Ланреотид	120 мг	2 903 841,00	233 964,00
	Сунитиниб	37,5 мг		
Ланреотид 120 мг + Бевацизумаб	Ланреотид	120 мг	3 172 348,00	797 830,00
	Бевацизумаб	7,5 мг/кг		



опухолевого поражения печени; стойкое положительное влияние на ВБП при длительной терапии; контроль опухолевого процесса уже к 12-му месяцу без нарушения качества жизни. Стоимость терапии препаратом ланреотид 120 мг в России существенно отличается в лучшую сторону от многих стран Европы. Производитель технологии, в случае включения препарата в ограниченные списки ЖНВЛП и ОНЛС, готов к регистрации цены на уровне 65 000 рублей за упаковку, что ниже сформированной на территории страны среднерыночной стоимости на 27%. При этом компанией уже разработан и внедряется план передачи технологии на полный цикл производства российскому партнеру. Именно эта стоимость включена в симулятор, что позволяет сделать следующее заключение: при закупке ланреотида 120 мг на 12 месяцев терапии потребуется 845 000 рублей на каждого пациента, что сопоставимо с затратами на препараты МНН октреотид в дозировке 30 мг. В таблице 3 представлены данные прямых затрат на ЛП и клинико-диагностический комплекс. Если принимается решение о лечении повышенными дозировками от 40 до 60 мг МНН Октреотид, то закупка ланреотида становится еще более выгодной.

В таблице 4 представлены прямые затраты на комбинированную терапию ЛП Ланреотид в сочетании с различными схемами ПХТ и таргетными препаратами. Как и для МНН Октреотид пользователь сможет рассчитать CER для МНН Ланреотид в комбинации с различными видами ПХТ и таргетными препаратами.

Заключение

Клинико-экономический симулятор позволяет получать пользователю всю необходимую информацию для принятия решения о закупке лекарственных препаратов, при этом детализация затрат на диагностику и динамическое наблюдение позволяет прогнозировать и эту часть расходов медицинской организации. В случае необходимости инструмент позволяет провести расчеты на когорту пациентов с различными видами опухолей и симулировать расходы как на несколько месяцев, так и на несколько лет вперед.

По запросу пользователей сотрудник отдела экономической оценки качества медицинской помощи инженер-исследователь Крекнина Елена Алексеевна поможет установить полную версию симулятора и ответит на возникающие вопросы. Запросы направлять на адрес hta@mednet.ru



Литература

1. Luce B.R. et al.; EBM, HTA, and CER: clearing the confusion; Milbank Q. 2010; 88(2):256–76.
2. Карпов Б.; Microsoft Excel 2002 справочник; Санкт-Петербург, 2001:234–320.
3. Слепцова Л.Д.; Программирование на языке VBA. Самоучитель, М.: Издательский дом «Вильямс», 2004:102–180.
4. Браун С. Visual Basic 5 с самого начала; Санкт-Петербург, 1998: 2–15.
5. Орел Н.Ф., Горбунова В.А. и соавт.: Практические рекомендации по лекарственному лечению нейроэндокринных опухолей желудочно-кишечного тракта и поджелудочной железы; Злокачественные опухоли; 2015;4, спецвыпуск: 273–278.



6. Delle Fave G. et al.; ENETS Consensus Guidelines Update for Gastroduodenal Neuroendocrine Neoplasms; Neuroendocrinology, 2016; 103(2):119–24.
7. O'Toole D et al.; ENETS2016 Consensus Guidelines for the Management of Patients with Digestive Neuroendocrine Tumors: An Update; Neuroendocrinology. 2016; 103(2):117–8.
8. Falconi M. et al.; ENETS Consensus Guidelines Update for the Management of Patients with Functional Pancreatic Neuroendocrine Tumors and Non-Functional Pancreatic Neuroendocrine Tumors; Neuroendocrinology. 2016; 103(2):153–71.
9. Garcia-Carbonero R. et al.; ENETS Consensus Guidelines for High-Grade Gastroenteropancreatic Neuroendocrine Tumors and Neuroendocrine Carcinomas; Neuroendocrinology. 2016; 103(2):186–94.

UDC 614.2

Zelenova O.V., Kreknina E.A., Zhilina V.V., Belyakova N.V. *Methodology of creation and using of clinicoeconomic simulator for decision-makers by the example of GEP nets and pNETs (FGBU «Central Research Institute of Informatization and Public Health» Ministry of Health of the Russian Federation, Moscow, Russia)*

Abstract. Health technology assessment (HTA) in the condition of a limited budget is an actual problem for Ministry of Health employee and persons who make a decision. Switching to single-channel financing, increasing of budgets in the hospital segment and the interaction with insurance companies force us to use the principles of technology assessment made in developed countries and to create our own tools for decision-making. We've designed a clinical and economic decision-making simulator for socially – significant diseases by the example of GEP NETs and pNETs.

Keywords: NETs, diagnosis, drug treatment, direct costs, cost-effectiveness, clinical and economic simulator.



Здравоохранение-2016

ОРФАННЫЕ БОЛЬНЫЕ МОГУТ ОСТАТЬСЯ БЕЗ ЛЕКАРСТВ

В российских регионах участились случаи отказа пациентам с редкими заболеваниями в получении препаратов или постановке на учет. Причина проблемы – целевое федеральное финансирование на лечение редких заболеваний, которое в этом году не выделялось. Речь идет о 12 млрд рублей, которые планируются к выделению из федерального бюджета в виде субвенции. Такая акция была осуществлена в прошлом году в качестве помощи регионам, но так как документ был подписан в июне, деньги пришли только в октябре. В итоге закупки были сделаны только к концу года. В этом году Приказа до сих пор нет, а значит, высок риск того, что государственные обязательства по обеспечению орфанных больных могут быть не выполнены.

«Есть случаи, когда на врачей оказывают давление, чтобы те не выдавали заключение региональных комиссий. Именно они являются определяющими для назначения терапии. А заключение, выданное в федеральной клинике, носит рекомендательный характер. Имеет место и сокращение врачебных ставок. Ведь нет специалиста – нет диагноза», – рассказал исполнительный директор Союза пациентов и пациентских организаций по редким заболеваниям Денис Беляков.

Источник: Медвестник.ру



И.С. Цыбульская,

д.м.н., проф., главный научный сотрудник ФГБУ «ЦНИИОИЗ» Минздрава России,
г. Москва, Россия, mch@mednet.ru

Э.Р. Низамова,

научный сотрудник, ФГБУ «ЦНИИОИЗ» Минздрава России, г. Москва, Россия,
elvirarust@gmail.com

ПРОБЛЕМЫ ФОРМИРОВАНИЯ ЗДОРОВЬЯ ЖЕНЩИН-МАТЕРЕЙ И ИХ ПОТОМСТВА В СОВРЕМЕННОЙ РОССИИ

УДК 614

Цыбульская И.С., Низамова Э.Р. Проблемы формирования здоровья женщин-матерей и их потомства в современной России (ФГБУ Центральный научно-исследовательский институт организации и информатизации здравоохранения Минздрава России, г. Москва, Россия)

Аннотация. В статье представлены показатели заболеваемости и смертности женщин-матерей и новорожденных детей в России за 2013-2014-2015 гг. Установлен рост негативных проявлений в показателях жизнедеятельности женского и детского организмов, свидетельствующих о системных нарушениях их здоровья (формирования плодово-плацентарного комплекса, реализации компенсаторно-защитных механизмов женщины и развития плода). В целях оптимизации демографических процессов, сохранения жизни и здоровья женщин и рождающегося потомства необходимо учитывать выявленные тенденции и направить максимум усилий и средств на поддержание социального статуса семьи и здоровья женщин до и во время беременности.

Ключевые слова: мать, потомство, плацента, развитие плода, биологический и социальный риск, рождаемость, заболеваемость, смертность, летальность.

ВВЕДЕНИЕ

Проблемы рождаемости, заболеваемости, смертности и качества потомства являются приоритетными для всех стран мира. В уставе созданного в 1948 г. специализированного учреждения ООН – Всемирной Организации Здравоохранения (ВОЗ) записано, что каждый человек нуждается в наивысшем достижимом уровне здоровья и имеет на это право. ВОЗ последовательно возвращается к проблемам сохранения здоровья в 20 веке – с его губительными войнами и катастрофами планетарного масштаба, а теперь и в 21 веке – с его политическими и экономическими кризисами, активизацией терроризма, максимальным расхождением общества на бедных и богатых, экологическими и климатическими проблемами, кризисом института семьи, увеличением возраста вступающих в брак, ростом социально обусловленных заболеваний и появлением новых болезней, порождающих все слои общества [1].

Сформированная в 1978 г. генеральная цель деятельности ВОЗ «Здоровье для всех» в 1998 г. была уточнена и ориентирована на «наивысшую приоритетность обеспечения здорового начала





жизни и переходных периодов в жизни человека», а специальный комитет полного состава 27-ой специальной сессии генеральной Ассамблеи ООН в 2002 г. дал жизнь всемирному движению «Создание мира пригодного для жизни детей».

В 2000 году большинство стран мира в рамках целей развития тысячелетия (ЦРТ) приняли решение в два раза снизить уровень нищеты в мире к 2015 году. Из 8 целей этой декларации 2 были направлены на улучшение охраны материнства и сокращение детской смертности. Для решения поставленных задач необходимо было реализовать более активное участие в сохранении здоровья граждан государственных структур, органов и учреждений всех уровней власти и хозяйствующих субъектов, гуманитарных и общественных организаций и частного сектора внутри каждой страны, а также партнерство между правительствами разных стран, международными учреждениями, международной общественностью.

Реалии 21-го века, так же как и 20-го, не позволили достичь поставленных целей и в конце намеченного срока (25 сентября 2015 г.) 193 страны – члены ООН утвердили новую программу «Преобразование нашего мира: Повестка дня в области устойчивого развития на период до 2030 года» (ЦУР), включающую 17 глобальных целей и 169 задач, решение которых сможет обеспечить устойчивое экономическое, социальное и экологическое развитие стран с 2016 по 2030 гг.

В Российской Федерации проблемы демографического развития прошли пик своего негативного проявления, однако в последнее время они вновь стали приобретать большое значение в связи с вступлением в активный репродуктивный возраст потомков лиц, пострадавших в результате Чернобыльской катастрофы 1986 г. и родившихся в «лихие» 90-е годы после развала СССР. И дело не только в количественном уменьшении числа женщин репродуктивного возраста, но и в качестве

их здоровья – способности зачать, выносить, родить и вскормить ребенка [2,3,4].

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

В данной статье мы ставим своей *целью* провести оценку состояния соматического и репродуктивного здоровья беременных, рожениц и родильниц в Российской Федерации в 2013-2014-2015 гг. по данным их заболеваемости и смертности, а также оценить здоровье их потомства и сформулировать на основе полученных данных предложения по решению выявленных проблем.

В качестве конкретных мер сформулированы следующие *задачи*:

1. Провести количественный анализ деторождения в Российской Федерации и ее регионах.

2. Оценить состояние здоровья матерей по данным заболеваемости и смертности беременных, рожениц и родильниц в РФ в 2013–2014 и 2015 гг.

3. Проанализировать качество рождающегося потомства по данным массы тела при рождении, заболеваемости, смертности и летальности доношенных и недоношенных новорожденных, детей экстремально низкой массой тела.

4. Сформулировать предложения по совершенствованию организационных мер ведения беременных с целью профилактики нарушений здоровья женщины и ее потомства.

Для решения поставленных задач использованы данные медицинской статистики (ФСН № 32 по России в целом и ее федеральным округам за 2013–2015 гг. и вкладыш 232 в ФСН 32 за те же годы), а также данные непосредственных контактов со специалистами во время приема годовых отчетов по территориям за 2014 и 2015 гг., включая дополнительные систематизированные сведения по состоянию здоровья умерших беременных, рожениц и родильниц (224 случая в 2014 г. и 190 случаев в 2015 г.).



ПОЛУЧЕННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ

I. Рождаемость детей в современной России

Рождаемость детей в России (число живорожденных) по данным Росстата с 1990 регулярно снижалась до 1999 г. (с 1988858 до 1214689), после чего наблюдался рост показателя до 2004 г. (до 1502477) и относительное снижение его в 2005 г. (1457376). В последующем вновь происходило увеличение рождаемости детей – вплоть до 2014 г. (до 1947301). В 2015 г., по данным медицинской статистики, число живорожденных в акушерских стационарах и на дому составило 1909639, что на 855 детей меньше, чем по аналогичным расчетам в 2014 г. (1910494). В 2014 году на фоне общего увеличения рождаемости в 38 субъектах Российской Федерации было зарегистрировано ее снижение. В 2015 г. процесс уменьшения деторождения усилился, охватив уже не 38, а 52 территории, что и привело к некоторому снижению в 2015 г. суммарного числа родов и живорожденных детей (табл. 1).

В ЦФО и ДВФО характеристика деторождения осталась неизменной, а в СЗФО даже

увеличилась. В то же время в 5 федеральных округах произошло увеличение числа территорий с отрицательной динамикой деторождения в 2015 году. В наибольшей степени эта тенденция проявилась в УФО (во всех 4 территориях здесь произошло уменьшение деторождения), а также в СФО (в 11 из 12 субъектов Российской Федерации деторождение снизилось) и ЮФО (в 4 из 5 территорий число деторождений пошло на убыль).

II. Состояние здоровья женщин-матерей

В 2015 г., по сравнению с предыдущими годами, зарегистрирован ряд положений, свидетельствующих об ухудшении здоровья беременных женщин. В первую очередь, это – *рост абсолютного числа и долевого участия самопроизвольного прерывания у них беременностей*. Так, в 2013 г. самопроизвольный аборт произошел у 232111 женщин (в 26,3%); в 2014 г. – у 234859 (в 28,8%) – т.е. увеличился на 9,5%. В 2015 г. частота самопроизвольного прерывания беременности составила 236380 (т.е. в 31,7%

Таблица 1

Сравнительная оценка числа территорий, входящих в федеральные округа РФ, увеличивших и уменьшивших деторождение в 2014 и 2015 годы

Федеральные округа (число субъектов)	увеличение деторождения		2015/ 2014 %	уменьшение деторождения		2015/ 2014 %
	2014 г.	2015 г.		2014 г.	2015 г.	
ЦФО (18)	11	11	=	7	7	=
СЗФО (11)	6	7	+1	5	4	-1
ЮФО (6)	5	1	-4	1	5	+4
СКФО (7)	5	2	-3	2	5	+3
ПФО (14)	7	4	-3	7	10	+3
УФО (6)	4	0	-4	2	6	+4
СФО (12)	2	1	-1	10	11	+1
ДВФО (9)	5	5	=	4	4	=
Респ. Крым	-	-		-	1	
г.Севастополь	-	1		-	-	
Всего	45	32		38	53	





Таблица 2

Сравнительная оценка заболеваемости женщин, окончивших беременность в 2013-2014-2015 годах

Наименование патологии	2013 г.	2014 г.	2015 г.	2014/2013	2015/2014
	На 100 беременных женщин			(±%)	
Всего женщин, имеющих патологию	79,48	78,30	74,1	-1,48	-4,2
в т.ч.:					
Преэклампсия и эклампсия	1,50	1,62	2,28	+8,0	+40,7
Венозные осложнения	4,66	4,78	5,18	+2,58	+8,4
Болезни мочеполовой системы	17,38	17,00	16,57	-2,19	-2,5
Угроза прерывания беременности: (до 22 недель)	18,26	17,86	19,01	-1,02	+6,4
Изоиммунизация	1,45	1,59	1,80	+9,66	
Сахарный диабет	0,73	1,33	2,15	+82,19	+13,2
Анемия	33,08	31,9	32,61	-3,39	+2,2
Болезни эндокринной системы (щитовидной железы)	5,53	5,54	6,59	+0,18	+19,0
Бол-ни системы кровообращения	9,67	9,04	8,25	-6,51	-8,7

от числа всех прерываний беременностей в этом году), а рост данного явления, по сравнению с 2014 г., составил 10,1%.

Как и в предыдущем 2014 г., в отчетном 2015 году продолжало увеличиваться число беременных с венозными осложнениями (эндотелиальной дисфункцией) [5,6], больных диабетом и страдающих изоиммунизацией, а также число беременных с заболеваниями эндокринной системы. Зафиксирован высокий показатель преэклампсии и эклампсии, что коррелирует с отмеченным в 2014 году их относительным увеличением среди всех форм токсикоза.

Согласно статистическим данным, в 2015 году относительно увеличилось число рожениц, страдающих анемией, преэклампсией и эклампсией, нарушением свертываемости крови и такими осложнениями родов, как преждевременная отслойка плаценты, родовое и послеродовое кровотечение, патология пуповины, разрыв матки, что можно расценить как снижение защитных сил организма (табл. 3).

Наряду с заболеваемостью для оценки состояния здоровья матерей как наиболее

объективные сведения использовали данные об умерших беременных женщинах, роженицах и родильницах. В целях возможности систематизации данных из разных субъектов РФ за 2015 г. предварительно по территориям была разослана унифицированная схема предоставления соответствующих отчетов, которая включала: сведения о возрасте, проживании в городе-селе, паритете беременности и родов, сроке постановки на учет в женской консультации, наличие хронической экстрагенитальной патологии и гинекологической заболеваемости, осложнениях данной беременности и родов, сроке беременности на момент родов и смерти, виде родоразрешения, основной причине смерти, результатах патологоанатомических исследований, квалификации каждого случая смерти по ее характеру (прямая и косвенная; предотвратимая, условно предотвратимая и непредотвратимая).

Цель подобной разработки сугубо научная – углубленное исследование причин гибели женщин (биологического и социального риска снижения компенсаторно-защитных



Таблица 3

Сравнительные данные о патологических состояниях у рожениц и родильниц РФ в 2013-2014-2015 годах

Нозология	2013 г.	2014 г.	2015 г.	2014/ 2013	2015/ 2014
	на 100 рожениц			(±%)	
Всего рожениц с патологией, из них:	63,64	60,93	62,48	-4,26	+2,5
Число заболеваний на одну роженицу с патологией	1,79	1,88	1,80	+5,03	
Преэклампсия и эклампсия	2,65	2,95	3,00	+11,32	+1,7
Сахарный диабет	0,78	1,41	2,37	+80,77	+27,7
Преждевремен. разрыв плодных оболочек	19,40	19,10	19,46		+1,9
Кровотечение: при предлежании плаценты	0,21	0,22	0,183-	+4,76	
- нарушении свертывания крови, в т.ч.:	0,07	0,06	0,137		+128,3
- дородовое в связи с нарушением свертываемости крови	0,007	0,009	0,064	+28,57	+611,1
- при преждевременной отслойке плаценты	0,87	0,89	0,926	+2,30	+4,0
Нарушения родовой деятельности	9,91	9,23	8,810		
Роды, осложненные патологией пуповины	6,14	5,71	7,705		+34,9
Разрыв промежности III-IV ст.	0,02	0,03	0,021	+50,0	
Разрыв матки (всего)	0,014	0,01	0,014		+40,0
из них: вне стационара	0,006	0,005	0,005		
Кровотечение в послеродовом и послеродовом периоде	1,06	1,02	1,080		+5,9
Родовой сепсис, разлитая послеродовая инфекция	0,03	0,02	0,019		
Болезни мочеполовой системы	6,07	5,76	5,11		
Венозные осложнения	1,95	1,95	1,98	=	+1,5
Анемия	22,99	23,50	23,53	+2,22	+0,13
Болезни системы кровообращения	6,44	6,29	5,54		
Акушерская эмболия	0,001	0,006	0,0036	> в 6 раз	

возможностей женского организма), а также качества оказываемой им медицинской помощи (в частности, наличие ятрогенных повреждений).

Всего за 2015 г. поступили сведения о 190 женщинах, умерших при реализации своей репродуктивной функции. Согласно этим данным, среди умерших преобладают женщины позднего репродуктивного возраста. Относительно высока доля жительниц села (38,1%). До 35,0% умерших женщин не состояли или поздно встали на диспансерный учет по беременности.

Только у 12 женщин из 190 умерших не зарегистрированы экстрагенитальные

заболевания и гинекологическая патология. Смерть этих женщин обусловлена маточным кровотечением при неполном аборте (4), разрывом матки (1) и маточной трубы при внематочной беременности (1), флеботромбозом и тромбоэмболией легочной артерии (3), ятрогией (3).

У остальных 178 женщин, погибших во время беременности, родов и в послеродовом периоде, зафиксированы множественные экстрагенитальные заболевания и хроническая патология мочеполовой системы, в основном, воспалительного и дистрофического характера, что в значительной степени ослабляло





Таблица 4

Сведения о характере и частоте прямых причин материнской смерти

Показатели	2014		2015		Соотноше- ние 2015/2014 (%)
	Абс. (из 224)	Доля на 100 умерших	Абс. (из 190)	Доля на 100 умерших	
Кровотечение – всего из них:	34	12,95	29 (52)*	15,26**	+17,8
- отслойка нормально расположенной плаценты	24	10,7	17 (28)	8,95	
- кровотечение послеродовое	5	2,23	7 (9)	3,68	+65,0
- при производстве аборта	5	0,90	5	2,63	
Преэклампсия и эклампсия	31	13,84	24 (39)	12,63	-8,7
Акушерская эмболия	40	17,86	20	10,53	-41,0
Сепсис	13	5,80	13 (40)	6,84	+17,9
Др. инфекционные осложнения	-4 (65)		5 (42)	2,63	
Ятрогения	10	4,46	10(21)	5,26	+17,9
Разрыв матки	7	3,13	6	3,16	+0,1
Разрыв маточной трубы	3	1,34	6	3,16	+0,1
ВСЕГО	142	63,39	113	59,47	-6,18

* Здесь и ниже вне скобок представлено число данной патологии у умерших, являющееся основной причиной смерти, а в скобках – общее количество этой патологии среди всех умерших.

** Здесь и далее представлена доля, рассчитанная на общее число умерших женщин.

защитные силы женского организма в таком ответственном (напряженном и ранимом) периоде их жизни, как беременность и роды.

В табл. 4 представлены сведения о характере и частоте прямых причин материнской смерти в 2014–2015 гг.

При оценке частоты встречаемости патологии, обусловившей **прямые акушерские причины материнских смертей**, обращает на себя внимание рост в 2015 г., по сравнению с 2014 г., септических осложнений, случаев ятрогении и кровотечений. При этом в 2015 г. относительно возросло также число материнских смертей, обусловленных косвенными причинами, в основном – экстрагенитальными заболеваниями матери.

Ведущие среди них: болезни *сердечно-сосудистой системы*: 8 врожденных и приобретенных пороков сердца, 2 инфаркта миокарда, 6 разрывов аневризмы аорты и сосудов головного мозга, фибрилляция предсердий

и фиброэластоз миокарда; гипертоническая болезнь с цереброваскулярными нарушениями (у 2 женщин); *тромбофлебит и тромбоэмболия легочной артерии* (у 16 женщин). *Вирусный гепатит* послужил косвенной причиной смерти у 13 и ВИЧ-инфекция – у 8 беременных женщин; *заболевания органов дыхания* – у 9 женщин, страдающих острой вирусно-бактериальной пневмонией, гриппом, трахеобронхомаляцией 3 степени с хронической легочной гипертензией и облитерацией плевральной полости. *Заболевания органов пищеварения* расценены как косвенная причина смерти в 2-х случаях панкреонекроза и в 5 случаях жировой дистрофии печени. Группу 7 *больных злокачественными заболеваниями* составили женщины, больные раком (с метастазами) грудной железы, желудка, прямой кишки, а также меланомой и астроцитомой (большинство из них диагностировано впервые во время беременности).



Особого внимания заслуживают тексты ряда патологоанатомических заключений о наличии у умерших женщин «морфологических признаков задержки инвазии трофобласта и неполной перестройки миометриальных сегментов маточно-плацентарных артерий» – в сочетании с признаками эндотелиальной дисфункции, децидуита, хронической фетоплацентарной недостаточности, замершей беременности.

Таким образом, данные о состоянии здоровья беременных-рожеиц-родильниц за 2015 г., в сравнении с аналогичными показателями 2014 г.:

1) свидетельствуют: о нарастании у них патологических проявлений, главным образом – сосудистых нарушений;

2) подтверждают высказанное ранее положение о снижении защитных сил женского организма;

3) конкретизируют положение о низком качестве медицинской помощи беременным и роженицам.

Раздел III. Состояние здоровья потомства

О состоянии здоровья потомства судили на основании показателей физического развития при рождении, заболеваемости, смертности и летальности в перинатальном периоде (по данным ФСН № 32).

Расчеты по массе тела в отчетном 2015 году осложнялись тем, что в этом году появилось значительное количество детей, масса тела которых была ниже 500 г – при том, что срок гестации их превышал 22 недели. Их появление на свет расценивалось как роды (их матери, соответственно, получали декретный оплачиваемый отпуск), их гибель в перинатальном периоде считалась перинатальной смертью (и они подвергались патологоанатомическому вскрытию). В предшествующие годы такие дети рождались, но этот феномен встречался редко и имел место в основном при многоплодии. Рождение этих детей учитывалось, если они переживали

верхнюю границу перинатального периода (168 часов после рождения).

В 2015 г. число таких новорожденных выросло и по неполному представлению территорий достигло **468**. Эти дети рождались живыми в 25,4% и мертвыми – в 74,6% и далеко не всегда причиной их гипотрофии являлось многоплодие. Скорее это можно было объяснить патологическими проявлениями со стороны здоровья матери и социальным неблагополучием.

Большинство живорожденных детей при сроке гестации 22 недели и более, имевших при рождении массу тела менее 500 г, умерло. Выжить удалось 119 (24,37%). Перинатальный период пережили 49 детей (41,2%).

Общее число живорожденных в 2015 г., прошедших через акушерские стационары, составило 1909420. За вычетом 145 живых детей, имевших массу тела менее 500 г (при сроке гестации 22 недели и более) число живорожденных в 2015 г. определяется величиной 1909275. Доля недоношенных детей среди живорожденных равна 5,77% (110073 из 1909275) – ровно как и с учетом 145 детей менее 500 г (110218 из 1909420). Таким образом, **доля недоношенных новорожденных в 2015 г. определяется более высокой, чем в предшествующие годы.**

Среди мертворожденных доля недоношенных детей в 2015 г. составляет 65,69% (7475 из 11379), а с учетом достигших 22 недель гестации, но имеющих массу тела менее 500 г (344 мертворожденных) доля недоношенных среди всех мертворожденных несколько выше – 66,70% (7475+344 из 11723). Ниже представлены данные частоты рождения и смерти детей разной массы тела при рождении за последовательные 2013-2014-2015 годы (табл. 5).

Проведенный сравнительный анализ показал, что за анализируемые три года в наибольшей степени снизилось число родившихся живыми среди новорожденных с максимально низкими, а число родившихся мертвыми – среди новорожденных с максимально крупными





Таблица 5

Сопоставление живо-, мертворожденных и умерших в 2013, 2014 и 2015 годах по массе тела в пересчете на 100 новорожденных по группам (без учета детей менее 500 г при сроке гестации 22 недели и более)

Масса тела (г)	Родились живыми				Родились мертвыми				Умерли после рождения			
	2013	2014	2015	2015/2013 (±%)	2013	2014	2015	2015/2013 (±%)	2013	2014	2015	2015/2013 (±%)
500-749	0,12	0,11	0,10	-16,7	15,61	14,79	14,10	-9,7	18,93	17,43	18,06	-4,6
750-999	0,25	0,25	0,24	-4,0	11,80	10,62	11,39	-3,5	18,91	19,52	19,44	+2,8
1000-1499	0,65	0,65	0,66	+1,5	14,34	14,52	15,00	+4,6	16,23	16,82	16,93	+4,3
1500-1999	1,33	1,30	1,28	-3,8	12,56	13,67	13,24	+5,4	10,80	9,57	9,86	-8,7
2000-2449	3,81	3,72	3,71	-2,6	12,63	12,96	13,25	+4,9	8,84	8,54	8,73	-8,4
2500-2999	15,20	15,16	15,35	+1,0	12,02	12,28	12,6	+4,8	8,29	8,73	9,42	+13,6
3000-3499	37,88	37,74	37,94	+0,2	11,37	11,36	11,42	+0,4	9,18	9,81	9,56	+4,1
3500-3999	30,63	30,78	30,77	+0,5	6,35	6,48	6,11	-3,8	6,34	6,78	5,40	-14,8
4000 и >	10,13	10,29	9,93	-1,97	3,32	3,12	2,82	-15,1	2,48	2,80	2,24	-9,7
	100,0	100,0	100,0		100,0	100,0	100,0		100,0	100,0	100,0	

параметрами массы тела. В то же время наблюдается **рост числа «маловесных» новорожденных** – очень низкой массой тела (недоношенные 1000–1499 г) и малой массой тела (доношенные с проявлениями «гипотрофии» – 2500–2999 г). Рост числа живорожденных массой тела 3000–3999 г. незначителен (+0,2–0,5%). Число мертворождений также в основном относительно увеличилось в группах 1000–1499, 1500–1999, 2000–2499 и 2500–2999 г. Число умерших живорожденных разных весовых категорий при рождении тем выше, чем меньше их антропометрические показатели – табл. 5.

За три года наблюдения зафиксировано уменьшение гибели живорожденных в пяти весовых группах (массой тела 3500–3999 г, 4000 г и более, 1500–1999 г, 2000–2499 г, 500–749 г) и рост смертей в четырех весовых группах – максимально в группе доношенных гипотрофиков массой тела 2500–2999 г (+13,6%), недоношенных гипотрофиков 1000–1499 (+4,3%) и детей нормативной массой тела при рождении – 3000–3499 г (+4,1%).

Ниже, в табл. 6, а затем 7 и 8 проводится анализ динамики *заболеваемости* новорожденных массой тела 1000 г и более (всего и отдельно доношенных и недоношенных) в РФ в 2013-2014-2015 годах.

Для всех детей массой тела более 1000 г характерно последовательно происходящее на протяжении последних трех лет снижение показателей внутриутробной гипоксии и асфиксии при рождении, замедления роста и недостаточности питания, неонатальных аспирационных пневмоний.

У доношенных детей также снижается частота неонатальных аспирационных синдромов, церебральных нарушений и «прочих» болезней, а у недоношенных – родовых травм, врожденных аномалий (хотя они остаются вдвое выше, чем у доношенных новорожденных) и внутрижелудочковых кровоизлияний.

Общая заболеваемость новорожденных массой тела 1000 г и более в 2014 г. (по сравнению с 2013 г.) изменялась в меньшей степени, чем в 2015 г. (по сравнению с 2014 г.) – по 5 и 10 позициям, соответственно. При этом



Таблица 6

**Заболеваемость новорожденных детей с массой тела
1000 и более грамм в РФ в 2013-2014-2015 годах**

Показатели	2013	2014	2015	2014/2013	2015/2014
	(%о)			(%)	
Показатель родившихся больными и заболевших	335,15	331,9	319,23		
Число заболеваний на 1 больного	1,51	1,49	1,50		+0,7
Замедление роста и недостаточность питания	81,5	79,0	77,04		
Родовая травма-всего	27,59	27,77	27,27	+0,7	
в т.ч. разрыв в/черепных тканей и кровоизлияние	0,62	0,57	0,74		+29,8
Внутриутробная гипоксия и асфиксия при рождении	78,7	71,76	63,00		
Респираторные нарушения – всего	43,6	42,65	43,9		+2,9
в т.ч.: - респираторный дистресс	24,39	23,59	24,46		+3,7
- врожденная пневмония	9,87	9,88	9,84	+0,1	
- неонатальные аспирационные синдромы	4,18	3,93	3,75		
- неонатальная аспирационная пневмония	0,82	0,79	0,71		
Инфекционные болезни перинатального периода	14,39	14,68	15,1	+2,0	+2,9
в т.ч.: бактериальный сепсис	0,32	0,29	0,36		+24,1
Перинатальные гематологические нарушения	10,96	9,52	9,9		+4,0
Внутрижелудочковые Кровоизлияния	4,60	4,18	4,1		
Гемолитическая болезнь плода	8,37	8,97	9,4	+7,2	+4,8
Неонатальная желтуха	74,96	75,59	75,5	+0,8	
Другие церебральные нарушения	71,35	70,36	65,5		
Врожденные аномалии	29,66	29,31	29,5		+0,6
Прочие болезни	15,17	14,95	13,8		

в 2015 г. четко проявилась тенденция снижения защитных сил организма – в виде роста инфекционной заболеваемости (специфических инфекций, бактериального сепсиса, ОРВИ и гриппа), а также патологических проявлений при родовой травме (рост числа разрывов внутричерепных тканей), а также респираторных нарушений (в том числе респираторного дистресса), гематологических нарушений и числа заболеваний на одного ребенка.

Наибольшие расхождения в величине показателей у доношенных и недоношенных

плодов регистрируется в отношении нарушений дыхательной функции (расстройств дыхания в 27 раз, респираторного дистресса – в 60 раз), внутриутробного инфицирования (бактериального сепсиса в 28 раз, врожденной пневмонии – в 23 раза) а также внутрижелудочковых кровоизлияний (в 14 раз).

Обращает на себя внимание тот факт, что среди обеих категорий новорожденных из года в год возрастает частота гемолитической болезни плода и инфекций, специфических для перинатального периода





Таблица 7

Сравнительный анализ заболеваемости доношенных и недоношенных детей массой тела более 1000 г

	Доношенные					Недоношенные				
	2013	2014	2015	2014/2013	2015/2014	2013	2014	2015	2014/2013	2015/2014
	‰			%		‰			%	
Показатель родившихся больными и заболевших	296,6	293,8	280,7			987,1	978,7	989		+1,1
Число заболеваний на 1 больного	1,36	1,34	1,35	+0,7		2,28	2,23	2,24		+0,4
Замедление роста и недостаточн. питания	72,8	71,22	69,36			223,8	213,3	210,7		
Родовая травма-всего	28,3	28,55	28,1	+0,88		16,0	14,32	12,1		
разрыв в/чер.тканей и кровоизлияние	0,60	0,54	0,74		+37,0	1,0	0,94	0,70		
Внутриутробн. гипоксия и асфиксия при рождении	65,3	59,67	51,9			305,5	280,1	256,5		
Респираторные нарушения-всего	18,3	18,50	18,2	+1,1		470,2	458,9	490,8		+7,0
из них: - дистресс	5,81	5,84	5,83	+0,52		338,3	329,5	348,7		+5,8
- врожд. пневмония	5,50	5,82	5,72	+0,52		83,76	79,72	81,4		+2,1
- неонатальн. аспирационные синдромы	4,06	3,80	3,69			5,64	6,16	4,8	+9,2	
- неонатальн. аспирационная пневмония	0,79	0,76	0,69			1,31	1,23	1,05		
Инфекционные б-ни перинатального периода	10,4	10,70	10,3	+2,88		82,2	83,38	98,3	+1,4	+17,9
из них: бактериальный сепсис	0,11	0,13	0,14	+18,18	+7,7	3,85	3,07	4,12		+34,2
Перинатальные гематологические нарушения	8,36	7,43	7,59		+2,2	54,9	50,98	49,31		
Внутрижелудочковые кровоизлияния	2,48	2,18	2,4		+10,1	40,36	38,75	34,4		
Гемолитическая болезнь плода	7,94	8,47	9,0	+6,68	+6,3	15,56	17,44	17,8	+12,1	+2,1
Неонатальная желтуха	61,27	61,82	62,3	+0,90	+0,8	306,3	312,9	308,9	+2,2	
Другие церебральные нарушения	54,5	52,44	49,1			355,4	379,1	369,9	+6,7	
Врожденные аномалии	27,7	27,63	27,9		+1,0	62,95	58,19	56,8		
Прочие болезни	13,5	12,94	11,8			44,32	49,68	49,0	+12,1	



(преимущественно среди недоношенных) и бактериального сепсиса (преимущественно среди доношенных).

В 2015 г. в обеих группах увеличилось число детей, страдающих респираторным дистрессом и врожденной пневмонией, а также число заболеваний на одного ребенка. Наиболее выраженный рост зарегистрирован в отношении бактериального сепсиса: среди доношенных с 2013 по 2015 гг. – на 27,3% и среди недоношенных с 2014 по 2015 гг. – на 34,2%.

Ниже, в табл. 8 приводятся данные о заболеваемости новорожденных детей экстремально низкой массой тела по трем годам – 2013, 2014 и 2015.

Как следует из приведенных данных, в анализируемые годы происходит относительное ухудшение здоровья рождающихся

детей ЭНМТ – выраженное в большей степени, чем в группах более зрелых доношенных и недоношенных новорожденных массой тела более 1000 г.

В этой когорте новорожденных в 2014 г., по сравнению с 2013 годом, в наибольшей степени участились патологические состояния, развитию которых способствовало низкое качество оказываемой детям медицинской помощи (в первую очередь – родовая травма, внутричерепное кровоизлияние вследствие родовой травмы, неонатальная аспирационная пневмония). Даже рост врожденных аномалий мог быть в значительной степени связан с недообследованием беременных на предмет выявления и за счет непроведения своевременной элиминации плодов с аномалиями внутриутробного развития.

Таблица 8

Заболеваемость детей с экстремально низкой массой тела в 2013, 2014 и 2015 годах (на 1000 – в ‰)

Наименование патологии	Показатели у детей ЭНМТ			2014/ 2013	2015/ 2014
	2013	2014	2015	(‰)	
Родившиеся больными и заболевшие	999,7	994,7	999,3		+0,5
Число заболеваний на одного больного	2,87	2,97	3,09	+3,5	+4,01
Состояния, возникшие в перинатальном периоде из них:	2693,3	2723,4	2895,3	+1,1	+6,3
Родовая травма – всего	7,42	25,82	7,22	+80,3	
в т.ч.: в/черепное кровоизлияние вследствие родовой травмы	1,74	2,37	2,41	+36,2	+1,7
Внутрижелудочковые кровоизлияния	249,09	307,9	221,65	+23,6	
Внутриутробная гипоксия и асфиксия при родах	383,38	281,0	378,80		+34,8
Дыхательное расстройство (дистресс)	706,0	696,6	718,05		+3,1
Врожденная пневмония	164,41	167,2	207,67	+1,7	+24,2
Неонатальные аспирационные синдромы	2,62	2,23	3,01		+35,0
Неонатальная аспирационная пневмония	0,73	1,34	1,35	+83,6	+0,7
Инфекционные болезни, специфичные для перинатального периода	235,50	237,4	246,62	+0,8	+3,9
в т.ч.: бактериальный сепсис новорожденного	56,02	53,4	61,95		+15,9
Другие нарушения церебрального статуса новорожденного	259,0	289,9	301,65	+11,9	+4,1
Врожденные аномалии	69,40	91,2	73,83	+31,4	
Прочие болезни	110,0	140,1	120,15	+27,4	





В 2015 г. продолжали увеличиваться состояния перинатального периода, в том числе внутриутробная гипоксия и асфиксия при рождении, дыхательные расстройства и инфекционные болезни, специфические для перинатального периода, включая бактериальный сепсис и пневмонию различного

генеза, нарушения церебрального статуса.

Сравнение динамических показателей заболеваемости детей массой тела более 1000 г (как доношенных, так и недоношенных) и детей ЭНМТ показывает, что наблюдающееся ухудшение здоровья детей свыше 1000 г наиболее ярко и в более широком

Таблица 9

Сравнительные показатели летальности доношенных и недоношенных новорожденных детей в 2013-2014-2015 годах

Показатели	Доношенные					Недоношенные				
	2013	2014	2015	2014/ 2013	2015/ 2014	2013	2014	2015	2014/ 2013	2015/ 2014
	(в %)					(в %)				
Число умерших по отношению к числу родившихся больными и заболевших	0,32	0,28	0,25			2,26	1,97	1,7		
ОРВИ и грипп	0,0	6,98	0,43	6,98/0		0,0	40,0	5,9	40,0/0	
Замедление роста и недостаточности питания	0,004	0,007	0,005	+75,0		0,04	0,05	0,02	+25,0	
Родовая травма всего	0,08	0,06	0,06			2,22	2,07	1,12		
в т.ч.: – разрыв в/черепн. тканей, кровоизлияние	2,65	2,35	1,27			26,92	25,5	11,1		
Внутриутробная гипоксия и асфиксия при родах	0,23	0,22	0,17			0,77	0,70	0,7		
Респираторные нарушения – всего	1,71	1,24	1,1			1,97	1,53	1,2		
в т.ч.: – респираторный дистресс	0,98	0,79	0,6			1,87	1,30	0,9		
- врожденная пневмония	2,91	1,91	1,7			2,59	2,54	1,1		
- неонатальные аспирационные синдромы	1,45	1,14	0,9			2,05	2,18	2,2	+6,34	+0,9
- неонатальная аспирационная пневмония	2,60	3,73	2,6	+43,5		2,21	5,47	1,8	+147,5	
Инфекционные болезни перинатального периода	1,12	1,03	0,85			3,83	3,87	3,1	+1,04	
в т.ч.: бактериальный сепсис	20,2	21,89	24,4	+8,37	+11,5	24,5	36,25	30,8	+48,0	
Перинатальные гематологические нарушения	0,06	0,10	0,11	+66,67	+10,0	0,21	0,32	0,4	+52,4	+25,0
Внутрижелудочковое Кровоизлияние	0,69	0,54	0,7		+29,6	5,72	4,72	4,6		
Гемолитическая болезнь плода	0,19	0,16	0,12			2,54	2,64	2,5	+3,94	
Неонатальная желтуха	0,002	0,004	0,0	+100,0		0,009	0,006	0,01		+66,7
Другие нарушения церебрального статуса	0,02	0,03	0,04	+50,0	+33,3	0,05	0,08	0,10	+60,0	+25,0
Врожденные аномалии	0,88	0,92	0,79	+4,55		5,43	5,43	5,3		
Прочие болезни	0,15	0,13	0,10			0,70	0,58	0,3		



спектре проявляется у новорожденных ЭНМТ. Это разница выражена, прежде всего, в отношении перенесенной внутриутробной гипоксии и асфиксии при рождении. Она составила в 2015 г. у недоношенных массой тела более 1000 г 256,5%, а у детей ЭНМТ – 378,8%. При этом рост гипоксии в 2015 г., относительно 2014 г., у детей ЭНМТ был максимален (+35,0%), что обусловило увеличение числа больных детей ЭНМТ и числа отдельных состояний перинатального периода, внутричерепных кровоизлияний, а также церебральных нарушений.

Проявлением снижения защитных сил организма является также рост внутриутробной инфекции (бактериального сепсиса, врожденной пневмонии), а проявлением задержки развития – затрудненное становление дыхания (рост показателей аспирационных синдромов и респираторного дистресса). Одним из характерных проявлений нарушения защитных сил организма и незрелости новорожденных является снижение их выживаемости при патологических состояниях. В связи с этим проведено сравнительное исследование летальности доношенных и недоношенных новорожденных, в том числе детей ЭНМТ (табл. 9).

Наибольшее число смертельных исходов приходится среди обеих групп детей на бактериальный сепсис, внутричерепные и внутрижелудочковые кровоизлияния, врожденные и аспирационные пневмонии, врожденные аномалии у недоношенных детей. В 2014 г. зарегистрировано увеличение летальных исходов ОРВИ и гриппа, замедления роста и недостаточности питания, неонатальных аспирационных пневмоний, неонатальных гематологических нарушений и нарушений церебрального статуса.

В 2015 г. летальные исходы перинатальных геморрагических проявлений и нарушений церебрального статуса в обеих группах продолжали нарастать. Среди доношенных увеличились также летальные исходы бактериального сепсиса и внутрижелудочковых кровоизлияний, а у недоношенных – еще и неонатальные аспирационные синдромы и желтуха.

Как следует из приведенных данных, показатели летальности недоношенных новорожденных ЭНМТ значительно превышают аналогичные показатели у недоношенных детей массой тела при рождении 1000 г и более.

Так, сравнение общей летальности за 2015 г. недоношенных новорожденных и детей, рожденных массой 500–999 г, выявило превышение показателей у детей ЭНМТ над аналогичными данными у недоношенных массой тела более 1000 г в 15,9 раза (26,97 и 1,7%). Несмотря на минимальное значение заболеваемости детей ЭНМТ неонатальной аспирационной пневмонией (по годам: 0.73; 1.34; 1.35%), летальность по этой причине определялась одной из наиболее высоких (40,00; 33,33; 44,44). При этом разница с аналогичными показателями у недоношенных детей массой тела более 1000 г составляет 24, 7 раза (44,4 и 1,8%).

Разница показателей летальности при нарушениях церебрального статуса – 18-кратная (1,84 и 0,1%) и при родовой травме – 13-кратная (14,58 и 1,12%). При респираторном дистрессе и врожденной пневмонии разница составляет 10,5 и 10,7 раза; при внутриутробной гипоксии и асфиксии в процессе рождения – 8,6 раза; при специфических инфекциях – 7,6 раза; ВЖК – 5,5 раза; гематологических нарушениях – 5,0 раза; при аспирационных синдромах – 4,3 раза; внутричерепных кровоизлияниях – 2,8 раза; врожденных аномалиях – 1,9 раза и при бактериальном сепсисе – 1,3 раза.

В динамике в 2014 г. зафиксирован рост летальности при неонатальных аспирационных синдромах, а в 2015 г. – при родовой травме, неонатальной аспирационной пневмонии и бактериальном сепсисе.

Таким образом, тщательный анализ статистических данных о массе тела детей при рождении, их заболеваемости, смертности и летальности за три последних года позволил выявить **на фоне относительного благополучия ряд показателей, свидетельствующих о системных негативных изменениях**





Таблица 10

**Показатели летальности новорожденных детей ЭНМТ
по группам заболеваний в 2013, 2014 и 2015 годах**

Наименование патологии	2013	2014	2015	2014/ 2013	2015/ 2014
	[‰]			[%]	
Общая летальность (соотношение числа умерших к числу родившихся больными и заболевшим)	35,10	30,67	26,97		
Отдельные состояния, возникшие в перинатальном периоде	12,40	10,60	8,99		
из них: родовая травма – всего	29,41	6,32	14,58		+130,7
в т.ч.: разрыв внутримозговых тканей и кровоизлияние вследствие родовой травмы	58,33	50,00	31,25		
Внутрижелудочковые кровоизлияния	29,96	26,41	25,10		
Внутриутробная гипоксия и асфиксия при родах	9,30	7,92	5,99		
Дыхательное расстройство у новорожденных (дистресс)	14,98	13,42	9,49		
Врожденная пневмония	16,37	13,66	11,80		
Неонатальные аспирационные Синдромы	27,78	46,67	10,0	+68,00	
Неонатальная аспирационная Пневмония	40,00	33,33	44,44		+33,33
Инфекционные болезни, специфичные для перинатального периода	28,85	26,0	23,60		
в т.ч.: бактериальный сепсис новорожденного	44,68	39,72	41,26		+3,88
Другие нарушения церебрального статуса новорожденного	2,13	2,00	1,84		
Врожденные аномалии	18,45	14,00	10,18		
Прочие болезни	3,70	2,65	1,50		

в состоянии здоровья рождающегося поколения, в том числе:

- нарастающее снижение в ряде регионов России в 2015 г., по сравнению с 2013 и 2014 г., числа деторождений;
- относительное увеличение среди рожденных доли недоношенных детей;
- рост общего числа маловесных детей (с проявлениями гипотрофии) в контингентах массой тела 1000-2499-2999 г;
- рождение в регионах солидной группы детей ЭНМТ с проявлениями гипотрофии (массой менее 500 г при сроке гестации 22 недели и более);

- Учащение инфекционных заболеваний, специфичных для перинатального периода, в частности – бактериального сепсиса, а также респираторных расстройств, гемолитической болезни плода, неонатальной желтухи.

Наиболее широкий спектр роста заболеваемости зарегистрирован среди детей ЭНМТ, особенно внутриутробной гипоксии и асфиксии при рождении, неонатальных аспирационных синдромов, врожденной пневмонии, бактериального сепсиса, церебральных нарушений и числа заболеваний на одного ребенка.



ОБСУЖДЕНИЕ

Особого внимания и соответственно обсуждения заслуживают три приведенных в тексте статьи результата проведенного анализа динамики состояния здоровья женщин-матерей в современной России: 1) нарушение гестационной перестройки сосудистой системы матки и плацентации; 2) рост септических осложнений и 3) рост ятрогенных осложнений.

1) Нарушение гестационной перестройки сосудистой системы матки и плацентации. По данным литературы, именно нарушение первой и второй волн цитотрофобластической инвазии является одной из ведущих причин растущего в последнее время неблагоприятного течения беременности – «замерших» беременностей, отслойки нормально расположенной плаценты с кровотечением, преэклампсии, фето-плацентарной недостаточности и задержки развития плода [7,8,9].

В норме благодаря комплексному последовательному регулирующему действию местных факторов (эндотелиальных клеток, молекулярно-генетических и эндокринных факторов, нервной и иммунной систем, цитокинов, локальных иммуносупрессоров) обеспечивается регуляция вазомоторного тонуса, постоянство кровотока и парциального давления кислорода, контроль перекисного окисления липидов, препятствие агрегации тромбоцитов в сосудистом русле, предотвращение экстравазации и блокирование процессов апоптоза [10,11,12].

Результаты проведенных нами статистических исследований выявили рост практически всех возможных нарушений этих последовательных процессов как у матери (увеличение числа самопроизвольных выкидышей, преэклампсии и эклампсии, рост кровотечений, венозных осложнений тромбоэмболий -ТЭЛА, инфекционно-воспалительных процессов), так и у новорожденных (преимущественный рост маловесного потомства, недоношенных детей и детей-гипотрофиков в каждой весовой категории, детей с нарушениями респираторной функции и воспалительными заболеваниями).

2) Инфекционные осложнения в виде сепсиса и других инфекционных осложнений в 2015 г., по сравнению с предыдущим годом, участились: наблюдались суммарно у 82 женщин из 190 умерших и составили 43,2% (в 2014 г. зарегистрированы у 78 из 224 умерших – в 34,8%). При этом частота сепсиса как основной причины смерти возросла на 17,9%.

Несомненное значение в массовом развитии инфекционных осложнений у беременных женщин, рожениц и родильниц играет наличие у них большого числа хронических воспалительных процессов в носоглотке и верхних дыхательных путях, желудочно-кишечном тракте и особенно – в мочеполовых органах (цистит, пиелонефрит, гломерулонефрит, кольпит, цервицит, аднексит, сальпингит, оофорит, эндометрит, бактериальный вагиноз, урогенитальная инфекция – хламидиоз, микоплазмоз, уреаплазмоз и пр.), а также развитие при этом оксидативного стресса, обуславливающего снижение иммунитета [13].

Посевы крови выявили разнообразную флору, имеющую преимущественно внутрибольничное происхождение и обуславливающую септико-пиемические процессы в организме умерших женщин: *Acinetobacter* (комплексы: *baumannii*, *lwoffii*, *haemolyticus*), *Streptococcus pyogenes*, *Klebsiella pneumoniae*, *Enterococcus*, *Candida glabrata* и др.

Специальных иммунологических исследований в регионах не проводили, но сам факт распространения среди широкого круга беременных, рожениц и родильниц внутрибольничных инфекций, резистентных к антибиотикам, и грибковых заболеваний (дециминированный кандидоз), а также растущая частота воспалительных реакций, септицемии, молниеносных форм сепсиса свидетельствует о низких компенсаторно-защитных возможностях организма этих женщин [14,11].

3) Ятрогенные осложнения. В 2015 г. в материалах, представленных территориями, имеются сообщения о 24 ятрогенных повреждениях у 21 умершей женщины. Лишь в 5 случаях это было некатастрофичное ранение мочевого





пузыря и мочеочника. В 5 случаях имели место разрывы подключичной вены и в 1 – подвздошной вены, повлекшие за собой массивное кровотечение. В 6 случаях наблюдалась анафилактическая реакция со смертельным исходом на применение лекарственных средств: трамала при дискоординации родовой деятельности (!), антибиотика цефотаксима, при проведении эндотрахеального наркоза, эпидуральной анестезии в целях обезболивания родов, при амниотомии и т.п. Кроме того, имело место ранение селезенки и в 3 случаях – печени; профузное кровотечение на фоне проведения тромболитической терапии; посттранфузионное повреждение легких; перфорация матки; трудная интубация трахеи; переломы тела грудины и ребер. Эти данные свидетельствуют о недостаточном профессионализме акушеров-гинекологов и анестезиологов-реаниматологов, оказывавших женщинам медицинскую помощь в медицинских организациях родовспоможения.

ВЫВОДЫ

1. В современных условиях нарастающего мирового социально-экономического и политического кризиса в России начинает снижаться деторождение.

2. У женщин России в процессе беременности, родов и послеродового периода в последние годы регистрируется целый ряд патологических проявлений, свидетельствующих о нарушении у них физиологических констант реализации репродуктивного процесса (имплантации и плацентации), что затрудняет вынашивание и развитие плода.

3. Значительное увеличение ятрогений с травматизацией жизненно важных органов, развитием массивного кровотечения, кардиогенного и токсического шока при проведении обезболивания родов, индуцировании родов, катетеризации плевральной полости и подключичной вены, а также рост таких проявлений, как разрыв матки и разрыв маточной трубы, свидетельствуют о недостаточном профессионализме и низком качестве работы медицинского персонала в системе родовспоможения.

4. Выявленные расстройства репродуктивного здоровья женщин современной России и явная связь патологии их потомства с нарушением соматического и репродуктивного здоровья их матерей порождает необходимость направления основных профилактических и корригирующих мероприятий на оздоровление женщин, подготовку их к зачатию, полноценному и своевременному обследованию, включающему обязательно оценку генеалогического анамнеза и охватывающему периоды первой (5–8 недель беременности) и второй (13–18 недель беременности) волны инвазии цитотрофобласта, а также разработку индивидуальной маршрутной карты и полноценный медико-социальный патронаж.

5. В условиях современной социально-экономической обстановки необходимо не только брать на учет семьи и женщин, находящихся в трудной жизненной ситуации (с созданием соответствующего регистра в первичной амбулаторной организации), но и обеспечивать беременных и кормящих матерей полноценным питанием, санаторно-курортным уходом, стационарным лечением.

6. Реальная ситуация в стране также требует целенаправленно проводить обучение медицинских кадров акушеров-гинекологов, реаниматологов, неонатологов, хирургов, работающих в акушерских и перинатальных медицинских организациях; создание новых, ориентированных на современные обстоятельства порядков медико-социальной помощи женщинам, маловесному и больному потомству. Необходимо расширить норматив персонала амбулаторно-поликлинической акушерской службы за счет медико-социальных работников, оптимизировать обслуживание беременных женщин жительниц сельской местности за счет выездных бригад специалистов, усилить информационно-просветительную деятельность с взрослым населением и в старших классах школ, организовать в целях реализации намеченных действий целевые программы региональной администрации по обеспечению репродуктивного здоровья и их финансовую поддержку.



Литература

1. Шаропова Е.И. Репродуктивное здоровье женского населения, качество потомства и роль неблагоприятных экологических факторов в их формировании (<http://www.ecoaccord.org/pop/2001/sharapova.htm>).
2. Стародубов В.И., Цыбульская И.С., Суханова Л.П. Охрана здоровья матери и ребенка как приоритетная проблема современной России. М.: Современные медицинские технологии, № 2, 2009.
3. Цыбульская И.С. с соавт. «Здоровье и качество жизни детей в современной России» в монографии «Качество жизни и экономическая безопасность России». 2009.
4. Цыбульская И.С. Медико-социальные аспекты формирования здоровья детей. Тверь. 2013. 280 с.
5. Сухих Г.Т., Вихляева Е.М., Ванько Л.В. и др. Эндотелиальная дисфункция в генезе перинатальной патологии. Акушерство и гинекология. 2008; 5.
6. Джобава Э.М. Некрасова К.Р., Артизанова Д.П. и др. Дисфункция эндотелия и система гемостаза в группах риска по развитию акушерской патологии. системный подход к диагностике и терапии. Акушерство, гинекология и репродукция. 2013; N1: с. 45–53.
7. Милованов А.П., Кириченко А.К. Цитотрофобластическая инвазия – ключевой механизм развития нормальной и осложненной беременности. Красноярск. 2009.
8. Радзинский В.Е. Ранние сроки беременности 2-е изд. М. Status Praesens. 2009, 448 с.
9. Лукьянова Е.В., Михайлова О.И., Тютюнник В.Л. Состояние фетоплацентарного комплекса при различных вариантах нарушений формирования ворсинчатого дерева. Акушерство и гинекология. 2011; 1: 27–31.
10. Александрова Н.В., Баев О.Р. Ранние этапы становления системы мать-плацента-плод. Ж. Акушерство и гинекология. 2011, № 8.
11. Липатов И.С., Тезиков Ю.В. Прогнозирование и диагностика плацентарной недостаточности на основе маркеров эндотелиальной дисфункции, децидуализации, апоптоза и клеточной пролиферации. Саратов научно-мед. журнал. 2011; 7: 1: 52–59.
12. Волкова Е.В., Копылова Ю.В. Роль сосудистых факторов роста в патогенезе плацентарной недостаточности. Акушерство, гинекология и репродукция. 2013; 7: 2: 29–33.
13. Ванько Л.В., Сафронова В.Г., Матвеева Н.К., Сухих Г.Т. Оксидативный стресс в генезе акушерских осложнений. М: ГЭОТАР-Медиа 2010; 264.
14. Лебедева Т.Н. Иммуитет при кандидозе (обзор) Ж. Проблемы медицинской микологии. 2004. Т. 6. № 4, с. 8–16.
15. Гриценко Л.З. и др. Роль ацинетобактерий в возникновении проблемных инфекций. Лекции для докторов. Т. 19 № 1. 2014. www.mif-ua.com 127.

UDC 614

Tsybul'skaya I.S., Nizamova E.R. Problems of formation of health of mothers and their offspring in modern Russia (2014) (Federal Research Institute for Health Organization and Informatics of Ministry of Health of the Russian Federation, Moscow, Russia)

Abstract. The article presents the morbidity and mortality of mothers and newborns in Russia for the years 2013-2014-2015 a growth of negative phenomena in the vital signs of women's and children's organisms, evidence of systemic violations of their health (the formation of the fetal-placental complex, the implementation of compensatory protective mechanisms of women and development of the fetus). In order to optimize demographic processes, the preservation of life and health of women and newborn offspring, you must consider the trends and direct the efforts and funds to maintain the social status of the family and women's health before and during pregnancy.

Keywords: mother, offspring, placenta, fetus development, biological and social risk, fertility, morbidity, mortality, lethality



В.В. Третьяков,

к.т.н., генеральный директор ООО «Рейтинговое агентство «РИА Рейтинг», г. Москва, v.tretyakov@rian.ru

И.В. Самородская,

д.м.н., проф., руководитель лаборатории демографических аспектов здоровья населения ФГБУ «Государственный научно-исследовательский центр профилактической медицины Минздрава России», г. Москва, samor2000@yandex.ru

С.А. Бойцов,

д.м.н., проф., директор ФГБУ «Государственный научно-исследовательский центр профилактической медицины Минздрава России», г. Москва, prof.boytsov@gmail.com

АНАЛИЗ ПОКАЗАТЕЛЕЙ СМЕРТНОСТИ В ГРУППАХ РЕГИОНОВ С РАЗНЫМ УРОВНЕМ СОЦИАЛЬНО-ЭКОНОМИЧЕСКОГО РАЗВИТИЯ

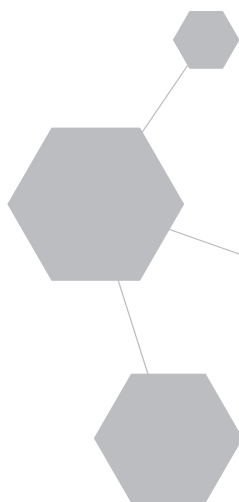
УДК 05.11.61

Третьяков В.В., Самородская И.В., Бойцов С.А. Анализ показателей смертности в группах регионов с разным уровнем социально-экономического развития (Рейтинговое агентство «РИА Рейтинг», г. Москва, ФГБУ «Государственный научно-исследовательский центр профилактической медицины Минздрава России», г. Москва)

Аннотация. В статье сравниваются показатели смертности в двух группах регионов России, отличающихся по уровню социально-экономического развития. Разделение регионов на две группы выполнено на основании рейтинга социально-экономического положения регионов, разработанный Рейтинговым агентством «РИА Рейтинг», входящим в медиахолдинг «Россия сегодня» (РИА Рейтинг, 2015). Анализировались стандартизованные коэффициенты смертности (все население, мужчины, женщины), коэффициенты смертности в возрастных подгруппах 20–39 лет, 40–59 лет, 60–69 лет: а) от всех причин; б) от причин, связанных с алкоголем и наркотиками; в) от внешних причин; г) от группы неинфекционных заболеваний (НИЗ).

Авторы приходят к выводу о том, что имеют место значимые различия в показателях смертности между двумя группами регионов.

Ключевые слова: смертность, социально-экономическое развитие регионов.



В многочисленных исследованиях и Докладах ВОЗ о состоянии здравоохранения в Европе неоднократно отмечалось наличие тесной взаимосвязи между социально-экономическим развитием страны, уровнем доходов, социальной защитой и состоянием здоровья и уровнем смертности населения (Labontй, Stuckler, 2015; Gordeev et all., 2015). В целом, чем выше уровень экономического развития страны, тем ниже уровень смертности. В то же время, несмотря на наличие значительного числа исследований взаимосвязи и влияния экономики, дать оценку вклада экономических факторов в состояние здоровья и показатели смертности населения достаточно сложно (Cortis-Franch I, Gonzбlez Lypez-Valcbrcel, 2014; Phua Kai-Lit, Hue Jla-Wern, 2015). Причина – слабость линейных взаимосвязей и многофакторная зависимость показателей смертности (Бойцов и др., 2015). На

© В.В. Третьяков, И.В. Самородская, С.А. Бойцов, 2016 г.



показатели смертности в популяции, кроме демографических факторов и уровня экономического развития страны, влияют и такие, как: уровень финансирования и организация системы здравоохранения; неравенство доходов в обществе; доля «социально-неблагополучного» населения (доля людей, живущих в бедности, с низким уровнем образования, имеющих вредные привычки); степень загрязнения окружающей среды, климат, стихийные бедствия; этнические особенности, военные конфликты, индекс глобального миролюбия страны, социально-политические и экономические кризисные процессы в обществе (Бойцов, Самородская, 2015).

Степень воздействия экономики на уровень здоровья и смертность населения зависит уровня экономического развития государства, доли уязвимых в социально-экономическом отношении групп людей и дополнительного перераспределения части доходов в пользу уязвимых слоев населения, степени равенства всех слоев населения и доступности эффективной медицинской помощи. В докладе ВОЗ обращается внимание на тот факт, что смертность в бедных и социально незащищенных слоях населения в наиболее бедных странах гораздо выше, чем среди аналогичных слоев населения в богатых странах, но отмечается, что величина градиента значительно варьирует: в странах региона Ближнего Востока и Северной Африки этот градиент значительно выше, чем в Европе. В то же время, по данным ВОЗ, связь между доходами населения и продолжительностью жизни наиболее выражена в самых бедных странах Европы и ослабевает по мере роста уровня среднедушевых доходов, а на уровне выше 12000 евро корреляция становится практически незаметной (Доклад ВОЗ, 2008).

В России по мере экономического развития страны смертность снижалась, соответственно, росла продолжительность жизни – от 44 лет в 1929 году, 69 лет в 1958 году, 70 лет в 1987 году. С конца 1980-х годов в связи с деградацией экономики она начала

снижаться, составив 69 лет уже в 1990 г. и всего 63,8 года в 1994 году (Крутько, Смирнова, 2002). В период экономических реформ 90-х годов, обернувшихся массовым обнищанием населения, смертность увеличилась на 37% (за период с 1990 по 2000 гг.) (Стародубов и др., 2002). Ряд исследований, проведенных как российскими, так и зарубежными исследователями, оценивающими выраженные изменения показателей смертности в этот период во взаимосвязи с демографическими, социально-экономическими и политическими изменениями, показали значительное влияние всех групп факторов (Калабеков, 2010; Shkolnikov VM et al., 2013; Gordeev VS et al., 2015). Начиная с 2000 г., стандартизованные коэффициенты смертности (СКС) в России приобрели устойчивую тенденцию к снижению на фоне выраженных географических различий СКС. В то же время между отдельными субъектами РФ отмечаются выраженные различия в показателях смертности. Географические различия в показателях смертности отмечаются и в других странах. Так, например, в Австралии постоянно регистрируются различия в уровне смертности между крупными городами и остальной частью страны (Tideman et al., 2013; AIHW, 2010). Фактически об этом свидетельствуют результаты ряда исследований в США – между отдельными штатами стабильно регистрируются существенные различия в показателях смертности (Ezzati, 2008; Rosenthal T, 2012).

Цель данной статьи – сравнить показатели смертности в 2-х группах регионов России, отличающихся по уровню социально-экономического развития.

Материал и методы

В качестве основы для отнесения регионов к группе (1) с высоким уровнем социально-экономического развития или группе (2) с низким уровнем социально-экономического развития использовался рейтинг социально-экономического положения регионов (далее – рейтинг), разработанный Рейтинговым





агентством «РИА Рейтинг», входящим в медиахолдинг «Россия сегодня» (РИА Рейтинг, 2015). Рейтинг построен на основе агрегирования 4 групп показателей, учитывающих масштаб экономики, эффективность экономики, ситуацию в бюджетной сфере, социальные аспекты. В верхней части рейтинга находятся регионы с высоким уровнем социально-экономического развития, в нижней – с низким.

В первую группу включены первые 20 регионов из рейтинга (за исключением ХМАО-Югра и ЯНАО поскольку в расчетах анализируется Тюменская область, включающая эти округа), во вторую – последние 20 регионов из рейтинга (за исключением регионов Северного Кавказа, продолжительность жизни в которых слабо объясняется влиянием социально-экономических факторов).

В первую группу регионов вошли: г. Москва, г. Санкт-Петербург, Московская область, Республика Татарстан, Тюменская область, Сахалинская область, Самарская область, Республика Башкортостан, Свердловская область, Ленинградская область, Пермский край, Нижегородская область, Краснодарский край, Красноярский край, Челябинская область, Белгородская область, Липецкая область, Республика Саха (Якутия), Оренбургская область, Ростовская область.

Во вторую группу регионов вошли: Магаданская область, Ивановская область, Республика Марий Эл, Забайкальский край, Республика Хакасия, Псковская область, Курганская область, Костромская область, Республика Карелия, Чукотский автономный округ, Республика Адыгея, Республика Алтай, Республика Калмыкия, Еврейская автономная область, Республика Тыва, Смоленская область, Камчатский край, Амурская область, Орловская область, Республика Бурятия.

Источником информации о показателях смертности служили представленные по запросу годовые отчеты Росстата, содержащие статистические формы С51 «Смерти по полу и однолетним возрастным группам». В качестве показателей смертности анализировались

стандартизованные коэффициенты смертности (все население, мужчины, женщины), коэффициенты смертности в возрастных подгруппах 20–39 лет, 40–59 лет, 60–69 лет:

а) от всех причин;

б) от причин, связанных с алкоголем и наркотиками (психические и поведенческие расстройства, вызванные употреблением, алкоголя, наркотиками и другими психоактивными веществами; дегенерация нервной системы, вызванная алкоголем; токсическая энцефалопатия; алкогольная полиневропатия; алкогольная миопатия; алкогольная кардиомиопатия; алкогольный гастрит; алкогольная болезнь печени (алкогольный цирроз, гепатит, фиброз); острый панкреатит алкогольной этиологии; хронический панкреатит алкогольной этиологии; поражения плода и новорожденного, обусловленные употреблением алкоголя матерью; алкогольный синдром плода; случайное отравление (воздействие) алкоголем; случайное отравление и воздействие наркотиками и психодислептиками (галлюциногенами); преднамеренное самоотравление и воздействие алкоголем; отравление и воздействие алкоголем с неопределенными намерениями);

в) от внешних причин (смерть, связанная с травмами, убийствами, самоубийствами, термические и химические ожоги; отморожения; отравление лекарственными средствами, медикаментами и биологическими веществами; другие и неуточненные эффекты воздействия внешних причин; погружение в воду и утопление);

г) от группы неинфекционных заболеваний (НИЗ) – болезни системы кровообращения (БСК), онкологические заболевания, сахарный диабет, хронические обструктивные болезни легких (ХОБЛ).

Стандартизованные коэффициенты смертности (СКС) рассчитаны на 100 тыс. населения. В качестве «стандартного населения» была выбрана Европейская возрастная структура населения, разработанная ВОЗ. Использовался прямой метод стандартизации.



Для сравнения показателей в 2-х группах использовался непараметрический критерий Манна-Уитни, определялись средние значения показателей в каждой группе, стандартное отклонение, стандартная ошибка.

Результаты

В таблице 1 представлены результаты сравнения показателей смертности от всех причин в 2-х группах регионов по возрастным группам среди мужчин и женщин, а также СКС. Во второй группе регионов (с низким уровнем социально-экономического

развития) показатели смертности были выше, чем в 1-ой группе регионов. Статистически значимые различия выявлены между показателями смертности в возрастных группах старше 40 лет и СКС (все население, мужчины, женщины). Статистически значимых различий в возрастных группах 20–39 лет не выявлено.

В таблице 2 представлены результаты сравнения показателей смертности от причин, обусловленных воздействием алкоголя и наркотиков, в 2-х группах регионов по возрастным группам среди мужчин и женщин,

Таблица 1

Показатели смертности от всех причин и их различия в 2-х группах регионов по возрастным группам среди мужчин и женщин

	Группы	Среднее	Стд. отклонение	Стд. ошибка среднего	Уровень значимости (P)
Все население 20-39 лет	1	329,0	74,5	16,7	0,079
	2	393,6	113,8	25,4	
Мужчины 20-39 лет	1	501,4	107,5	24,0	0,074
	2	590,2	155,9	34,9	
Женщины 20-39 лет	1	154,9	41,6	9,3	0,152
	2	189,7	72,3	16,2	
Все население 40-59 лет	1	943,5	147,4	33,0	<0,0001
	2	1156,7	189,5	42,4	
Мужчины 40-59 лет	1	1449,4	235,9	52,7	<0,0001
	2	1738,0	238,3	53,3	
Женщины 40-59 лет	1	504,1	77,2	17,3	0,002
	2	648,4	171,3	38,3	
Все население 60-79 лет	1	3247,0	348,5	77,9	<0,0001
	2	3719,5	389,4	87,1	
Мужчины 60-79 лет	1	4714,8	586,7	131,2	<0,0001
	2	5427,2	503,4	112,6	
Женщины 60-79 лет	1	2383,7	236,7	52,9	0,001
	2	2702,8	343,8	76,9	
СКС все население	1	1079,1	130,6	29,2	<0,0001
	2	1261,7	169,8	38,0	
СКС мужчины	1	1557,6	226,2	50,6	<0,0001
	2	1812,2	189,0	42,3	
СКС женщины	1	759,8	78,5	17,6	0,001
	2	891,6	155,2	34,7	





а также СКС. Статистически значимые различия выявлены между СКС и показателями мужской и женской смертности в возрастных группах старше 40 лет. В возрастной группе 20–39 показатели смертности лет во второй группе регионов были также выше, чем в 1-ой группе регионов, но статистически значимые различия выявлены только в уровнях женской смертности.

В таблице 3 представлены результаты сравнения показателей смертности от внешних причин, в 2 группах регионов по возрастным группам среди мужчин и женщин,

а также СКС. Во второй группе регионов показатели смертности во всех возрастных группах, в том числе СКС, были выше, чем в первой группе регионов (все различия, статистически значимы, за исключением показателей женской смертности в возрастной группе 60–79 лет).

В таблице 4 представлены результаты сравнения показателей смертности от группы причин, обусловленных ХНИЗ, в 2-х группах регионов по возрастным группам среди мужчин и женщин, а также СКС. Статистически значимые различия выявлены между СКС

Таблица 2

Показатели смертности от причин, обусловленных алкоголем и наркотиками и их различия в 2-х группах регионов по возрастным группам среди мужчин и женщин

	Группы	Среднее	Стд. отклонение	Стд. ошибка среднего	Уровень значимости (P)
Все население 20-39 лет	1	57,5	24,2	5,4	0,256
	2	66,1	24,4	5,4	
Мужчины 20-39 лет	1	92,6	40,4	9,0	0,607
	2	97,8	34,7	7,8	
Женщины 20-39 лет	1	22,0	8,8	2,0	0,014
	2	33,6	17,7	3,9	
Все население 40-59 лет	1	98,1	40,6	9,1	0,003
	2	153,8	67,0	15,0	
Мужчины 40-59 лет	1	160,0	67,9	15,2	0,003
	2	234,0	80,8	18,1	
Женщины 40-59 лет	1	44,5	19,1	4,3	0,001
	2	83,3	59,6	13,3	
Все население 60-79 лет	1	67,6	24,2	5,4	<0,0001
	2	121,5	68,1	15,2	
Мужчины 60-79 лет	1	131,0	49,2	11,0	<0,0001
	2	220,4	95,0	21,2	
Женщины 60-79 лет	1	30,7	13,8	3,1	0,001
	2	61,5	51,0	11,4	
СКС все население	1	54,1	19,7	4,4	0,007
	2	79,3	34,4	7,7	
СКС мужчины	1	91,7	34,8	7,8	0,014
	2	125,7	45,8	10,2	
СКС женщины	1	23,6	8,8	2,0	0,002
	2	42,2	28,2	6,3	



Таблица 3.

**Показатели смертности от внешних причин и их различия
в 2-х группах регионов по возрастным группам среди мужчин и женщин**

	Группы	Среднее	Стд. отклонение	Стд. ошибка среднего	Уровень значимости (P)
Все население 20-39 лет	1	113,0	35,6	8,0	0,009
	2	162,1	59,7	13,3	
Мужчины 20-39 лет	1	188,6	60,3	13,5	0,01
	2	263,2	92,0	20,6	
Женщины 20-39 лет	1	36,6	11,5	2,6	0,017
	2	57,8	31,9	7,1	
Все население 40-59 лет	1	134,5	45,6	10,2	0,013
	2	178,3	55,0	12,3	
Мужчины 40-59 лет	1	234,2	78,2	17,5	0,019
	2	304,6	87,9	19,7	
Женщины 40-59 лет	1	47,8	18,1	4,1	0,027
	2	68,5	35,4	7,9	
Все население 60-79 лет	1	115,0	29,7	6,6	0,041
	2	142,5	43,5	9,7	
Мужчины 60-79 лет	1	213,1	58,7	13,1	0,028
	2	264,9	73,0	16,3	
Женщины 60-79 лет	1	57,2	14,6	3,3	0,11
	2	69,2	28,5	6,4	
СКС все население	1	95,0	27,7	6,2	0,019
	2	127,6	41,6	9,3	
СКС мужчины	1	165,7	50,2	11,2	0,025
	2	215,4	63,5	14,2	
СКС женщины	1	38,1	10,9	2,4	0,027
	2	53,7	25,5	5,7	

и показателями мужской и женской смертности в возрастных группах старше 40 лет. Статистически значимых различий в возрастных группах 20–39 лет не выявлено.

Обсуждение результатов

В проведенном сопоставлении продемонстрировано, что в регионах с более низким уровнем социально-экономического развития (определяемым на основании комплекса показателей) средние значения показателей смертности от разных групп причин смерти и в разных возрастных группах выше, чем

в регионах с более высоким уровнем социально-экономического развития. Все различия статистически значимы (за исключением возрастной группы 20–39 лет и для показателей женской смертности от внешних причин в возрасте 60–79 лет).

Более высокие показатели смертности в регионах с низким уровнем социально-экономического развития являются важной проблемой, затрагивающей не только аспекты общественного здоровья, но и вопросы экономического развития. Как известно (Бойцов и др., 2015; Шабунова, Калашников, 2008),





Таблица 4.

**Показатели смертности от группы причин, обусловленных ХНИЗ,
и их различия в 2-х группах регионов по возрастным группам
среди мужчин и женщин**

	Группы	Среднее	Стд. отклонение	Стд. ошибка среднего	Уровень значимости (P)
Все население 20-39 лет	1	68,0	14,7	3,3	0,117
	2	81,9	32,0	7,1	
Мужчины 20-39 лет	1	92,5	21,0	4,7	0,465
	2	110,2	49,6	11,1	
Женщины 20-39 лет	1	43,3	10,6	2,4	0,05
	2	51,9	17,3	3,9	
Все население 40-59 лет	1	544,4	72,4	16,2	0,002
	2	637,8	96,3	21,5	
Мужчины 40-59 лет	1	801,4	117,2	26,2	0,009
	2	925,3	146,4	32,7	
Женщины 40-59 лет	1	321,0	38,3	8,6	0,006
	2	385,2	76,0	17,0	
Все население 60-79 лет	1	2705,9	291,8	65,3	0,002
	2	3024,6	318,5	71,2	
Мужчины 60-79 лет	1	3855,5	480,3	107,4	0,005
	2	4299,3	398,0	89,0	
Женщины 60-79 лет	1	2029,7	205,5	45,9	0,006
	2	2268,0	309,9	69,3	
СКС все население	1	719,6	92,3	20,6	0,009
	2	825,2	131,8	29,5	
СКС мужчины	1	1019,0	147,5	33,0	0,006
	2	1163,5	137,6	30,8	
СКС женщины	1	537,4	70,7	15,8	0,019
	2	619,7	125,2	28,0	

смертность в трудоспособном возрасте влечет за собой экономические потери от несозданного валового продукта, что в еще большей степени отдаляет регион от достижения высокого уровня экономического развития. Это одна из причин того, что вопросам повышения уровня экономического развития регионов, профилактики заболеваний и травм, организации и повышения качества медицинской помощи в слаборазвитых регионах необходимо уделять повышенное внимание как на государственном, так и региональном уровнях.

Полученные нами данные о различии уровней смертности согласуются с данными других исследований о влиянии экономических показателей на уровень смертности населения в разных географических регионах одной страны. Так, результаты исследований в Великобритании и Франции показали, что в более бедных районах распространенность заболеваний и смертность выше, чем в более благополучных районах (Tuppin et al, 2014). Согласно результатам доклада ВОЗ, градиент смертности проявляется в различиях смертности как между богатыми и бедными странами,



так и в каждой стране между 5 группами населения, разделенными в зависимости от их социально-экономического статуса.

Следует отметить, что для оценки влияния социально-экономических факторов на географические различия смертности в ряде стран используют разные критерии, большинство из которых являются комплексными, оценивающими районы по нескольким показателям. Одним из наиболее часто применяемых является индекс «депривации» района. Данный показатель, так же как и используемый в нашем исследовании «рейтинг социально-экономического положения регионов», отражает целый ряд показателей, а с другой не является аналогом используемого в нашем исследовании рейтинга социально-экономического положения регионов. Так, в Великобритании Index of Multiple Deprivation (IMD), характеризует такие показатели, как доход, занятость, состояние здоровья, уровень образования и профессиональной подготовки, барьеры в получении жилья и услуг, преступность, среда обитания. В Канаде Pampalon Index включает шесть переменных: % взрослых без аттестата средней школы, коэффициент занятости населения, уровень среднего дохода, доля населения, проживающего в одиночку, доля населения, имеющего статус «вдовец» («вдова») или разведен и доля неполных семей. То есть в тех случаях, когда использование отдельных социально-экономических показателей невозможно по разным причинам в исследованиях используются комплексные показатели, которые в разной пропорции учитывают факторы неблагополучия района проживания, часто в большей степени учитывают социальную сферу, чем экономические факторы развития. Рейтинг социально-экономического развития региона, используемый в нашем исследовании, учитывает экономические и социальные аспекты. Тем не менее, учитывая, что в экономически депрессивных регионах отстают и социальные показатели, можно сказать, что рейтинг социально-экономического положения с точки зрения определения слаборазвитых

регионов в социальном смысле выполняет сходные функции с IMD. Поэтому уместно будет привести результаты нескольких исследований, выполненных в экономически развитых странах. В Великобритании провели оценку показателей смертности среди пожилых британцев в районах, разделенных по уровню IMD (Ramsay, 2013), было выявлено, что проживание в депривированном районе (по сравнению с благополучным) значительно увеличивает риск смерти от сердечно-сосудистых заболеваний, даже с учетом возраста, индивидуального социального класса и индивидуальных факторов риска (курения, избыточный индекс массы тела, низкая физическая активность и злоупотребление алкоголем). Согласно исследованию, выполненному в Канаде (исследование включало более 500000 взрослых и продолжалось в течение 22 лет в период с 1982 по 2004 год), проживание в депривированном районе (в социальном и материальном плане) было связано с повышенным риском смертности (Ross et al., 2015). Уровень риска смертности зависел также от индивидуальных факторов (пол, возраст и так далее), но даже с учетом коррекции индивидуальных факторов проживание в социально-благополучном районе снижало риск смертности примерно на 10%, а в районе с минимальным уровнем материальной депривации – на 7%. (Под уровнем материальной депривации в исследовании подразумевалось отсутствие возможности иметь товары и удобства, которые являются частью современной жизни (комфортное и достаточное по площади жилье, машина, телевизор и тд.). В Германии был разработан свой индекс множественной депривации (Bavarian Index of Multiple Deprivation – BIMD) с учетом индекса депривации, используемого в Великобритании (Maier W, 2012). Проведенный анализ показал значимую взаимосвязь между уровнем региональной депривации и смертности. По сравнению с районами с самым низким уровнем депривации, в районах с самым высоким уровнем депривации риск смертности был





значительно выше, как для преждевременной смертности относительный риск (ОР) составил 1,49 (95% ДИ: 1,42–1,57) для общей смертности – 1,21 ОР (95% ДИ: 1,18–1,25).

Согласно результатам исследования, выполненного в США, различия в уровнях смертности между богатыми и бедными регионами страны начинают проявляться с 40-летнего возраста, достигая максимальных различий в пожилых возрастных группах (Currie, Schwandt, 2016). Исследователи сравнили уровень смертности в США в возрастных подгруппах в самых богатых и самых бедных регионах страны за 20-летний период. В группе регионов с наименьшей долей людей, живущих в условиях нищеты (3,75%), средний уровень дохода составил \$62445 в 1990 году, в 2010 – (5,58%) средний доход – \$62,752 (в пересчете на стоимость доллара 1990 г). В группе регионов с наибольшей долей людей, живущих в условиях нищеты (30,47%), средний доход составил \$23595 в 1990 году и в 2010 28.30% и \$25404. По мнению авторов статьи, в молодых возрастах компенсация негативных последствий экономических факторов для здоровья происходит достаточно быстро в случае улучшения благосостояния, в то время как здоровье пожилых людей находится под существенным влиянием прошлой жизни. Авторы считают,

что неравенство в уровнях смертности среди пожилых людей будет уменьшаться при улучшении условий жизни.

В нашем исследовании, в отличие от вышеуказанных исследований, не было возможности оценить вклад индивидуальных факторов (пол, возраст, уровень дохода домохозяйств, поведенческих факторов риска) на показатели смертности. Однако организованное при поддержке МЗ РФ на базе 12 российских регионов и продолжающееся в настоящее время исследование «ЭССЭ» позволит в будущем дать оценку влияния как индивидуальных факторов риска, так и уровня социально-экономического развития региона на показатели смертности (Научно-организационный комитет проекта ЭССЕ-РФ, 2013, № 6, С. 25–34).

Таким образом, результаты нашего исследования выявили значимые различия в показателях смертности от разных групп причин между группами регионов, отличающихся по уровню социально-экономического развития. Учитывая наши данные и результаты других исследований можно утверждать, что уровень социально-экономического развития региона является фактором, оказывающим существенное влияние на показатели смертности от разных причин в разных возрастно-половых группах населения.



Литература

1. Бойцов С.А., Самородская И.В. Факторы, влияющие на показатели смертности и ожидаемую продолжительность жизни. Аналитический вестник Совета Федерации Федерального Собрания РФ. 2015. № 44. С. 19–42. [S.A. Boitsov, I.V. Samorodskaya Factors affecting mortality and life expectancy. Analytical Bulletin of the Federation Council of the Federal Assembly of Russia. 2015. № 44. p. 19–42. (In Russian)]
2. Бойцов С.А., Самородская И.В., Третьяков В.В., Ватолина М.А. Потери от преждевременной смерти в экономически активном возрасте. Вестник Российской академии наук, 2015, том 85, № 12, С. 1086–1091. [S.A. Boitsov, I.V. Samorodskaya, V.V. Tretyakov, and M.A. Vatolina Losses Related to Premature Death at an Economically Active Age. Herald of the Russian Academy of Sciences, 2015, Vol. 85, No. 6, pp. 510–514. (In Russian).]



3. *Калабеков И.Г.* Российские реформы в цифрах и фактах. М.: «РУСАКИ». 2010; 498с. [Kalabekov I.G. Rossiiskie reformy v tsifrakh i faktakh. M.: «RUSAKI». 2010; 498p. <http://refru.ru/> Accessed 1.03.2016. (In Russian)]
4. *Крутько В.Н., Смирнова Т.М.* Анализ тенденций смертности и продолжительности жизни населения России в конце XX века. М.: «УРСС». 2002; 48с. [Krut'ko V.N., Smirnova T.M. Analysis of trends in mortality and lifetime of the population of Russia in the late twentieth century. M.: «URSS» 2002; 48p. (In Russian)]
5. Научно-организационный комитет проекта ЭССЕ-РФ. Эпидемиология сердечно-сосудистых заболеваний в различных регионах России (ЭССЕ-РФ). Обоснование и дизайн исследования // Профилактическая медицина. 2013;6:25–34. [Scientific Organizing Committee of the ESSE-RF. Epidemiology of cardiovascular diseases in different regions of Russia (ESSE-RF). The rationale for and design of the study. // Preventive Medicine. 2013; 6: pp. 25–34. (In Russian)]
6. *Стародубов В.И., Иванова А.В., Демченко Т.А., Евдокушина Г.Н., Семина В.Г.* Здоровье нации динамика и прогнозы здоровья населения России в социальном контексте 90-х годов. Главврач. 2002;8:13–22. [Starodubov V.I., Ivanova A.V., Demchenko T.A., Evdokushina G.N., Semina V.G. Health of the Nation dynamics and forecasts of Russia's population health in the social context of the 90s. The medical director. 2002; 8: pp.13–22. (In Russian).]
7. РИА Рейтинг (2015) Рейтинг социально-экономического положения субъектов РФ. Итоги 2014 года. Июнь, 2105. URL http://vid1.rian.ru/ig/ratings/rating_regions_2015.pdf. [RIA Rating (2105) Rating of the socio-economic situation of the Russian Federation. Results 2014. June, 2015 (In Russian)]
8. *Шабунова А.А., Калашников К.Н.* Экономическая оценка потерь трудового потенциала населения//Экономические и социальные перемены: факты, тенденции, прогноз. – 2008. – № 4 (4). – С. 53–61. [Shabunova A.A., Kalashnikov K.N. Economic estimation of labor potential//Economic and social changes, trends, forecast – 2008. – № 4 (4). – С. 53–61. (In Russian).]
9. *Cortis-Franch I., Gonz lez Lypez-Valc rcel B.* The economic-financial crisis and health in Spain. Evidence and viewpoints. SESPAS report 2014. Gac Sanit. 2014, Jun; 28 Suppl 1: 1–6. doi: 10.1016/j.gaceta.2014.03.011.
10. *Currie J., Schwandt H.* Inequality in Mortality Between Rich and Poor U.S. Counties Decreased Among the Young While Increasing for Older Adults, 1990–2010. Science, April 2016 DOI: 10.1126/science.aaf1437.
11. *Ezzati M., Friedman A.B., Kulkarni S.C., Murray C.J. L* The Reversal of Fortunes: Trends in County Mortality and Cross-County Mortality Disparities in the United States PLoS Med. 2008 April; 5(4): e66.
12. Final Report of the Commission on Social Determinants of Health. World Health Organization, 2008. http://www.who.int/social_determinants/thecommission/finalreport/en/index.html (accessed Dec 2012).
13. *Gordeev V.S., Goryakin Y., McKee M., Stuckler D., Roberts B.* Economic shocks and health resilience: lessons from the Russian Federation. J Public Health (Oxf). 2015, Nov; 37(3). pii: fdv166. <http://www.cpc.unc.edu/projects/rhms-hse>.
14. *Labont  R., Stuckler D.* The rise of neoliberalism: how bad economics imperils health and what to do about it. J Epidemiol Community Health. 2015, Sep 30; pii: jech-2015–206295. doi: 10.1136/jech-2015–206295. Epub 2015 Sep 30.





- 15.** Maier W., Fairburn J., Mielck A. Regional deprivation and mortality in Bavaria. Development of a community-based index of multiple deprivation. *Gesundheitswesen*. 2012 Jul;74(7):416–25. doi: 10.1055/s-0031-1280846. Epub 2011 Oct 21.
- 16.** Phua Kai-Lit, Hue Jla-Wern. The Impact of Prolonged Economic Downturns and Economic Crises on the Nursing. *Profession Nurs Econ*. 2015; 33(4): 227–232.
- 17.** Ramsay S.E., Morris R.W., Whincup P.H., Subramanian S.V., Papacosta A.O., Lennon L.T., Wannamethee S.G. The influence of neighbourhood-level socioeconomic deprivation on cardiovascular disease mortality in older age: longitudinal multilevel analyses from a cohort of older British men. *J Epidemiol Community Health*. 2015 Dec;69(12):1224–31. doi: 10.1136/jech-2015-205542. Epub 2015 Aug 18.
- 18.** Rosenthal T. Geographic variation in health care. *Annu. Rev. Med*. 2012; 63: 493–509.
- 19.** Ross N.A., Oliver L.N., Villeneuve P.J. The contribution of neighbourhood material and social deprivation to survival: a 22-year follow-up of more than 500,000 Canadians. *Int J Environ Res Public Health*. 2013 Apr 2;10(4):1378–91. doi: 10.3390/ijerph10041378.
- 20.** Scarborough P., Morgan R.D., Webster P, Rayner M. Differences in coronary heart disease, stroke and cancer mortality rates between England, Wales, Scotland and Northern Ireland: the role of diet and nutrition *BMJ Open* 2011;1: e000263 doi:10.1136/bmjopen-2011-000263.
- 21.** Shkolnikov V.M., Andreev E.M., McKee M., Leon D.A. Components and possible determinants of the decrease in Russian mortality in 2004–2010. *Demographic Research*. 2013; 28: 917–950. doi: 10.4054/DemRes.2013.28.32.
- 22.** Tideman Ph., Taylor A.W., Janus E., Philpot B., Clark R. et al. A comparison of Australian rural and metropolitan cardiovascular risk and mortality: the Greater Green Triangle and North West Adelaide population surveys *BMJ Open*. 2013; 3(8): e003203.
- 23.** Tuppin P., Ricci-Renaud P., de Peretti C., Fagot-Campagna A., Danchin N., Allevard H. Frequency of cardiovascular diseases and risk factors treated in France according to social deprivation and residence in an overseas territory. *Int J Cardiol*. 2014 Mar 15. pii: S0167-5273 (14) 00437-9. doi: 10.1016/j.ijcard.2014.03.012.

UDC 05.11.61

Tret'yakov V.V.¹, Samorodskaya I.V.², Boytsov S.A.² **Analysis of mortality rates in the groups of regions with different levels of socio-economic development** (¹Rating Agency «RIA Rating» (Moscow, Russia), ²National Research Center for Preventive Medicine of the Ministry of Healthcare of the Russian Federation (Moscow, Russia).

Abstract. The article compares the mortality rates in the 2 groups of Russian regions that differ in terms of socio-economic development. Material and methods. The division of regions into 2 groups performed on the basis of the rating of socio-economic situation of the regions, developed by the Rating agency «RIA Rating», included in the media holding «Russia Today» (RIA Rating, 2015). We analyzed standardized mortality rates (the whole population, men, women), age-specific death rates in subgroups of 20–39 years, 40–59let, 60–69 years: a) from all causes; b) from causes related to alcohol and drugs; c) from external causes; g) from a group of non-communicable diseases (NCDs). The authors conclude that there are significant differences in mortality between the two groups of regions.

Keywords: mortality, socio-economic development of regions.

**Е.А. Тарасенко,**

к.с.н., доцент, заместитель заведующего кафедрой управления и экономики здравоохранения, Национальный исследовательский университет «Высшая школа экономики», г. Москва, Россия, etarassenko@hse.ru

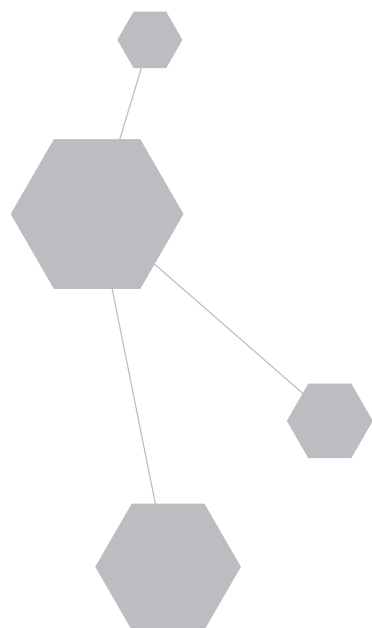
ЗАРУБЕЖНЫЙ И РОССИЙСКИЙ ОПЫТ УПРАВЛЕНИЯ КАДРОВЫМИ РЕСУРСАМИ В ЗДРАВООХРАНЕНИИ: СТРУКТУРА «ПРОЧЕГО» ИЛИ «ВСПОМОГАТЕЛЬНОГО» ПЕРСОНАЛА

УДК 614 (4/9)

Тарасенко Е.А. *Зарубежный и российский опыт управления кадровыми ресурсами в здравоохранении: структура «прочего» или «вспомогательного» персонала* (Национальный исследовательский университет «Высшая школа экономики», г. Москва, Россия)

Аннотация. В статье анализируется текущий российский и зарубежный опыт кадрового планирования в системе общественного здравоохранения, связанный с определением оптимального соотношения состава медицинских работников различного профиля, номенклатуры иных должностей медицинских работников и должностей специалистов с высшим немедицинским образованием. Автором предложены новые подходы к определению структуры «прочего» или «вспомогательного» персонала в здравоохранении для решения проблемы обеспеченности населения России медицинскими кадрами, повышения доступности и качества медицинских услуг с меньшими экономическими затратами.

Ключевые слова: организация здравоохранения, кадровая политика, кадровые ресурсы, «прочий» медицинский персонал, иные должности медицинских работников, кадровое обеспечение здравоохранения, вспомогательный персонал в сфере здравоохранения.



В настоящее время в России происходит серьезная реструктуризация системы здравоохранения, направленная на оптимальное функционирование отрасли с целью повышения как качества и доступности медицинской помощи, так и повышения эффективности деятельности медицинских работников [2, 4–6]. Для этого необходимо в первую очередь решить ряд кадровых проблем, связанных с уменьшением дефицита определенных категорий медицинского персонала, определением оптимального соотношения состава и численности медицинских работников различного профиля, их уровня квалификации, номенклатуры должностей [9–11].

На основании Приказа Министерства здравоохранения Российской Федерации от 20 декабря 2012 г. №1183н г. «Об утверждении Номенклатуры должностей медицинских работников и фармацевтических работников» (с дополнениями от 1.08.2014) в номенклатуру должностей медицинских работников с высшим и средним специальным медицинским образованием (то есть врачей и медсестринского персонала) также дополнительно входят:



© Е.А. Тарасенко, 2016 г.



- «должности специалистов с высшим профессиональным (*немедицинским*) образованием: биолог, зоолог, инструктор-методист по лечебной физкультуре, медицинский психолог, медицинский физик, судебный эксперт (эксперт-биохимик, эксперт-генетик, эксперт-химик), химик-эксперт медицинской организации, эксперт-физик по контролю за источниками ионизирующих и неионизирующих излучений, эмбриолог, энтомолог.

- *иные должности* медицинских работников: младшая медицинская сестра по уходу за больными, санитар, санитар-водитель, сестра-хозяйка» [1].

Эти две категории можно весьма условно объединить в кластер «прочего» персонала, работающего в системе российского здравоохранения.

Поскольку в зарубежном здравоохранении в последние четверть века происходят революционные изменения структуре и разделении труда между отдельными профессионально-квалификационными группами медицинских работников [7,8,11], имеет смысл посмотреть на российские кадровые проблемы, связанные со структурой «прочего» персонала, сквозь призму западного опыта кадрового обеспечения здравоохранения. Так, в номенклатуре должностей специалистов систем здравоохранения западных стран имеется специально выделенная группа *«allied health professionals»* (дословный перевод – вспомогательный персонал в сфере здравоохранения). Однако далее мы будем эту группу называть «прочий» персонал, поскольку ряд должностей, входящих в ее состав, выполняет ключевой функционал в лечебном процессе, и определение «вспомогательный» персонал – не совсем точное [7, с. 88–93].

Если сравнивать номенклатуру должностей российского прочего персонала с номенклатурой должностей специалистов систем здравоохранения Великобритании и США, выделенных в специальную категорию *«allied health professionals»* [7, 11, 13, 15, 18], то можно обнаружить следующее:

- ✓ в России все должности специалистов с высшим немедицинским образованием и иные должности медицинских работников из «Номенклатуры должностей медицинских работников и фармацевтических работников», условно объединенные автором в кластер «прочего» персонала, в *других странах однозначно относятся к прочему или вспомогательному персоналу в сфере здравоохранения;*

- ✓ в России функционал, который на Западе выполняется исключительно прочим медицинским персоналом, частично выполняется также дополнительно социальными работниками, медсестрами и врачами. Например, у нас в стране это делают врачи-диетологи, врачи по лечебному питанию, врачи по лечебной физкультуре, медицинские работники со средним специальным медицинским образованием, работающими на таких должностях, как *стоматологический гигиенист, инструктор по гигиеническому воспитанию, медицинская сестра медико-социальной помощи, патронажная сестра, медицинский оптик-оптометрист, медицинский регистратор*);

- ✓ за рубежом потребность в прочем/ином медицинском персонале гораздо выше, чем во врачах и медсестринском персонале, и его численность постоянно растет. Так, в 2008 г. США численность вспомогательного медицинского персонала – 5 млн человек, в количественном отношении вспомогательный медицинский персонал составляет 60 процентов от общего числа, работающих в здравоохранении и объединял 85 профессий, а к 2016 году – уже 100 профессий;

- ✓ за рубежом, чтобы работать на ряде должностей в сегменте прочего персонала, помимо специального образования, необходимо получить аккредитацию через сертификацию, регистрацию и / или лицензирование;

- ✓ многих специализаций, которые в западных странах относят к прочему персоналу, у нас в России в номенклатуре должностей нет вообще (например, в ЛПУ нет специалистов по косоглазию, музыкальных терапевтов, консультантов по лактации, медицинских



транскриберов и иллюстраторов, терапевтов по кинезиотерапии, терапевтов по реабилитации методами огородничества и садоводства, и проч.);

✓ за рубежом прочий медицинский персонал – самая значительная и весьма неоднородная в образовательном плане, уровне решаемых задач и степени ответственности группа практикующих специалистов. Например, есть должность управленца/менеджера в сфере здравоохранения, требующая наличие диплома бакалавриата и MBA, и должность медицинского транскрибера без специального образования, функционал которой – транскрибирование аудиозаписей врачебных рекомендаций, а также есть должность врачебного ассистента, требующая диплома о двухлетнем обучении в колледже и дополнительно лицензирования на ведение деятельности;

✓ в западных странах в рамках каждой прочей медицинской профессии можно наблюдать сужение функционала специалистов и их дробление на сертифицируемые субспециальности с различным уровнем профессионального образования, задач, умений и трудовых навыков [8, с. 88–93]. В качестве примера можно привести следующие субспециальности с различным уровнем задач и степени ответственности: Occupational Health and Safety Specialists (специалисты по реабилитации, использующие специфические приемы в сфере физической активности и безопасности), Occupational Therapist (терапевт по реабилитации, использующий специфические приемы в сфере физической активности и трудотерапии), Occupational Therapist Aides (терапевт-помощник по реабилитации, использующий специфические приемы в сфере физической активности и трудотерапии), Occupational Therapist Assistant (ассистент терапевта по реабилитации, использующий специфические приемы в сфере физической активности и трудотерапии);

✓ в официальных документах международных организаций и в официальных документах правительств западных стран *даются*

различные варианты определения прочего персонала и предлагаются разные варианты его структуры. Если рассматривать официальные документы международных организаций, то можно сделать вывод, что нет четкой унификации в определении и структуре прочего медицинского персонала.

Так, например, в принятых в 2008 году Международной организацией труда Международных стандартах отраслевой классификации занятий [16], возросло число групп прочих медицинских профессий, однако структура этих групп четко не указана. В зависимости от предполагаемого уровня квалификации они определяются как «специалисты в сфере здравоохранения» (health professionals) или «профессионалы, ассоциированные с сферой здравоохранения» (health associate professionals). Также вычленена отдельная подгруппа «парамедицинских» профессий (административные работники клиник, клинические ассистенты, ассистенты врачей, медицинские работники для работы в местных сообществах). Также в Международную классификацию медицинских профессий в качестве иного медицинского персонала были включены диетологи, логопеды и другие [17].

В Международной стандартной отраслевой классификации всех видов экономической деятельности, утвержденной ООН, прочие/иные медицинские профессии относятся к разделу «Прочая деятельность по охране здоровья человека». В данную подгруппу включена деятельность по охране здоровья человека, осуществляемая *не больницами и не лечащими врачами или стоматологами*: деятельность санитарок, акушерок, физиотерапевтов и другого парамедицинского персонала в областях оптометрии, гидротерапии, лечебного массажа, трудотерапии, лечения дефектов речи, ухода за ногами, гомеопатии, мануальной терапии, иглоукалывания и т.д. Эти услуги могут предоставляться в оздоровительных центрах, например, действующих при фирмах, школах, домах престарелых, организациях трудящихся и обществах,





в стационарных лечебных заведениях, но не в больницах, а также в собственных помещениях по месту предоставления услуг, на дому у пациентов или в других местах. Данные услуги не предусматривают лечения медицинскими средствами. В данную подгруппу также включены: деятельность такого вспомогательного зубоврачебного персонала, как зубные терапевты, медицинские сестры по зубоврачебной практике, работающие при школах, и зубные врачи-гигиенисты, которые могут работать отдельно от врача-стоматолога, но под периодически осуществляемым контролем с его стороны; деятельность персонала медицинских лабораторий (рентгеновских лабораторий и прочих центров диагностической визуализации, лабораторий анализа крови и другого биоматериала) [3, с. 290–291].

В Великобритании прочий медицинский персонал определяется как персонал, оказывающий услуги физическим лицам, группам и в некоторых случаях специфическому населению, нуждающемуся в *долгосрочном уходе и медико-социальной реабилитации*: инвалидам, детям и пожилым людям. Прочий персонал работает в различных секторах обеспечения *интегрированного ухода* в области здравоохранения и социального обеспечения в некоммерческом секторе и в частных учреждениях [18]. В его состав входит *12 профессий*: логопеды, диагностические рентгенологи, терапевтические рентгенологи, протезисты, ортезисты, ортопеды, фельдшеры, физиотерапевты, ортоптисты, профпатологи, диетологи, арт-терапевты [12, с. 1–3]. Эти профессии можно структурировать на большие две группы, связанные с интегрированным долгосрочным уходом и медико-социальной реабилитацией.

Национальная общественная организация Ассоциация школ по подготовке allied health professionals США определяет сегмент allied health professionals как группу работников в сфере здравоохранения, оказывающую «услуги, связанные с диагностикой, оценкой и лечением острых и хронических

заболеваний, профилактикой нарушений здоровья, услугами в области диетического питания, реабилитации и менеджмента системы здравоохранения» [14]. При этом в США, в отличие от Великобритании, в структуру прочих медицинских работников включено уже около 100 должностей. Вспомогательный медицинский персонал также может заниматься предпринимательской деятельностью, работать в НКО и пансионатах/ домах престарелого ухода.

Примерный список прочего медицинского персонала в США [15, с. 1–2]:

1. Anesthesia Technologist/ Technician – Техник в области анестезии/ Помощник анестезиолога
2. Anesthesiologist Assistant – Ассистент анестезиолога
3. Athletic Trainer – Спортивный тренер
4. Audiologist – Аудиолог
5. Biological/Medical Scientists – Ученый-биолог
6. Blood Bank Technologist – Технолог банка крови
7. Cardiovascular Interventional Technologist – Кардиоваскулярный технолог
8. Chiropractor – Хиропрактик
9. Clinical Lab Scientist – Исследователь клинической лаборатории
10. Clinical Lab Technologist – Технолог клинической лаборатории
11. Counselor – Консультант/советник
12. Creative Arts Therapist – Терапевт в области креативных искусств
13. Dance Therapist – Танцевальный терапевт
14. Dental Assistant – Ассистент стоматолога
15. Dental Hygienist – Стоматолог-гигиенист
16. Dental Lab Technician – Техник стоматологической лаборатории
17. Dentist – Зубной врач
18. Diagnostic Medical Sonographer – Сонографист в области медицинской диагностики
19. Dietetic Technician – Техник в области диетологии
20. Dietitian – Диетолог
21. Electroneurodiagnostic Technologist – Технолог электронеуродиагностики



22. Embryologist – Эмбриологист
23. EMT/Paramedic – Парамедик
24. Environmental Engineer – Инженер в области окружающей среды/ инженер-эколог
25. Environmental Engineer Technician Техник – инженер в области окружающей среды/ техник-инженер-эколог
26. Environmental Scientist – Ученый в области окружающей среды/ ученый-эколог
27. Family Therapist – Семейный терапевт
28. Health Genetic Counselor – Консультант в области медицинской генетики
29. Health Advocate – Адвокат в области здоровья
30. Health and Safety Engineers – Инженер по технике безопасности
31. Health Educators – Учитель в области здоровья и здорового образа жизни
32. Health Information Administrator – Администратор по информации в сфере здравоохранения
33. Health Information Technicians – Техник по информации в сфере здравоохранения
34. Health Managers – Менеджер по информации в сфере здравоохранения
35. Home Health Aides and Psych Aides – Помощники на дому в области здоровья и в области психического здоровья
36. Horticultural Therapist – Терапевт по реабилитации методами огородничества и садоводства
37. Kinesiotherapist – Кинезиотерапевт
38. Lactation/ breastfeeding consultant – Консультант по лактации / грудному вскармливанию
39. Low Vision Therapist – Терапевт для слабовидящих
40. Massage Therapist – Массажист
41. Medical Appliance Technician – Техник в области изделий медицинского назначения
42. Medical Assistant – Медицинский ассистент
43. Medical Equipment Preparers – Специалист по подготовке медицинского оборудования
44. Medical Illustrator – Медицинский иллюстратор
45. Medical Records and Health Info Technologist – Технолог в области медицинской информации и отчетов
46. Medical Secretary – Медицинский секретарь
47. Medical Transcriptionist – Медицинский транскрибер
48. Medical/Health Service Manager – Менеджер по медицинским услугам
49. Microbiologist Technologist – Технолог-микробиолог
50. Nuclear Medicine Technologist – Технолог в области ядерной медицины
51. Nutritionist – Диетолог/специалист по питанию
52. Occupational Health and Safety Specialist – Специалист по реабилитации, использующий специфические приемы в сфере физической активности и безопасности
53. Occupational Therapist – Терапевт по реабилитации
54. Occupational Therapist Aides – Помощник терапевта по реабилитации
55. Occupational Therapist Assistant – Ассистент терапевта по реабилитации
56. Ophthalmic Dispensing Optician – Оптик
57. Ophthalmic Lab Technician – Лаборант офтальмологической лаборатории
58. Ophthalmic Medical Technologist – Технолог медицинской офтальмологии
59. Ophthalmic Medical Technician – Техник медицинской офтальмологии
60. Optometrist – Оптометрист
61. Orientation & Mobility Specialist – Специалист по реабилитации в области ориентации в пространстве и мобильности
62. Orthoptist – Специалист по косоглазию (оптометрист, специализирующийся исключительно в области двигательных глазных проблем)
63. Orthotist and Prosthetist – Ортопед и специалист по протезированию
64. Pathologist Assistant – Ассистент патологоанатома
65. Perfusionist – Перфузионист (специалист по перфузиям)





66. Personal and Home Care Aides – Персональный помощник и помощник по дому
67. Pharmacist – Фармацевт
68. Pharmacy Aides – Помощник в аптеке
69. Pharmacy Technicians – Техник в аптеке
70. Physical Therapist – Физиотерапевт
71. Physical Therapist Aides – Помощник по физиотерапии
72. Physical Therapist Assistant – Ассистент физиотерапевта
73. Physician Assistant – Ассистент врача
74. Podiatrist – Ортопед
75. Polysomnographic Technologist – Полисомнографический технолог
76. Psychiatric Technicians – Техник-психиатр
77. Psychologist – Психолог
78. Radiation Therapist – Радиационный терапевт
79. Radiologic Technologist – Технолог-радиолог
80. Recreation Therapist – Рекреационный терапевт
81. Rehabilitation Counselor – Консультант по реабилитации
82. Rehabilitation Teacher – Учитель по реабилитации
83. Respiratory Therapist/Technician – Терапевт в области респираторных заболеваний
84. Surgical Assistant – Ассистент хирурга
85. Science Technician – Техник по науке
86. Social Worker – Социальный работник
87. Speech-Language Pathologist – Специалист по речевой патологии
88. Sports Medicine Surgical Technologist – Технолог по хирургии в области спортивной медицины

Национальное Бюро статистики США в 2014 году определило наиболее востребованные к 2020 году должности прочего персонала в здравоохранении: медицинский ассистент, кардиоваскулярный технолог, соннографист, врачебный ассистент, респираторный терапевт, операционный техник, диетолог, менеджер по медицинским услугам, лабораторный техник, тренер по лечебной гимнастике [13].

В США, ввиду неоднородности профессионально-квалификационной структуры прочего медицинского персонала, можно за основу взять разные системы структурирования этой большой группы должностей.

Российские ученые И.М. Шейман и И.В. Шевский предложили следующую модель структурирования прочего персонала: это «смежные специалисты», которые существенно дополняют работу врача и медсестры, связанную с «обслуживанием медицинской и информационной техники, организацией медицинской помощи, углубленным обслуживанием пациентов» [11, с. 156].

Другой вариант структурирования прочего медицинского персонала:

- 1) административно-управленческий персонал медицинской организации;
- 2) специалисты по ИТ в медицинской организации;
- 3) специалисты по использованию и обслуживанию медицинского оборудования и техники;
- 4) специалисты в сфере медико-социальной реабилитации хронически больных, инвалидов и престарелых;
- 5) помощники врачей и наиболее квалифицированных медсестер, выполняющие рутинный функционал;
- 6) хозяйственно-обслуживающий персонал медицинской организации.

В заключение имеет смысл сказать, что увеличение продуктивности деятельности врачей и медсестринского персонала за рубежом происходит за счет дополнительного привлечения к деятельности большего числа прочего персонала с углубленной специализацией и меньшим временем профессиональной подготовки, чем у врачей и медицинских сестер. Так, например, обучение врачей в России только на специалитете медицинских университетов длится 6 лет, среднего медицинского персонала – 3 года на очном отделении и 4 года на вечернем отделении в медицинских колледжах. За рубежом профессионалы, занятые на должностях прочего персонала,



обучаются 4 года на бакалавриате в вузе или на 1–2-летних программах в средних медицинских школах. Вопрос пока для российского здравоохранения остается открытым: насколько планомерно расширение списка должностей и введение новых специализаций в сегменте прочего персонала. Однако, думается, что дополнительные подготовка и привлечение к деятельности по оказанию

медицинской помощи большего числа специалистов с разнообразными специализациями, меньшим временем профессиональной подготовки и меньшей заработной платой, чем у врачей и медсестринского персонала, смогло бы положительно решить проблему обеспеченности населения России медицинскими кадрами с меньшими экономическими затратами, чем расширение численности врачей.



Литература

1. Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 20 декабря 2012 г. № 1183н г. «Об утверждении Номенклатуры должностей медицинских работников и фармацевтических работников» (с дополнениями от 1.08.2014) <http://base.garant.ru/70344038/> Дата изъятия 12.06.2016
2. *Какорина Е.П.* Некоторые результаты оценки эффективности деятельности системы здравоохранения в 2010 году. // Менеджер здравоохранения. 2011, № 10, с. 6–11.
3. Международная стандартная отраслевая классификация всех видов экономической деятельности. Статистические документы. Серия М № 4/Rev.4 Организация Объединенных Наций Нью-Йорк, 2009, С. 353.
4. *Пивень Д.В., Кицул И.С.* О формировании новой системы контроля качества и безопасности медицинской деятельности в здравоохранении Российской Федерации. // Менеджер здравоохранения. 2013, № 2, с. 16–26
5. *Стародубов В.И., Кадыров Ф.Н.* Эффективный контракт в здравоохранении: возможности и риски. // Менеджер здравоохранения. 2013, № 3, с. 6–15.
6. *Стародубов В.И., Сон И.М., Леонов С.А.* Оценка влияния модернизации здравоохранения на динамику заболеваемости взрослого населения страны // Менеджер здравоохранения. 2013, № 5, с. 6–17
7. *Тарасенко Е.А.* Вспомогательный персонал в сфере здравоохранения: зарубежный опыт // Здравоохранение. 2015. № 1. с. 88–93.
8. *Тарасенко Е.А.* Сертификация и ресертификация врачей профессиональным врачебным сообществом как управленческий инструмент повышения качества медицинской помощи: зарубежный опыт и уроки для России // Менеджер здравоохранения. 2013, № 12, с. 61–66.
9. *Шевский В.И., Шейман И.М.* Методологические подходы к перспективной оценке потребности в медицинских кадрах. // Здравоохранение. 2015. № 3. С. 62–72.





10. Шевский В.И., Шейман И.М. Методологические подходы к перспективной оценке потребности в медицинских кадрах. //Здравоохранение. 2015. № 4. С. 58–70.

11. Шейман И.М., Шевский В.И. Кадровая политика в здравоохранении: сравнительный анализ российской и международной практики // Вопросы государственного и муниципального управления. 2015. № 1. С. 143–167.

12. Allied health professionals http://www.ahpf.org.uk/files/AHP%20Descriptions%209_4_14.pdf Date of access 12.06.2016 Date of access 12.06.2016

13. 10 Fastest Growing Allied Health Careers <http://www.careerprofiles.info/fastest-growing-allied-health-careers.html> Date of access 12.06.2016 Date of access 12.06.2016

14. Definition of the Allied Health // Association of Schools of Allied Health Professions <http://www.asahp.org/about-us/what-is-allied-health/definition-of-allied-health/> Date of access 12.06.2016

15. Health Professions network http://www.healthpronet.org/docs/1342_AH_Broch-Update_06.pdf Date of access 12.06.2016 Date of access 12.06.2016

16. The International Standard Classification of Occupations. International Labour Organization, 2008.

17. The International Classification of Health Workers. Mapping Occupations to the International Standard Classification: Classifying Health Workers. World Health Organization, Geneva 2008 www.who.int/hrh/statistics/workforce_statistics Date of access 12.06.2016

18. The Role of Allied Health Professionals in Public Health – Examples of Interventions Delivered by Allied Health Professionals that Improve the Publics' Health // About Public Health England

https://www.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/483038/Mapping_the_Evidence_of_impact_of_allied_health_professionals_on_public_health.pdf Date of access 12.06.2016

UDC 614 (4/9)

Tarasenko E.A. *Foreign and Russian experience in healthcare human resources management: the structure of «other» or «allied» personnel* (National Research University Higher School of Economics, Moscow, Russia)

Abstract. The article deals with the current Russian and foreign experience in public health system' manpower planning, linked to the optimum ratio of healthcare staff with different profiles, the range of other medical personnel and positions of specialists with higher non-medical education. The author offers new approaches towards the structure of the «other» personnel or «allied» health professionals in order to resolve the problem of medical personnel availability for Russian population, accessibility and quality of health care services with reduces economic cost.

Keywords: healthcare administration, manpower policy, human resources, «other» medical staff, another health professionals, health care staffing, allied health professionals.

**От редакции:**

Совсем недавно мы опубликовали материал, посвященный вопросам оказания помощи больным, страдающим редкими (орфанными) заболеваниями с использованием возможностей высокотехнологичной медицинской помощи¹. Однако проблема лечения орфанных заболеваний гораздо шире и сложнее. И что важно, не только сами пациенты, но и организаторы здравоохранения не всегда четко представляют возможности использования различных источников финансирования. Наши эксперты попытались разобраться в том, каковы пути привлечения для лечения орфанных заболеваний средств ОМС.

Шеф-редактор Н.Г.Куракова

А.А. Соколов,

д.м.н., профессор кафедры анестезиологии и реаниматологии им. В.Л. Ваневского СЗГМУ им. И.И. Мечникова, исполнительный директор НП «Национальный Совет экспертов по редким болезням»

О.Ю. Александрова,

д.м.н., профессор кафедры основ законодательства в здравоохранении ПМГМУ им. И.М. Сеченова

Ф.Н. Кадыров,

д.э.н., Центральный научно-исследовательский институт организации и информатизации здравоохранения Минздрава России, г. Москва, Россия

Н.В. Косякова,

начальник фармацевтического управления Министерства здравоохранения Ростовской области

ВОЗМОЖНОСТИ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ СРЕДСТВ ОМС ДЛЯ ФИНАНСИРОВАНИЯ ЛЕКАРСТВЕННОГО ОБЕСПЕЧЕНИЯ ПРИ ОКАЗАНИИ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ БОЛЬНЫМ РЕДКИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ

УДК 614.2

Соколов А.А., Александрова О.Ю., Кадыров Ф.Н., Косякова Н.В. *Возможности использования средств ОМС для финансирования лекарственного обеспечения при оказании медицинской помощи больным редкими заболеваниями* (СЗГМУ им. И.И. Мечникова, г. Санкт-Петербург, Россия, ПМГМУ им. И.М. Сеченова г. Москва, Россия, Центральный научно-исследовательский институт организации и информатизации здравоохранения Минздрава России, г. Москва, Россия, Министерства здравоохранения Ростовской области, Россия)

Аннотация. В статье анализируются возможности использования средств обязательного медицинского страхования для лекарственного обеспечения пациентов с редкими (орфанными) заболеваниями при оказании медицинской помощи в условиях стационара и дневного стационара.

Ключевые слова: редкие (орфанные) болезни, орфанные лекарственные препараты, обязательное медицинское страхование, способы оплаты медицинской помощи.

¹ Соколов А.А., Александрова О.Ю., Кадыров Ф.Н. *Высокотехнологичная медицинская помощь больным редкими заболеваниями – проблемы организации и финансирования* // Менеджер здравоохранения. 2016. – № 6.





В Программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2016 год (утв. Постановлением Правительства РФ от 19 декабря 2015 г. № 1382 **(1)** (далее – Программа госгарантий на 2016 год) в разделе V «Финансовое обеспечение Программы» сказано:

«За счет бюджетных ассигнований бюджетов субъектов Российской Федерации осуществляется:

обеспечение граждан, зарегистрированных в установленном порядке на территории Российской Федерации, лекарственными препаратами для лечения заболеваний, включенных в перечень жизнеугрожающих и хронических прогрессирующих редких (орфанных) заболеваний, приводящих к сокращению продолжительности жизни гражданина или его инвалидности...».

Данный перечень утвержден Постановлением Правительства от 26.04.2012 г. № 403 «О порядке ведения федерального регистра лиц, страдающих жизнеугрожающими и хроническими прогрессирующими редкими (орфанными) заболеваниями, приводящими к сокращению продолжительности жизни граждан или их инвалидности, и его регионального сегмента» и в настоящее время содержит 24 заболевания (далее «Перечень 24») **(2)**.

Больные редкими (орфанными) заболеваниями, входящими в «Перечень 24», должны быть обеспечены лекарственными препаратами за счет средств бюджетов субъектов РФ.

Проблемой является то, что орфанные лекарственные препараты (ЛП) являются дорогими. Соответственно, на субъекты РФ ложится груз серьезных финансовых обязательств по обеспечению живущими в этих субъектах граждан, больных редкими заболеваниями, орфанными ЛП. Поэтому регионы пытаются использовать средства ОМС для финансирования лекарственного обеспечения при оказании медицинской помощи больным редкими (орфанными) заболеваниями из «Перечня 24» (при оказании медицинской помощи в условиях дневного стационара и стационара).

Данный вариант обеспечения ЛП граждан, больных редкими заболеваниями, наиболее интересен на сегодняшний день субъектам РФ, поскольку позволяет при дефиците бюджетов регионов для этих целей использовать средства ОМС.

Вопрос о включении медицинской помощи при редких заболеваниях в систему ОМС не стоит – медицинская помощь при данных заболеваниях итак входит в систему ОМС. Однако обеспечение ЛП при оказании медицинской помощи гарантируется только в соответствии ч. 2 и ч. 3 ст. 80 Федерального закона от 21.11.2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» (далее – ФЗ «Об основах охраны здоровья») **(3)**:

«2. При оказании в рамках программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи первичной медико-санитарной помощи в условиях дневного стационара и в неотложной форме, специализированной медицинской помощи, в том числе высокотехнологичной, скорой медицинской помощи, в том числе скорой специализированной, паллиативной медицинской помощи в стационарных условиях осуществляется обеспечение граждан лекарственными препаратами для медицинского применения, включенными в перечень жизненно необходимых и важнейших лекарственных препаратов...».

В ч. 3. статьи 80 ФЗ «Об основах охраны здоровья» сказано:

«3. При оказании медицинской помощи в рамках программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи и территориальных программ государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи **не подлежат оплате** за счет личных средств граждан:

1) оказание медицинских услуг, назначение и применение лекарственных препаратов, **включенных в перечень жизненно необходимых и важнейших лекарственных препаратов...**



2) назначение и применение по медицинским показаниям лекарственных препаратов, **не входящих** в перечень жизненно необходимых и важнейших лекарственных препаратов, — в случаях их замены из-за индивидуальной непереносимости, **по жизненным показаниям...**»

Поскольку редкие (орфанные) заболевания из «Перечня 24» в соответствии с ч. 3 статья 44 ФЗ «Об основах охраны здоровья» являются «жизнеугрожающими и хроническими прогрессирующими заболеваниями, приводящими к сокращению продолжительности жизни гражданина или инвалидности», то на них распространяются вышеуказанные нормы Закона о назначении и применения ЛП «по жизненным показаниям».

Исходя из ч. 2 ст. 80 Закона, обеспечение граждан ЛП осуществляется при оказании медицинской помощи:

- в стационарах;
- в дневных стационарах;
- при оказании скорой медицинской помощи;
- при оказании первичной медико-санитарной помощи (ПМСП) (но только в условиях дневного стационара и в неотложной форме).

Т.е. при оказании ПМСП **в амбулаторных условиях** гражданам ЛП не гарантируются, т.е. на безвозмездной основе **не предоставляются**.

Исключение составляют отдельные категории граждан, которым предоставляются меры социальной поддержки, в том числе обеспечение ЛП для лечения в амбулаторных условиях, из средств федерального бюджета (так называемые «федеральные льготники»), и вышеупомянутые «региональные льготники», ЛП для лечения в амбулаторных условиях которым предоставляются из средств регионального бюджета (но не средств ОМС).

Система ОМС **никогда** не финансирует лекарственные препараты для лечения больных в амбулаторных условиях (ни орфанные, никакие другие ЛП).

Таким образом, **использовать средства ОМС невозможно для обеспечения больных редкими (орфанными) заболеваниями лекарственными препаратами при лечении в амбулаторных условиях.**

Поэтому использование средств ОМС для обеспечения ЛП больных редкими (орфанными) заболеваниями возможно:

- при оказании медицинской помощи в стационарных условиях;
- при оказании медицинской помощи в условиях дневного стационара.

При использовании средств ОМС для обеспечения больных орфанными ЛП на период лечения в условиях стационара или дневного стационара возникают следующие проблемы.

1. Тарифы в системе ОМС (которые и формируют стоимость случая лечения в стационаре) явно недостаточны для оплаты большинства случаев госпитализации больных редкими заболеваниями из «Перечня 24» с лечением этих больных орфанными ЛП.

2. Затраты на орфанные ЛП (как входящие в Перечень ЖНВЛП, так и закупаемые «по жизненным показаниям», или входящие в стандарты медицинской помощи или клинические рекомендации) не предусмотрены в общем объеме средств при финансировании медицинской организации по согласованным объемам медицинской помощи на год: при закупке дорогих орфанных ЛП в начале года — в конце года медицинская организация останется без средств к существованию.

3. В случае оплаты медицинской организации данных случаев лечения в стационаре из средств ОМС, средства на финансирование медицинской помощи больным с редкими заболеваниями из «Перечня 24» перераспределяются из общего объема средств территориальной программы госгарантий, т.е. без дополнительного выделения финансовых средств из Федерального фонда ОМС.

4. Что считать законченным случаем лечения в стационаре больного редким



Таблица 1

Редкие заболевания из «Перечня 24» в клинико-статистических группах (КСГ) при оказании медицинской помощи в стационарных условиях

Заболевание	Код МКБ-10	Код КСГ в стационаре	Наименование КСГ	КЗ ¹	Код профиля ²
Гемолитико-уремический синдром	D59.3	23	Анемии, уровень 2	1,49	5
Пароксизмальная ночная гемоглобинурия (Маркиафавы-Микели)	D59.5	24	Анемии, уровень 3	5,32	5
Апластическая анемия неуточненная	D61.9	24	Анемии, уровень 3	5,32	5
Наследственный дефицит факторов II (фибриногена), VII (лабильного), X (Стюарта-Прауэра)	D68.2	25	Нарушения свертываемости крови	1,04	5
Идиопатическая тромбоцитопеническая пурпура (синдром Эванса)	D69.3	25	Нарушения свертываемости крови	1,04	5
Дефект в системе комплемента	D84.1	15	Нарушения с вовлечением иммунного механизма	1,15	3
Преждевременная половая зрелость центрального происхождения	E22.8	52	Заболевания гипофиза, дети	2,26	11
		287	Заболевания гипофиза, взрослые	2,14	35
Нарушения обмена ароматических аминокислот (классическая фенилкетонурия, другие виды гиперфенилаланинемии)	E70.0, E70.1	294	Редкие генетические заболевания	3,50	36
Тирозинемия	E70.2	294	Редкие генетические заболевания	3,50	36
Болезнь кленового сиропа	E71.0	294	Редкие генетические заболевания	3,50	36
Другие виды нарушений обмена аминокислот с разветвленной цепью (изовалериановая ацидемия, метилмалоновая ацидемия, пропионовая ацидемия)	E71.1	294	Редкие генетические заболевания	3,50	36
Нарушения обмена жирных кислот	E71.3	294	Редкие генетические заболевания	3,50	36
Гомоцистинурия	E72.1	294	Редкие генетические заболевания	3,50	36
Глютарик (глутаровая) ацидурия	E72.3	294	Редкие генетические заболевания	3,50	36
Галактоземия	E74.2	292	Другие нарушения обмена веществ	1,16	35
Другие сфинголипидозы: болезнь Фабри (Фабри-Андерсона), Ниманна-Пика	E75.2	85	Другие нарушения нервной системы (уровень 1)	0,74	15
Мукополисахаридоз, тип I	E76.0	294	Редкие генетические заболевания	3,50	36
Мукополисахаридоз, тип II	E76.1	294	Редкие генетические заболевания	3,50	36
Мукополисахаридоз, тип VI	E76.2	294	Редкие генетические заболевания	3,50	36
Острая перемежающаяся (печеночная) порфирия	E80.2	292	Другие нарушения обмена веществ	1,16	35
Нарушения обмена меди (болезнь Вильсона)	E83.0	294	Редкие генетические заболевания	3,50	36
Незавершенный (несовершенный) остеогенез	Q78.0	210	Приобретенные и врожденные костно-мышечные деформации	0,99	29
Легочная (артериальная) гипертензия (идиопатическая) (первичная)	I27.0	179	Диагностическое обследование сердечно-сосудистой системы	1,01	25
		196	Другие болезни сердца (уровень 1)	0,78	27
		197	Другие болезни сердца (уровень 2)	1,54	27



Продолжение таблицы 1

Юношеский артрит с системным началом	M08.2	164	Воспалительные артропатии, спондилопатии, дети	1,85	22
		173	Артропатии и спондилопатии	1,67	24
		295	Лечение с применением генно-инженерных биологических препаратов в случае отсутствия эффективности базисной терапии	5,35	36

¹КЗ – Коэффициент относительной затратоемкости КСГ²Коды профиля: 3 – Аллергология и иммунология, 5 – Гематология, 11 – Детская эндокринология, 5 – Неврология, 22 – Педиатрия, 24 – Ревматология, 25 – Сердечно-сосудистая хирургия, 27 – Терапия, 29 – Травматология и ортопедия, 35 – Эндокринология, 36 – Прочее.

(орфанным) заболеванием, если выздоровление невозможно.

5. Если больному требуются регулярные (например, 1 раз в неделю) госпитализации в стационар с целью введения орфанного ЛП, то повторные случаи госпитализации по поводу одного заболевания в течение 1 месяца в системе ОМС трактуются как дефект медицинской помощи, и на медицинскую организацию налагаются санкции (в виде неоплаты медицинской помощи и штрафов).

При оказании медицинской помощи в стационарных условиях и условиях дневного стационара с применением орфанных лекарственных препаратов, которые являются, как правило, дорогими, медицинской организации должны быть возмещены расходы на оказание данной помощи, включая расходы на ЛП.

В Программе госгарантий на 2016 год при оплате медицинской помощи, оказанной в стационарных условиях и в условиях дневного стационара установлен способ оплаты за законченный случай лечения заболевания, включенного в соответствующую группу заболеваний (в том числе, клинико-статистические группы заболеваний – КСГ).

Отнесение редких заболеваний из «Перечня 24» к кодам КСГ представлено в *таблице 1*.

Основой тарифа на оплату медицинской помощи в соответствующей КСГ является базовая ставка финансирования стационарной медицинской помощи (4). Несмотря на различия в размере базовой ставки финансирования в субъектах РФ, необходимо отметить, что регионы будут стремиться выполнить

нормативы финансовых затрат Программы государственных гарантий. Согласно Программе госгарантий на 2016 год, средний норматив финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи на 1 случай госпитализации в медицинских организациях, оказывающих медицинскую помощь в стационарных условиях, за счет средств обязательного медицинского страхования составит **22815,3 рубля**. То есть размер базовой ставки тарифа на оплату медицинской помощи в стационарных условиях в регионах будет стремиться к данному нормативу (хотя на сегодняшний день, базовая ставка ниже данного норматива во многих субъектах РФ). Стоимость конкретного законченного случая оказания медицинской помощи в стационарных условиях будет определяться как произведение базовой ставки на коэффициент относительной затратоемкости.

Письмо ФФОМС от 22.01.2016 № 362/21-3и «О дополнении к Методическим рекомендациям по способам оплаты медицинской помощи за счет средств обязательного медицинского страхования, направленным письмом Минздрава России N11-9/10/2-7938, ФФОМС N8089/21-и от 24.12.2015» (5) рекомендует осуществлять оплату отдельных, редко встречающихся, затратных случаев (в т.ч. всех заболеваний из «Перечня 24» с применением коэффициента сложности курации (лечения) пациента (КСКП или КСЛП).

Коэффициент сложности лечения пациента (КСЛП) устанавливается тарифным



Таблица 2

Стоимость законченного случая стационарного лечения пациентов с редкими заболеваниями из «Перечня 24» при оплате за законченный случай лечения заболевания, включенного в соответствующую клинко-статистическую группу (без учета управленческого коэффициента (КУ), коэффициента уровня оказания медицинской помощи (КУС))

Заболевание	Код МКБ-10	Код КСГ	КЗ ¹	КСЛП ²	Ориентировочная стоимость законченного случая госпитализации в 2016 году
Гемолитико-уремический синдром	D59.3	23	1,49	1,8	61 190,63р.
Пароксизмальная ночная гемоглобинурия (Маркиафавы-Микели)	D59.5	24	5,32	1,8	218 479,31р.
Апластическая анемия неуточненная	D61.9	24	5,32	1,8	218 479,31р.
Наследственный дефицит факторов II (фибриногена), VII (лабильного), X (Стюарта-Прауэра)	D68.2	25	1,04	1,8	42 710,24р.
Идиопатическая тромбоцитопеническая пурпура (синдром Эванса)	D69.3	25	1,04	1,8	42 710,24р.
Дефект в системе комплемента	D84.1	15	1,15	1,8	47 227,67р.
Преждевременная половая зрелость центрального происхождения	E22.8	52	2,26	1,8	92 812,64р.
		287	2,14	1,8	87 884,54р.
Нарушения обмена ароматических аминокислот (классическая фенилкетонурия, др. виды гиперфенилаланиемии)	E70.0, E70.1	294	3,50	1,8	143 736,39р.
Тирозинемия	E70.2	294	3,50	1,8	143 736,39р.
Болезнь «кленового сиропа»	E71.0	294	3,50	1,8	143 736,39р.
Другие виды нарушений обмена аминокислот с разветвленной цепью (изовалериановая, метилмалоновая, пропионовая ацидемия)	E71.1	294	3,50	1,8	143 736,39р.
Нарушения обмена жирных кислот	E71.3	294	3,50	1,8	143 736,39р.
Гомоцистинурия	E72.1	294	3,50	1,8	143 736,39р.
Глютарик (глютаровая) ацидурия	E72.3	294	3,50	1,8	143 736,39р.
Галактоземия	E74.2	292	1,16	1,8	47 638,35р.
Другие сфинголипидозы: болезнь Фабри, Ниманна-Пика	E75.2	85	0,74	1,8	30 389,98р.
Мукополисахаридоз, тип I	E76.0	294	3,50	1,8	143 736,39р.
Мукополисахаридоз, тип II	E76.1	294	3,50	1,8	143 736,39р.
Мукополисахаридоз, тип VI	E76.2	294	3,50	1,8	143 736,39р.
Острая перемежающаяся (печеночная) порфирия	E80.2	292	1,16	1,8	47 638,35р.
Нарушения обмена меди (болезнь Вильсона)	E83.0	294	3,50	1,8	143 736,39р.
Незавершенный (несовершенный) остеогенез	Q78.0	210	0,99	1,8	40 656,86р.
Легочная (артериальная) гипертензия (идиопатическая) (первичная)	I27.0	179	1,01	1,8	41 478,22р.
		196	0,78	1,8	32 032,68р.
		197	1,54	1,8	63 244,01р.
Юношеский артрит с системным началом	M08.2	164	1,85	1,8	75 974,95
		173	1,67	1,8	68 582,79
		295	5,35	1,8	219 711,34

¹КЗ – Коэффициент относительной затратоемкости КСГ

²КСЛП – Коэффициент сложности лечения пациента (КСКП – коэффициент сложности курации пациента)

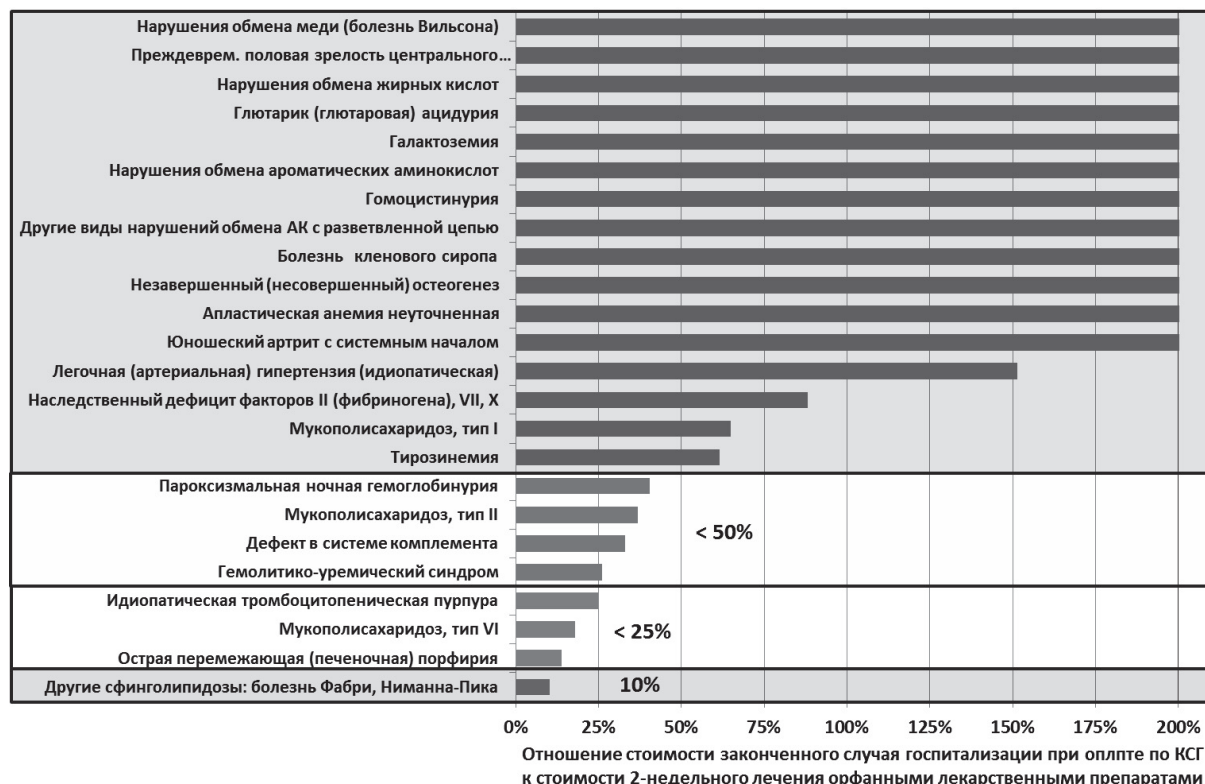


Рисунок 1. Соотношение стоимости законченного случая стационарного лечения пациентов с редкими заболеваниями из «Перечня 24» при оплате за законченный случай лечения заболевания, включенного в соответствующую клинико-статистическую группу (без учета управленческого коэффициента (КУ), коэффициента уровня оказания медицинской помощи (КУС)) и средней стоимости 2-недельного лечения орфанными лекарственными препаратами

соглашением, принятым на территории субъекта Российской Федерации, к отдельным случаям оказания медицинской помощи. Он учитывает более высокий уровень затрат на оказание медицинской помощи пациентам в отдельных случаях и устанавливается на основании объективных критериев, перечень которых приводится в тарифном соглашении и в обязательном порядке отражается в реестрах счетов. КСЛП за исключением случаев сверхдлительной госпитализации не может превышать 1,8.

Исходя из этого, можно рассчитать ориентировочную стоимость законченного случая госпитализации в медицинских организациях, оказывающих медицинскую помощь

в стационарных условиях при лечении редких заболеваний из «Перечня 24», включенных в соответствующую КСГ (базовая ставка в данных расчетах считается равной нормативу финансовых затрат на 1 случай госпитализации больного в стационар – 22815,3 рубля) (таблица 2).

Для многих заболеваний (даже с учетом максимального КСЛП) таким образом рассчитанная стоимость законченного случая лечения в стационаре многократно меньше стоимости орфанных лекарственных препаратов, которые должны использоваться в период лечения (рисунок 1). Для 2-х заболеваний (мукополисахаридоз I типа, тирозинемия) стоимость законченного случая стационарного лечения





при оплате по КСГ составляет меньше 75% от средней стоимости 2-недельного лечения орфанными лекарственными препаратами, для 4-х заболеваний (пароксизмальная ночная гемоглобинурия, мукополисахаридоз II типа, дефект в системе комплемента, гемолитико-уремический синдром) – меньше 50%, для 3-х заболеваний (идиопатическая тромбоцитопеническая пурпура мукополисахаридоз VI типа, острая перемежающаяся (печеночная) порфирия) – меньше 25%, для сфинголипидоз – всего 10%.

А это значит, что пациент в период стационарного лечения не получит орфанных лекарственных препаратов без героических усилий (со своей стороны и/или со стороны медицинской организации). Наиболее критично это для заболеваний, когда медицинская помощь оказывается в неотложной форме или когда орфанный ЛП должен вводиться длительно внутривенно под контролем врача. Такими заболеваниями являются: острая перемежающаяся (печеночная) порфирия, гемолитико-уремический синдром, пароксизмальная ночная гемоглобинурия (Маркиафавы-Микели), мукополисахаридозы I, II, VI типа, другие сфинголипидозы: болезнь Фабри.

Для гарантированного финансирования медицинской помощи, оказанной в условиях стационара, при данных заболеваниях необходимо сформировать отдельные (узкие) КСГ по каждому из этих заболеваний.

При отсутствии отдельных КСГ по редким заболеваниям на федеральном уровне возможно их формирование на региональном уровне в рамках территориальных программ государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи.

Независимо от того, на федеральном или региональном уровнях будут формироваться данные КСГ, стоимость случая лечения по данным КСГ должна содержать в себе орфанные ЛП на период лечения в стационаре.

Однако необходимо понимать, что при отсутствии утвержденных КСГ по редким заболеваниям на федеральном уровне и при

разработке данных КСГ на региональном уровне в рамках территориальных программ государственных гарантий, средства ОМС на финансирование медицинской помощи таким больным перераспределяются из общего объема средств территориальной программы госгарантий (т.е., чтобы вписаться в имеющиеся ресурсы, для каких-то медицинских организаций, участвующих в реализации территориальной программы госгарантий, нужно уменьшить финансирование; дополнительно из Федерального фонда ОМС на лечение редких (орфанных) больных в условиях стационара или дневного стационара средства не предоставляются).

Опыт отдельных регионов (Ростовская область, Ульяновская область, Новосибирская область и др.), которые пытались включить лекарственное обеспечение редких заболеваний из «Перечня 24» в систему ОМС, показывает, что даже при наличии утвержденных на региональном уровне КСГ, страховые медицинские организации отказываются оплачивать медицинским организациям случаи повторных госпитализаций больных с редкими заболеваниями, расценивая их как результат некачественно оказанной помощи на первых этапах. Если больному требуются регулярные (например, 1 раз в неделю) госпитализации в стационар с целью введения орфанного ЛП, то повторные случаи госпитализации по поводу одного заболевания в течение 1 месяца в системе ОМС трактуются как дефект медицинской помощи, и на медицинскую организацию налагаются санкции (в виде неоплаты медицинской помощи и штрафов). А ведь многие больные редкими (орфанными) заболеваниями нуждаются в регулярном (иногда еженедельном) введении жизненно необходимых препаратов. Прерывание в такой терапии, даже на несколько дней, грозит необратимыми последствиями, осложнениями и даже смертью.

Вышеуказанные проблемы не решены на федеральном уровне. Каждый регион решает их самостоятельно исходя из собственного видения проблемы, финансовых возможностей,



количества пациентов с редкими заболеваниями из «Перечня 24» в конкретном субъекте РФ.

Основными путями решения вышеуказанных проблем при использовании средств ОМС при оказании медицинской помощи больным редкими заболеваниями из «Перечня 24» являются:

- формирование отдельных (узких) КСГ по каждому редкому заболеванию (группе заболеваний) с учетом стоимости орфанных ЛП (при отсутствии отдельных КСГ по редким заболеваниям на федеральном уровне);

- медицинским организациям, оказывающим медицинскую помощь больным с редкими заболеваниями, отдельно просчитываются необходимые ресурсы (согласованные объемы медицинской помощи), позволяющие не только оказывать медицинскую помощь, но и оплачивать ее в полном объеме (с учетом применяемых орфанных ЛП);

- отдельного регулирования в Тарифном соглашении требует вопрос, что считать законченным случаем лечения больного с редким заболеванием при госпитализации в стационар или дневной стационар для введения лекарственного препарата (возможно применение понятия «улучшение в течение болезни в определенной степени» или «поддержание состояния здоровья пациента с (диагноз) с использованием ЛП(указать)».

- отдельного решения, также закрепленного в Тарифном соглашении, требует дифференцированный подход к дефектуре медицинской помощи по отношению к медицинским организациям, оказывающим медицинскую помощь больным редкими заболеваниями (необходимо предусмотреть возможность частых госпитализаций для введения ЛП) с исключением из санкций, налагаемых страховыми медицинскими организациями, санкций за повторные госпитализации по поводу одного и того же заболевания в течение определенного периода времени.

Но, даже решив все вышеуказанные проблемы, необходимо понимать, что, во-первых, невозможно использовать средства ОМС для

обеспечения ЛП-больных редкими заболеваниями в амбулаторных условиях. Во-вторых, при оказании медицинской помощи пациенту с редким заболеванием в стационарных условиях денежные средства на оказание медицинской помощи с применением дорогого орфанного препарата необходимо будет изыскать в территориальном фонде ОМС в рамках реализации территориальной программы ОМС из денежных средств, перечисленных на реализацию территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи в целом. И финансирование столь дорогих орфанных ЛП в одной медицинской организации приведет к уменьшению финансирования других медицинских организаций субъекта РФ, участвующих в реализации территориальной программы госгарантий.

Наиболее подходящим вариантом оказания медицинской помощи в системе ОМС в целях введения орфанного ЛП для поддержания состояния здоровья больных с большинством редких заболеваний является оказание медицинской помощи не в стационарах, а в дневных стационарах.

Пункт 3) части 2 статьи 32 ФЗ «Об основах охраны здоровья» устанавливает, что медицинская помощь в дневном стационаре оказывается в условиях, предусматривающих медицинское наблюдение и лечение в дневное время, но не требующих круглосуточного медицинского наблюдения и лечения.

Логичный вариант – если введение орфанных лекарственных препаратов не требует круглосуточного врачебного наблюдения, вводить ЛП в дневном стационаре.

Как уже отмечалось, в Программе госгарантий на 2016 год при оплате медицинской помощи, оказанной в условиях дневного стационара (как и в стационарных условиях) установлен способ оплаты за законченный случай лечения заболевания, включенного в соответствующую группу заболеваний (в том числе клинико-статистические группы заболеваний – КСГ).



Таблица 3

Редкие заболевания из «Перечня 24» в клинико-статистических группах (КСГ) при оказании медицинской помощи в условиях дневного стационара

Заболевание	Код МКБ-10	Код КСГ в д/с	Наименование КСГ	КЗ ¹	Код профиля ²
Гемолитико-уремический синдром	D59.3	10	Болезни крови	1,17	5
Пароксизмальная ночная гемоглобинурия (Маркиафавы-Микели)	D59.5	10	Болезни крови	1,17	5
Апластическая анемия неуточненная	D61.9	10	Болезни крови	1,17	5
Наследственный дефицит факторов II (фибриногена), VII (лабильного), X (Стюарта-Прауэра)	D68.2	10	Болезни крови	1,17	5
Идиопатическая тромбоцитопеническая пурпура (синдром Эванса)	D69.3	10	Болезни крови	1,17	5
Дефект в системе комплемента	D84.1	8	Нарушения с вовлечением иммунного механизма	0,98	3
Преждевременная половая зрелость центрального происхождения	E22.8	20	Другие болезни эндокринной системы, дети	1,36	11
		104	Другие болезни эндокринной системы, ..., другие нарушения обмена веществ	1,41	35
Нарушения обмена ароматических аминокислот (классическая фенилкетонурия, другие виды гиперфенилаланинемии)	E70.0, E70.1	20	Другие болезни эндокринной системы, дети	1,36	11
		104	Другие болезни эндокринной системы, ..., другие нарушения обмена веществ	1,41	35
Тирозинемия	E70.2	20	Другие болезни эндокринной системы, дети	1,36	11
		104	Другие болезни эндокринной системы, ..., другие нарушения обмена веществ	1,41	35
Болезнь кленового сиропа	E71.0	20	Другие болезни эндокринной системы, дети	1,36	11
		104	Другие болезни эндокринной системы, ..., другие нарушения обмена веществ	1,41	35
Другие виды нарушений обмена аминокислот с разветвленной цепью (изовалериановая ацидемия, метилмалоновая ацидемия, пропионовая ацидемия)	E71.1	20	Другие болезни эндокринной системы, дети	1,36	11
		104	Другие болезни эндокринной системы, ..., другие нарушения обмена веществ	1,41	35
Нарушения обмена жирных кислот	E71.3	20	Другие болезни эндокринной системы, дети	1,36	11
		104	Другие болезни эндокринной системы, ..., другие нарушения обмена веществ	1,41	35
Гомоцистинурия	E72.1	20	Другие болезни эндокринной системы, дети	1,36	11
		104	Другие болезни эндокринной системы, ..., другие нарушения обмена веществ	1,41	35



Продолжение таблицы 3

Глютарик (глутаровая) ацидурия	E72.3	20	Другие болезни эндокринной системы, дети	1,36	11
		104	Другие болезни эндокринной системы, ..., другие нарушения обмена веществ	1,41	35
Галактоземия	E74.2	20	Другие болезни эндокринной системы, дети	1,36	11
		104	Другие болезни эндокринной системы, ..., другие нарушения обмена веществ	1,41	35
Другие сфинголипидозы: болезнь Фабри (Фабри-Андерсона), Ниманна-Пика	E75.2	34	Болезни нервной системы, хромосомные аномалии	0,98	15
Мукополисахаридоз, тип I	E76.0	20	Другие болезни эндокринной системы, дети	1,36	11
		104	Другие болезни эндокринной системы, ..., другие нарушения обмена веществ	1,41	35
Мукополисахаридоз, тип II	E76.1	20	Другие болезни эндокринной системы, дети	1,36	11
		104	Другие болезни эндокринной системы, ..., другие нарушения обмена веществ	1,41	35
Мукополисахаридоз, тип VI	E76.2	20	Другие болезни эндокринной системы, дети	1,36	11
		104	Другие болезни эндокринной системы, ..., другие нарушения обмена веществ	1,41	35
Острая перемежающаяся (печеночная) порфирия	E80.2	20	Другие болезни эндокринной системы, дети	1,36	11
		104	Другие болезни эндокринной системы, ..., другие нарушения обмена веществ	1,41	35
Нарушения обмена меди (болезнь Вильсона)	E83.0	20	Другие болезни эндокринной системы, дети	1,36	11
		104	Другие болезни эндокринной системы, ..., другие нарушения обмена веществ	1,41	35
Незавершенный (несовершенный) остеогенез	Q78.0	80	Приобретенные и врожденные костно-мышечные деформации	0,99	29
Легочная (артериальная) гипертензия (идиопатическая) (первичная)	I27.0	12	Болезни системы кровообращения, дети	0,98	7
		30	Болезни системы кровообращения, взрослые	0,80	13
Юношеский артрит с системным началом	M08.2	67	Системные поражения соединительной ткани, артропатии, спондилопатии, дети	2,31	22
		70	Системные поражения соединительной ткани, артропатии, спондилопатии, взрослые	1,46	24
		109	Лечение с применением генно-инженерных биологических препаратов	9,74	36

¹КЗ – Коэффициент относительной затратоемкости КСГ

²Коды профиля: 3 – Аллергология и иммунология, 5 – Гематология, 7 – Детская кардиология, 11 – Детская эндокринология, 13 – Кардиология, 15 – Неврология, 22 – Педиатрия, 24 – Ревматология, 29 – Травматология и ортопедия, 35 – Эндокринология, 36 – Прочее.



Таблица 4

Стоимость законченного случая лечения в условиях дневных стационаров пациентов с редкими заболеваниями из «Перечня 24» при оплате за законченный случай лечения заболевания, включенного в соответствующую клинко-статистическую группу (без учета управленческого коэффициента (КУ), коэффициента уровня оказания медицинской помощи (КУС))

Заболевание	Код МКБ-10	Код КСГ в д/с	КЗ ¹	КСЛП ²	Ориентировочная стоимость законченного случая госпитализации в дневной стационар в 2016 году
Гемолитико-уремический синдром	D59.3	10	1,17	1,8	24 071,58р.
Пароксизмальная ночная гемоглобинурия (Маркиафавы-Микели)	D59.5	10	1,17	1,8	24 071,58р.
Апластическая анемия неуточненная	D61.9	10	1,17	1,8	24 071,58р.
Наследственный дефицит факторов II (фибриногена), VII (лабильного), X (Стюарта-Прауэра)	D68.2	10	1,17	1,8	24 071,58р.
Идиопатическая тромбоцитопеническая пурпура (синдром Эванса)	D69.3	10	1,17	1,8	24 071,58р.
Дефект в системе комплемента	D84.1	8	0,98	1,8	20 162,52р.
Преждевременная половая зрелость центрального происхождения	E22.8	20	1,36	1,8	27 980,64р.
		104	1,41	1,8	29 009,34р.
Нарушения обмена ароматических аминокислот (классическая фенилкетонурия, другие виды гиперфенилаланинемии)	E70.0, E70.1	20	1,36	1,8	27 980,64р.
		104	1,41	1,8	29 009,34р.
Тирозинемия	E70.2	20	1,36	1,8	27 980,64р.
		104	1,41	1,8	29 009,34р.
Болезнь кленового сиропа	E71.0	20	1,36	1,8	27 980,64р.
		104	1,41	1,8	29 009,34р.
Другие виды нарушений обмена аминокислот с разветвленной цепью (изовалериановая ацидемия, метилмалоновая ацидемия, пропионовая ацидемия)	E71.1	20	1,36	1,8	27 980,64р.
		104	1,41	1,8	29 009,34р.
Нарушения обмена жирных кислот	E71.3	20	1,36	1,8	27 980,64р.
		104	1,41	1,8	29 009,34р.
Гомоцистинурия	E72.1	20	1,36	1,8	27 980,64р.
		104	1,41	1,8	29 009,34р.
Глютарик (глютаровая) ацидурия	E72.3	20	1,36	1,8	27 980,64р.
		104	1,41	1,8	29 009,34р.
Галактоземия	E74.2	20	1,36	1,8	27 980,64р.
		104	1,41	1,8	29 009,34р.
Другие сфинголипидозы: болезнь Фабри, болезнь Ниманна-Пика	E75.2	34	0,98	1,8	20 162,52р.
Мукополисахаридоз, тип I	E76.0	20	1,36	1,8	27 980,64р.
		104	1,41	1,8	29 009,34р.



Продолжение таблицы 4

Мукополисахаридоз, тип II	E76.1	20	1,36	1,8	27 980,64р.
		104	1,41	1,8	29 009,34р.
Мукополисахаридоз, тип VI	E76.2	20	1,36	1,8	27 980,64р.
		104	1,41	1,8	29 009,34р.
Острая перемежающаяся (печеночная) порфирия	E80.2	20	1,36	1,8	27 980,64р.
		104	1,41	1,8	29 009,34р.
Нарушения обмена меди(болезнь Вильсона)	E83.0	20	1,36	1,8	27 980,64р.
		104	1,41	1,8	29 009,34р.
Незавершенный (несовершенный) остеогенез	Q78.0	80	0,99	1,8	20 368,26р.
Легочная (артериальная) гипертензия (идиопатическая) (первичная)	I27.0	12	0,98	1,8	20 162,52р.
		30	0,80	1,8	16 459,20р.
Юношеский артрит с системным началом	M08.2	67	2,31	1,8	47 525,94р.
		70	1,46	1,8	30 038,04р.
		109	9,74	1,8	200 390,76р.

Редкие заболевания из «Перечня 24» в клинико-статистических группах (КСГ) при оказании медицинской помощи в условиях дневного стационара представлены в *таблице 3*.

Проблемой опять же является то, что нормативы финансовых затрат, определенные для оказания медицинской помощи в условиях дневных стационаров, явно недостаточны для обеспечения пациентов орфанными ЛП в период лечения в дневном стационаре.

Согласно Программе госгарантий на 2016 год средний норматив финансовых затрат на 1 случай лечения в условиях дневных стационаров за счет средств обязательного медицинского страхования – **11 430 рублей**.

В *таблице 4* произведены расчеты стоимости законченного случая лечения в условиях дневных стационаров пациентов с редкими заболеваниями из «Перечня 24» при оплате за законченный случай лечения заболевания, включенного в соответствующую клинико-статистическую группу (без учета управленческого коэффициента (КУ), коэффициента уровня оказания медицинской помощи (КУС).

В ряде регионов дневные стационары используются для введения орфанных ЛП при закупке

данных ЛП из средств региональных бюджетов. Т.е. в данном случае медицинской организацией покрываются расходы на введение ЛП под медицинским наблюдением в условиях дневного стационара, но без предоставления орфанного ЛП. Орфанный ЛП, как привило, выписывается пациенту – региональному льготнику по рецепту врача для применения в амбулаторных условиях. Больной приносит полученный по рецепту ЛП с собой в дневной стационар.

Подобный механизм применяется в ряде регионов и при госпитализации больного в стационар с целью введения ЛП (ЛП не предоставляется медицинской организацией, оказывающей медицинскую помощь в стационарных условиях, а приносится самим пациентом). Данный вариант имеет риски причинения вреда жизни и здоровью пациента применением ЛП с негарантированным качеством (с точки зрения, например, нарушения условий хранения ЛП и т.д.). Чтобы исключить подобные риски, необходимо, чтобы орфанный ЛП предоставлялся на период лечения в стационаре (дневном стационаре) не пациенту, а медицинской организации, оказывающей медицинскую помощь.





Литература



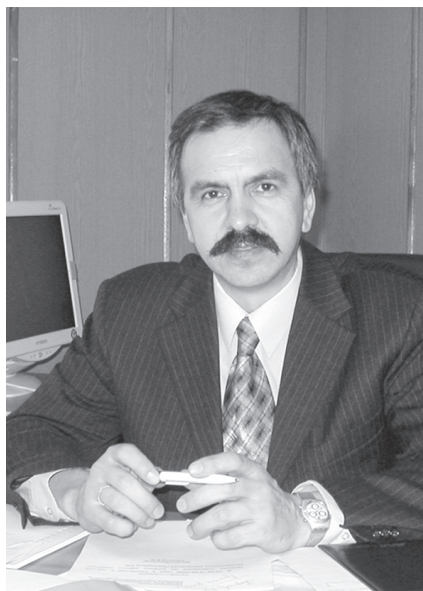
1. Постановление Правительства РФ от 19 декабря 2015 г. № 1382 «О Программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2016 год».
2. Постановление Правительства РФ от 26 апреля 2012 г. № 403 «О порядке ведения Федерального регистра лиц, страдающих жизнеугрожающими и хроническими прогрессирующими редкими (орфанными) заболеваниями, приводящими к сокращению продолжительности жизни граждан или их инвалидности, и его регионального сегмента».
3. Федеральный закон от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации».
4. Письмо Минздрава России N11-9/10/2-7938, ФФОМС N8089/21-и от 24.12.2015 «О методических рекомендациях по способам оплаты медицинской помощи за счет средств обязательного медицинского страхования».
5. Письмо ФФОМС от 22.01.2016 № 362/21-3и «О дополнении к Методическим рекомендациям по способам оплаты медицинской помощи за счет средств обязательного медицинского страхования, направленным письмом Минздрава России N11-9/10/2-7938, ФФОМС N8089/21-и от 24.12.2015».

UDC 614.2

Sokolov A.A., Aleksandrova O. Yu., Kadyrov F.N., Kosyakova N. The possibilities of use of OSDs funds financing for the drug supply in the provision of medical care for patients with rare diseases (North-Western State Medical University named after I.I. Mechnikov, Saint-Petersburg, Russia, First Moscow state medical University named after I.M. Sechenov, Moscow, Russia, Federal Research Institute for Health Organization and Informatics of Ministry of Health of the Russian Federation, Moscow, Russia)

Abstract. The article analyzes the possibilities of use of means of obligatory medical insurance for drug supply patients with rare (orphan) diseases in the provision of medical care in hospital and day hospital.

Keywords: rare (orphan) diseases, orphan medicinal drug, mandatory medical insurance, methods of payment for medical care.



НА ВОПРОСЫ ОТВЕЧАЕТ д.э.н. Ф.Н. КАДЫРОВ



Из-за финансовых сложностей у учреждений нарастает кредиторская задолженность, возможны срывы сроков выплаты заработной платы. Но говорят, что за задержку выплаты заработной платы сейчас установлена дополнительная ответственность.

С 3 октября 2016 года вступает в силу закон, касающийся изменений в вопросах оплаты труда – Федеральный закон от 3 июля 2016 г. № 272-ФЗ «О внесении изменений в отдельные законодательные акты Российской Федерации по вопросам повышения ответственности работодателей за нарушения законодательства в части, касающейся оплаты труда». Отметим вкратце эти изменения:

- статья 5.27. Кодекса Российской Федерации об административных правонарушениях, касающаяся нарушений трудового законодательства, в новой редакции предусматривает следующую ответственность за несвоевременную выплату зарплаты. Если эти действия не содержат признаков уголовного преступления, руководителя оштрафуют на сумму до 20 000 руб., индивидуального предпринимателя – до 5000 руб., организацию – до 50 000 руб. За повторное нарушение штраф серьезно увеличится;
- в статье 136 Трудового кодекса появился крайний срок выплаты зарплаты – не позднее 15 календарных дней со дня окончания периода, за который она начислена;
- при задержке выплаты зарплаты работнику полагается компенсация, которая составит 1/150 ключевой ставки;
- обязанность по выплате указанной денежной компенсации возникает независимо от наличия вины работодателя;





- размер выплачиваемой работнику денежной компенсации может быть повышен коллективным договором, локальным нормативным актом или трудовым договором.
- по спорам о невыплате зарплаты и других сумм сотрудник сможет обратиться в суд в течение года со дня установленного срока выплаты, в том числе в случаях невыплаты при увольнении. Сейчас этот срок составляет только три месяца.



Что более целесообразно использовать при распределении средств, выделенных на стимулирование: КТУ или балльную систему?

Использовать ли балльную систему или КТУ, учреждение решает самостоятельно. Напомним: балльная система – это лишь один из вариантов распределения выплат стимулирующего характера. В Приказе Минздрава России от 28.06.2013 № 421 «Об утверждении Методических рекомендаций по разработке органами государственной власти субъектов Российской Федерации и органами местного самоуправления показателей эффективности деятельности подведомственных государственных (муниципальных) учреждений, их руководителей и работников по видам учреждений и основным категориям работников» (далее – Приказ Минздрава № 421) сказано: **«Механизмы распределения стимулирующих выплат конкретным работникам могут быть разными, в частности на основе балльной оценки».**

В принципе, суть и балльной системы стимулирования, и КТУ едина: выработка критериев распределения определенных денежных средств между работниками подразделения. Источники этих средств могут быть различными. В обоих случаях это могут быть: вакантный фонд оплаты труда, экономии по фонду заработной платы, превышение фонда оплаты труда (рассчитанного по определенным критериям, например, в процентах от дохода) над фондом заработной платы (сумма окладов и других гарантированных выплат в соответствии с отработанным временем), сумма дохода от платных услуг и т.д. Таким образом, четких однозначных различий между КТУ и баллами нет.

Тем не менее, сложившаяся практика демонстрирует некоторые различия в использовании этих систем стимулирования.

Исторически система КТУ возникла как механизм распределения вакантного фонда оплаты труда – с тем, чтобы при выполнении работ неполным коллективом (отпуска, больничные и т.д.) в целях заполнения вакантных должностей (выполнения работ временно отсутствующих работников) ежемесячно не оформлять совместительство, либо совмещение профессий (должностей), расширение зон обслуживания и т.д. Основная задача КТУ – обеспечить выполнение всего объема медицинской помощи независимо от фактической численности работников коллектива. К тому же, КТУ предполагает, что оценку вклада работника осуществляет сам коллектив – это снимает с администрации достаточно сложную задачу оценки вклада конкретного работника в коллективные результаты. Поэтому КТУ целесообразно там, где часто имеет место перераспределение обязанностей, выполняемых функций и т.д. между различными работниками.