

РЕМЕДИУМ

18+

4
2023
Том 27

**Национальный НИИ
общественного здоровья
имени Н. А. Семашко**

Журнал основан в 1997 г.

www.remedium-journal.ru

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

Все права защищены.

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

Цена свободная.

Подписка через Интернет:
www.pochta.ru

на электронную версию:
elibrary.ru

ISSN 1561-5936. Ремедиум. 2023.
Т. 27. № 4. 289—382.

 Издатель:
Акционерное
общество «Шико»

ОГРН 1027739732822

Корректор *О. В. Устинкова*

Сдано в набор 28.11.2023.

Подписано в печать 26.12.2023.

Формат 60 × 88½. Печать офсетная. Печ. л. 11,75. Усл. печ. л. 11,49. Уч.-изд. л. 13,56.

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

Главный редактор

ХАБРИЕВ Рамил Усманович, академик РАН, д. ф. н., д. м. н., профессор, Национальный научно-исследовательский институт общественного здоровья им. Н. А. Семашко

Ответственный секретарь

ШЕРСТНЕВА Елена Владимировна, к. и. н., Национальный научно-исследовательский институт общественного здоровья им. Н. А. Семашко

Редакционная коллегия

АВКСЕНТЬЕВА Мария Владимировна, д. м. н., профессор, Первый Московский государственный медицинский университет им. И. М. Сеченова

АКСЕНОВА Елена Ивановна, д. э. н., Научно-исследовательский институт организации здравоохранения и медицинского менеджмента

АНАНЧЕНКОВА Полина Игоревна, к. с. н., к. э. н., доцент, Национальный научно-исследовательский институт общественного здоровья им. Н. А. Семашко

ДЕНИСОВА Мария Николаевна, д. ф. н., профессор, Первый Московский государственный медицинский университет им. И. М. Сеченова

ЗАТРАВКИН Сергей Наркизович, д. м. н., профессор, Национальный научно-исследовательский институт общественного здоровья им. Н. А. Семашко

ЗУДИН Александр Борисович, д. м. н., Национальный научно-исследовательский институт общественного здоровья им. Н. А. Семашко

ИШМУХАМЕТОВ Айдар Айратович, чл.-корр. РАН, д. м. н., профессор, Федеральный научный центр исследований и разработки иммунобиологических препаратов им. М. П. Чумакова

КРАШЕНИННИКОВ Анатолий Евгеньевич, д. ф. н., Российский национальный исследовательский медицинский университет им. Н. И. Пирогова

КУЛИКОВ Андрей Юрьевич, д. э. н., Национальный научно-исследовательский институт общественного здоровья им. Н. А. Семашко

ШЕСТАКОВ Владислав Николаевич, Государственный институт лекарственных средств и надлежащих практик

Редакционный совет

АЛЕКСАНДРОВА Ольга Аркадьевна, д. э. н., Институт социально-экономических проблем народонаселения ФНИСЦ РАН

АМОНОВА Дильбар Субхонова, д. э. н., профессор, Российско-Таджикский (Славянский) университет

БЕРЕГОВЫХ Валерий Васильевич, академик РАН, д. т. н., профессор, Первый Московский государственный медицинский университет им. И. М. Сеченова

БОБКОВА Елена Михайловна, д. с. н., профессор, Тираспольский государственный университет им. Т. Шевченко

ВИНТЕР Десмонд, доктор медицины, профессор, Университетская больница св. Винсента

ГУСЬКОВА Ирина Владимировна, д. э. н., профессор, Национальный исследовательский Нижегородский государственный университет им. Н. И. Лобачевского

ДОЛЖЕНКОВА Юлия Вениаминовна, д. э. н., Финансовый университет при Правительстве РФ

ДРЫНОВ Георгий Игоревич, д. м. н., профессор, Болонский университет

ЗИГАНШИНА Лилия Евгеньевна, д. м. н., профессор, Российская медицинская академия непрерывного профессионального образования

ЗУРДИНОВА Аида Аширалиевна, д. м. н., профессор, Кыргызско-Российский Славянский университет им. Б. Н. Ельцина

ИФАНТОПУЛОС Джон, доктор философии, профессор, Афинский национальный университет им. Каподистрии

КАМИЛОВА Роза Толановна, д. м. н., профессор, Национальный исследовательский институт санита-

рии, гигиены и профессиональных заболеваний Министерства здравоохранения Республики Узбекистан

КОПЫТОВ Александр Александрович, к. с. н., д. м. н., Национальный исследовательский Белгородский государственный университет

КУДАЙБЕРГЕНОВА Индира Орозбаевна, д. м. н., профессор, Киргизская государственная медицинская академия им. И. К. Ахунбаева

МИНГАЗОВА Эльмира Нурисламовна, д. м. н., профессор, Национальный научно-исследовательский институт общественного здоровья им. Н. А. Семашко

ОМЕЛЬЯНОВСКИЙ Виталий Владимирович, д. м. н., профессор, Центр экспертизы и контроля качества медицинской помощи

МОРОЗ Ирина Николаевна, д. м. н., профессор, Белорусский государственный медицинский университет

ПЯТИГОРСКАЯ Наталия Валерьевна, д. ф. н., профессор, Первый Московский государственный медицинский университет им. И. М. Сеченова

РЕШЕТНИКОВ Владимир Анатольевич, д. м. н., профессор, Первый Московский государственный медицинский университет им. И. М. Сеченова

ЧЖАН Фэнминь, MD, профессор, Харбинский медицинский университет

ТАНГ Минке, доктор философии, профессор, Пекинский университет китайской медицины

ЯГУДИНА Роза Исмаиловна, д. ф. н., профессор, Национальный научно-исследовательский институт общественного здоровья им. Н. А. Семашко

РАТМАНОВ Павел Эдуардович, д. м. н., доцент, Дальневосточный государственный медицинский университет

REMEDIUM

18+

4
2023
Vol. 27

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

Founded in 1997.

www.remedium-journal.ru

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

Subscription via the Internet:
www.pochta.ru

Subscription to the electronic
version of the journal:
www.elibrary.ru

Editor-in-chief

KHABRIEV Ramil Usmanovich, academician of the Russian Academy of Sciences, Doctor of Pharmacy, Doctor of Medicine, Semashko National Research Institute of Public Health

Executive editor

SHERSTNEVA Elena Vladimirovna, Candidate of History, Semashko National Research Institute of Public Health

Editorial board

AVXENTYEVA Maria Vladimirovna, Doctor of Medicine, professor, Sechenov First Moscow State Medical University

AKSENOVA Elena Ivanovna, Doctor of Economics, Research Institute of Healthcare Organization and Medical Management

ANANCHENKOVA Polina Igorevna, Candidate of Sociology, Candidate of Economics, docent, Semashko National Research Institute of Public Health

DENISOVA Maria Nikolaevna, Doctor of Pharmacy, professor, Sechenov First Moscow State Medical University

ZATRAVKIN Sergey Narkizovich, Doctor of Medicine, professor, Semashko National Research Institute of Public Health

ZUDIN Aleksandr Borisovich, Doctor of Medicine, Semashko National Research Institute of Public Health

ISHMUKHAMETOV Aydar Ajratovich, corresponding member of the Russian Academy of Sciences, Doctor of Medicine, professor, Chumakov Federal Research Center for Research and Development of Immunobiological Preparations

KRASHENINNIKOV Anatoly Evgen'evich, Doctor of Pharmacy, Pirogov Russian National Research Medical University

KULIKOV Andrej Jur'evich, Doctor of Economics, Semashko National Research Institute of Public Health

SHESTAKOV Vladislav Nikolaevich, State Institute of Drugs and Good Practices

Editorial Council

ALEKSANDROVA Olga Arkadyevna, Doctor of Economics, The Federal State Budgetary Scientific Institution Institute of Socio-Economic Studies of Population of the Russian Academy of Sciences (ISESP RAS)

AMONOVA Dilbar Subhonovna, Doctor of Economics, professor, Russian-Tajik (Slavic) University

BEREGOVYKH Valery Vasil'evich, academician of the Russian Academy of Sciences, Doctor of Technology, professor, Sechenov First Moscow State Medical University

BOBKOVA Elena Mikhaylovna, Doctor of Sociology, Taras Shevchenko State University of Tiraspol

WINTER Desmond, Doctor of Medicine, professor, St. Vincent's University Hospital

GUSKOVA Irina Vladimirovna, Doctor of Economics, professor, Lobachevsky National Research Nizhny Novgorod State University

DOLZHENKOVA Yuliya Veniaminovna, Doctor of Economics, Financial University under the Government of the Russian Federation

DRYNOV Georgij, Doctor of Medicine, professor, University of Bologna

ZIGANSHINA Lilija Evgen'evna, Doctor of Medicine, professor, Russian Medical Academy of Continuous Professional Education

ZURDINOVA Aida Ashiraliyevna, Doctor of Medicine, professor, Yeltsin Kyrgyz-Russian Slavic University

YFANTOPOULOS John, Doctor of Philosophy, professor, National and Kapodistrian University of Athens

KAMILOVA Roza Tolanovna, Doctor of Medicine, professor, National Research Institute of Sanitation, Hy-

giene and Occupational Diseases of the Ministry of Health of the Republic of Uzbekistan

KOPYTOV Aleksandr Aleksandrovich, Candidate of Sociology, Doctor of Medicine, National Research Belgorod State University

KUDAJBERGENOVA Indira Orozobaevna, Doctor of Medicine, professor, Akhunbaev Kyrgyz State Medical Academy

MINGAZOVA Elmira Nurislamovna, Doctor of Medicine, professor, Semashko National Research Institute of Public Health

OMEL'JANOVSKIY Vitalij Vladimirovich, Doctor of Medicine, professor, Center for Expertise and Quality Control of Medical Care

MOROZ Irina Nikolaevna, Doctor of Medicine, professor, Belarusian State Medical University

PYATIGORSKAYA Nathalia Valer'evna, Doctor of Pharmacy, professor, Sechenov First Moscow State Medical University

RESHETNIKOV Vladimir Anatol'evich, Doctor of Medicine, professor, Sechenov First Moscow State Medical University

ZHANG Fengmin, MD, professor, Harbin Medical University

TANG Minke, Doctor of Philosophy, professor, Beijing University of Chinese Medicine

YAGUDINA Roza Ismailovna, Doctor of Pharmacy, professor, Semashko National Research Institute of Public Health

RATMANOV Pavel Eduardovich, MD, associate professor, Far Eastern State Medical University

СОДЕРЖАНИЕ

CONTENTS

Здравоохранение и фармацевтическая деятельность	
<i>Денисова М. Н.</i> Развитие российского фармацевтического рынка в начале XXI в. Ценовые тренды и ключевые факторы	292
<i>Кустов Е. В.</i> «Поликлиника. Перезагрузка» — единый стандарт организации первичной медико-санитарной помощи Московской области в амбулаторных условиях	297
<i>Шипова В. М., Умнов А. Б.</i> Штатно-нормативное обеспечение по профилю «психиатрия-наркология»	305
<i>Кравчук А. А.</i> Проактивный медико-социальный патронаж в системе долговременного ухода (обзор литературы)	309
<i>Луцкан И. П., Саввина Н. В., Вихрева О. А., Бурцева Т. Е.</i> Болезни глаз у детей и подростков в Республике Саха (Якутия): клинико-эпидемиологическая характеристика	316
<i>Минуллин И. К., Вафина Г. Г., Бильдюк Е. В., Гарифуллина И. В., Бычкова С. А., Еремеева Ж. Г.</i> Характеристика структуры прибывших иностранных граждан в Республику Татарстан	319
В фокусе внимания — частный сектор здравоохранения	
<i>Зудин А. Б., Снегирева Ю. Ю., Ананченкова П. И., Метельская А. В.</i> Совершенствование деятельности частных медицинских организаций под влиянием современных тенденций развития здравоохранения	325
<i>Попов И. Л.</i> Актуальные вопросы функционирования частного сектора здравоохранения в России	333
Лекарственные средства и медицинские технологии	
<i>Бредихина Т. А., Попов С. С., Михайлова Е. В.</i> Персонализированный подход к лекарственной терапии — актуальное направление совершенствования алгоритмов фармацевтического консультирования	338
<i>Ледовских Ю. А.</i> Доступность медицинской помощи при онкологических заболеваниях взрослых при применении лекарственных препаратов off-label: анализ клинических рекомендаций и стандартов медицинской помощи	344
Вопросы управления, права, этики, психологии	
<i>Старшинин А. В., Аксенова Е. И., Камашева А. В., Филатова М. Ю., Кураева В. М.</i> Андрагогика в разрезе специалистов столичного здравоохранения	350
<i>Майкова Н. О., Боровская М. О., Ерёмина Ю. А.</i> Роль личного бренда медицинских работников в формировании спроса на медицинские услуги	358
<i>Егизаров Ю. Г.</i> Корпоративные программы укрепления здоровья сотрудников как элемент социально-ответственной политики компаний	362
Информатика и цифровые технологии	
<i>Дашкова А. Л., Зубков В. С.</i> Инновационные технологии и цифровые продукты в системе оказания скорой (в том числе неотложной) медицинской помощи	366
<i>Цветков Д. В.</i> Влияние внедрения портала «Госуслуги» на обеспечение эффективности системы здравоохранения	371
История медицины и фармации	
<i>Микиртичан Г. Л., Каурова Т. В.</i> Представления о природе болезней кожи у детей и их лечении в русской народно-бытовой медицине	376
<i>Лепакхин В. К.</i> Рецензия на монографию Д. С. Данилова «История антидепрессантов. Книга первая: Необратимые неселективные ингибиторы моноаминоксидазы»	382

Healthcare and pharmaceutical activities	
<i>Denisova M. N.</i> The development of the Russian pharmaceutical market at the beginning of the XXI century. Price trends and key factors	
<i>Kustov E. V.</i> «Polyclinic. Reboot» is a unified standard for the organization of primary health care in the Moscow region in outpatient settings	
<i>Schipova V. M., Umnov A. B.</i> Staff and regulatory support for the profile «psychiatry-narcology».	
<i>Kravchuk A. A.</i> Proactive medical and social patronage in the system of long-term care (literature review)	
<i>Lutskan I. P., Savvina N. V., Vikhreva O. A., Burtseva T. E.</i> Eye diseases in children and adolescents in the Republic of Sakha (Yakutia): clinical and epidemiological characteristics	
<i>Minullin I. K., Vafina G. G., Bilyduk E. V., Garifullina I. V., Bychkova S. A., Ereemeeva Zh. G.</i> Characteristics of the structure of foreign citizens arriving in the Republic of Tatarstan	
Focus on the private healthcare sector	
<i>Zudin A. B., Snegireva Yu. Yu., Ananchenkova P. I., Metel'skaya A. V.</i> Improving the activities of private medical organizations under the influence of modern trends in the development of healthcare	
<i>Popov I. L.</i> Actual issues of functioning of the private healthcare sector in Russia	
Medicines and medical technologies	
<i>Bredikhina T. A., Popov S. S., Mikhailova E. V.</i> Personalized approach to drug therapy is a current direction in improving algorithms of pharmaceutical counseling	
<i>Ledovskikh Yu. A.</i> Accessibility of medical care for adult cancer diseases using off-label drugs: clinical recommendations and standards of medical care analysis	
Issues of management, law, ethics, psychology	
<i>Starshinin A. V., Aksenova E. I., Kamashева A. V., Filatova M. Yu., Kuraeva V. M.</i> Andragogy in the context of specialists of the capital's healthcare	
<i>Maikova N. O., Borovskaya M. O., Eremina Yu. A.</i> The role of the personal brand of medical workers in the formation of demand for medical services	
<i>Egizarov Yu. G.</i> Corporate employee health Promotion Programs as an Element of Socially Responsible Policy of Companies	
Computer science and digital technologies	
<i>Dashkova A. L., Zubkov V. S.</i> Innovative technologies and digital products in the system of emergency (including emergency) medical care	
<i>Tsvetkov D. V.</i> The impact of the introduction of the portal «Gosuslugi» on ensuring the effectiveness of the healthcare system	
History of Medicine and pharmacy	
<i>Mikirtichan G. L., Kaurova T. V.</i> Views about the nature of skin diseases in children and their treatment in russian folk medicine.	
<i>Lepakhin V. K.</i> Review of the monograph by D. S. Danilova "The history of antidepressants. Book one: Irreversible non-selective monoamine oxidase inhibitors»	

Здравоохранение и фармацевтическая деятельность

Научная статья

УДК 614.27: 339.13

doi:10.32687/1561-5936-2023-27-4-292-296

Развитие российского фармацевтического рынка в начале XXI в. Ценовые тренды и ключевые факторы

Мария Николаевна Денисова

Национальный научно-исследовательский институт общественного здоровья имени Н. А. Семашко,
г. Москва, Российская Федерация

denisovamn@gmail.com, <https://orcid.org/0000-0002-1704-876X>

Аннотация. В статье представлен анализ развития российского фармацевтического рынка за последние несколько лет в разрезе ценовых тенденций. Проанализированы изменения рынка в кризисные периоды экономического развития России: 2008—2009, 2014—2015, 2019—2021, 2022 г. Показано их влияние на стоимость лекарственных препаратов, проанализированы изменения средней стоимости упаковки и инфляционная составляющая. Анализ проведён в разрезе различных сегментов рынка (рецептурные и безрецептурные лекарственные препараты, розничный и госпитальный сегмент, жизненно необходимые и важнейшие лекарственные препараты). Описаны причины, которые привели к этим изменениям.

Ключевые слова: фармацевтический рынок; лекарственные препараты; стоимость; инфляция; средняя стоимость упаковки; ценовые тренды; ЖНВЛП; рецептурные; безрецептурные лекарственные препараты; розничный рынок

Для цитирования: Денисова М. Н. Развитие российского фармацевтического рынка в начале XXI в. Ценовые тренды и ключевые факторы // Ремедиум. 2023. Т. 27, № 4. С. 292—296. doi:10.32687/1561-5936-2023-27-4-292-296

Healthcare and pharmaceutical activities

Original article

The development of the Russian pharmaceutical market at the beginning of the XXI century. Price trends and key factors.

Maria N. Denisova

N. A. Semashko National Research Institute of Public Health, Moscow, Russian Federation
denisovamn@gmail.com, <https://orcid.org/0000-0002-1704-876X>

Annotation. The article presents a review of the development of the Russian pharmaceutical market over the past few years in the context of price trends. Analyzed market changes in the crisis periods of Russia's economic: 2008—2009, 2014—2015, 2019—2021, 2022. Their influence is shown on the price of medicines, analyzed an average price's changes and the inflation component. The analysis was carried out in the context of different market segments (prescription and OTC medicines, retail and hospital segment, EDL drugs). The reasons that led to these changes are described.

Key words: pharmaceutical market; drugs; price; inflation; average price; price trends; EDL; OTC; retail market

For citation: Denisova M. N. The development of the Russian pharmaceutical market at the beginning of the XXI century. Price trends and key factors. *Remedium*. 2023;27(4):292—296. (In Russ.). doi:10.32687/1561-5936-2023-27-4-292-296

Введение

История развития фармацевтического рынка с момента появления рынка (конец XX в.) связана с историей развития экономики страны. Экономические кризисы как неизбежное явление на пути прогрессивного развития экономических систем, несущее в себе временное нестабильное функциониро-

вание экономических элементов [1], по оценкам многих экспертов, наблюдались в России в 1998, 2008, 2014, 2020, 2022 гг. Для рассмотрения нами был выбран 15-летний отрезок с 2008 по 2022 г. Период до 2008 г. нами был исключён ввиду отсутствия полноценной корректной информации по объёмам рынка, ценовым факторам и другим оставляющим.



Рис. 1. Динамика российского фармацевтического рынка ЛП за 2008—2022 гг.

Источник: IQVIA БД Розничный аудит, Госпитальный аудит, Льготный сегмент (ДЛО и ВЗН) РФ, 2008—2022

Цель работы — анализ влияния экономического кризиса на фармацевтический рынок.

Материалы и методы

Анализ проводили с использованием базы данных компании IQVIA Розничный аудит, Госпитальный аудит, Льготный сегмент (ДЛО и ВЗН) РФ, 2008—2022, основанной на информации:

- из розничных аптечных точек (коммерческий сегмент, т. е. лекарственные препараты (ЛП), продаваемые за деньги населения);
- закупки и поставки в стационарном сегменте (госпитали, поликлиники, медицинские центры);
- закупки и поставки в льготном сегменте.

Рынок оценивали в стоимостных (в рублях, оптовые цены) и натуральных показателях (упаковки).

Результаты и обсуждение

Развитие российского рынка. Общие тренды

В анализируемом периоде мы отметили несколько, на наш взгляд, значимых событий.

1) Кризис 2008 г. Причина кризиса: ипотечный кризис в США, падение цен на нефть и металлы. Введение регулирования цен.

2) Кризис 2014—2015 гг. Причина кризиса: падение мировых цен на нефть, свою роль также сыграли санкции против России из-за присоединения Крыма, принятие программы «Фарма2020».

3) Кризис 2019—2021 гг. Причина кризиса: пандемия COVID и, как следствие, принятие регуляторных реше-

ний со стороны государства, направленных на ограничение распространения коронавируса.

4) Кризис 2022 г. Причины: специальная военная операция и антироссийские санкции.

Российский рынок за 15 лет продемонстрировал поступательный рост в денежном выражении (в оптовых ценах) с 340 млн руб. до практически 2 млрд руб. в 2022 г. Объем рынка в стоимостном выражении вырос практически в 6 раз на фоне 13% роста в упаковках за наблюдаемый период (рис. 1). Наибольший прирост наблюдался в 2009 г. по сравнению с 2008 г. как в стоимостном (+24%), так и в натуральном (около 10%) выражении. В 2015 и 2020 гг. потребление ЛП уверенно снижалось, что выразилось в падении объема на 5% в натуральном выражении на фоне роста в оптовых рублевых ценах.

Структура рынка по отпуску ЛП (рецептурные и безрецептурные) за наблюдаемый период значительно не изменилась: доля рецептурных ЛП составила в

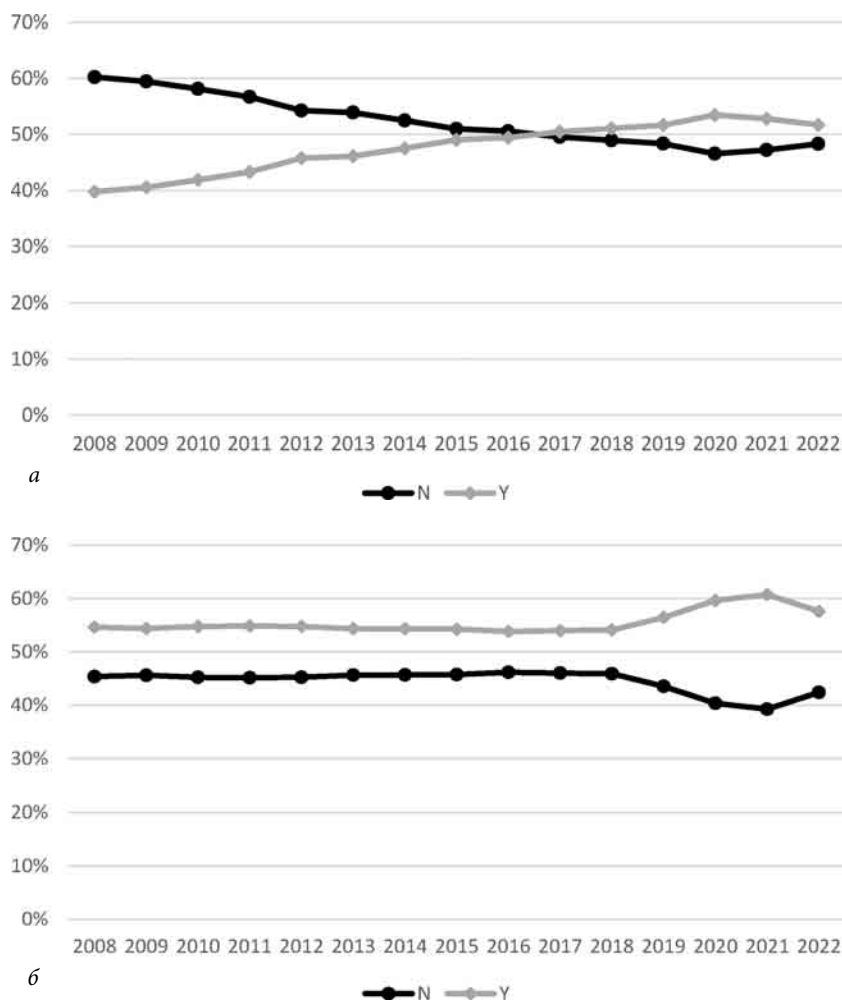


Рис. 2. Структура рынка в разрезе ЖНВЛП/не ЖНВЛП в натуральном (а) и стоимостном (б) объеме.

Источник: IQVIA БД Розничный аудит, Госпитальный аудит, Льготный сегмент (ДЛО и ВЗН) РФ, 2008—2022

Таблица 1

Топ 10 фармацевтических корпораций (по объёму продаж, опг. рубл)

Фармацевтическая корпорация	Рейтинг 2008 г.	Рейтинг 2022 г.
Санофи-Авентис	1	2
Джонсон и Джонсон	2	5
Байер Хелскеа	3	1
Тева	4	13
Сервье	5	12
Хофман ля Рош	6	4
Новартис	7	3
Сандоз	8	21
Штада*	9	7
Менарини	10	18
ОТС Фарм	13	9
Астра Зенека	27	6
Мерк Шарп Доум	31	8
Биокад	103	10

Примечание. *В состав STADA входит крупнейший российский производитель мягких лекарственных форм — компания «Нижфарм»).

стоимостном выражении 65% в 2008 г. и 72% в 2022 г. В упаковках структура прямо противоположная: доля рецептурных ЛП была 32% в 2008 г. и 41% в 2022 г. Структура рынка в разрезе ЖНВЛП/не ЖНВЛП (рис. 2) оставалась на протяжении 15 лет практически стабильной, только COVID-19 (2020—2021 гг.) внёс явные коррективы, изменив соотношение в пользу ЛП, регулируемых (по ценообразованию) государством.

Топ-10 корпораций по объёму продаж обновился за 15-летний период только на 40% (табл. 1). Четыре иностранные («Тева», «Сервье», «Сандоз», «Менарини») покинули десятку. При этом в топ-10 в 2022 г. уверенно вошли 2 российские компании: «Биокад» (поднявшись из второй сотни) и «ОТС Фарм». При этом доля топ-10 снизилась с 36% в 2008 г. до 28% в 2022 г., что может говорить об усилении конкуренции. В 2008 г. топ-10 был представлен в подавляющем большинстве иностранными корпорациями.

Топ-10 в натуральном выражении в 2008 г. представлен на 70% российскими компаниями и сохранил своё «российское лицо» в 2022 г. (табл. 2). Рота-

Таблица 2

Топ-10 фармацевтических корпораций (по объёму продаж, упаковки)

Фармацевтическая корпорация	Рейтинг 2008 г.	Рейтинг 2022 г.
Фармстандарт	1	1
Штада	2	2
ОТС Фарм	3	5
Биннорфарм	4	9
Тева	5	6
Обновление	6	13
Акрихин*	7	21
ООО АТОЛЛ	8	462
Доктор Реддис	9	25
Санофи Авентис	10	4
Медисорб	37	3
Татхимфармпрепараты	26	7
Уралбиофарм	62	8
Менарини	17	10

Примечание. В 2007 г. компания «Акрихин» стала стратегическим партнёром фармацевтической компании «Польфарма».

ция в наблюдаемом периоде, как и Топ-10 по объёму продаж, составила 40%. Вышли из топ-10: «Обновление», «Акрихин», «ООО АТОЛЛ» и «Доктор Реддис», вошли три российские компании — «Медисорб», «Татхимфармпрепараты», «Уралбиофарм». Доля топ-10 в 2008 г. составил 37,7% и снизилась к 2022 г. до 31%, что коррелирует с предыдущими данными и говорит о повышении конкуренции на рынке.

Таким образом в 2009, 2015, 2020 гг. отмечались тренды, выходящие за рамки средних в 15-летний период. Выход в топ-10 по объёму продаж в 2022 г. (в денежном выражении) двух российских компаний (без учёта локализованных предприятий — «Штада» и «Акрихин») «ОТС Фарм» и «Биокад» может служить некоторым подтверждением успешности предпринятых правительством мер и стратегии частного бизнеса по импортозамещению

Среднегодовой прирост

Среднегодовой прирост в стоимостном выражении (в оптовых ценах) за 15-летний период составил 13%. Один из самых низких темпов прироста показал 2018 г. (по сравнению с 2017 г.) и составил 4% на общем рынке, самый высокий двузначный прирост приходился на 2009 г. — 24%.

Двузначный рост 2009 г. (в оптовых рублях) обусловлен последствиями мирового финансово-экономического кризиса, в частности девальвацией рубля. Это означает рост в рублёвом эквиваленте выручки (с учётом зависимости фармацевтического рынка от импорта и расчёта с поставщиками в валюте).

Анализ причин низкого роста цен в 2018 г. была подробно рассмотрен в статье С. Ливанского и соавт. [2].

Сокращение продаж в упаковках наблюдалось почти во всех сегментах рынка в дополнение к снижению цен в бюджетном сегменте, и хотя экспертами ожидался рост не более 6—8% и прогнозы скорее были скептическими, заявленная онкологическая программа была реализована в полном объёме, что привело к росту рынка уже в 2019 г. на 14%.

Наибольший разброс по приросту (в стоимостном выражении) показал сегмент госпитального снабжения: от 44% прироста в 2010 г. до —3% в 2016 г. В период COVID-19 в 2021 г. по сравнению с 2019 г. рост в бюджетном сегменте (стационары, льгота) был максимальным за весь наблюдаемый период — около 180% за 2 года. В 2022 г. по сравнению с 2021 г. наибольший прирост показал также бюджетный сегмент: +27% по сравнению с другими сегментами рынка. Наиболее стабильный с точки зрения колебаний приростов — коммерческий сегмент со среднегодовым приростом в анализируемом периоде около 13%, с разбросом от двузначного прироста в 2009 г. (30%) до незначительного +5% в 2018 г.

Средняя стоимость упаковки

Рост объёма рынка в стоимостном выражении в 2009 г. был обусловлен девальвацией. Тема ро-

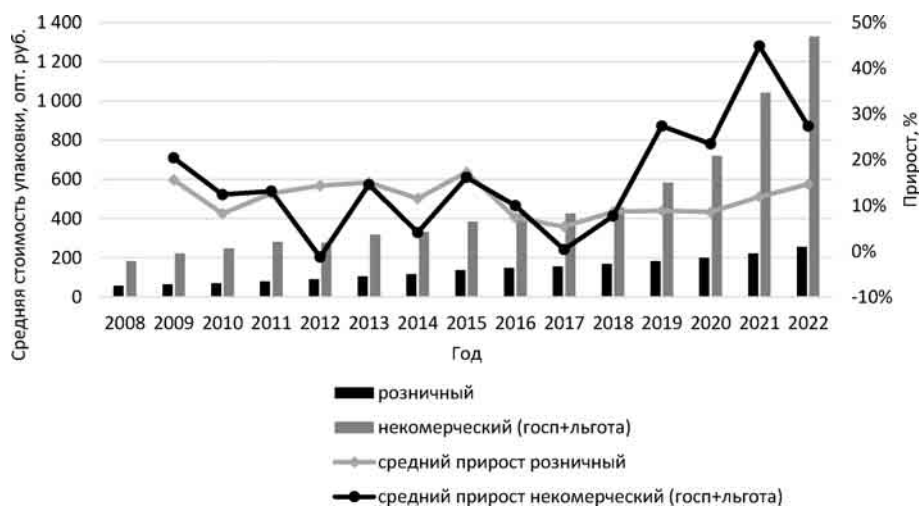


Рис. 3. Изменения средней стоимости упаковки (опт. руб.) =.

ста цен на ЛП, наблюдаемого в течение 2009 г., была одной из самых обсуждаемых в экспертных кругах. Особое внимание было уделено сегменту жизненно необходимых и важнейших лекарственных средств (ЖНВЛС). В целях стабилизации цен в этом сегменте было принято постановление по государственной регистрации предельных отпускных цен производителей на ЛП из списка ЖНВЛС [3].

Итак, средняя оптовая стоимость упаковки (цена закупки в аптеку) изменилась за 15-летний период в розничном (коммерческом сегменте) с 57 руб. в 2008 г. до 255 руб. в 2022 г. Наибольший средний прирост стоимости упаковки на уровне 16—17% был выявлен в трех периодах: 2009, 2015, 2022 гг. Наименьший средний прирост стоимости упаковок отмечается в 2017 г. — 5%.

В сегменте больничных и льготных закупок средняя оптовая стоимость упаковки за этот же наблюдаемый период изменилась более значительно: с 184 руб. в 2008 г. до 1328 руб. в 2022 г. Максимальный прирост +45% был отмечен в 2021 г. Наибольшее снижение стоимости упаковки зафиксировано в 2012 г. (в сравнении с 2011 г.): -1%. При этом средняя стоимость упаковки рецептурного ЛП превышает практически в 3 раза стоимость безрецептурного (за весь наблюдаемый период).

Как видно из рис. 3, колебания ежегодного прироста в бюджетном сегменте более выраженные: четко прослеживаются пики: падение в 2012, рост в 2019 и 2021 гг. Цена в розничном сегменте показывает большую стабильность. Эти данные коррелируют с предыдущими наблюдениями колебания прироста рынка.

Инфляция на лекарственные препараты

Общая инфляция в потребительском сегменте по динамике отличается от фармрынка. В 2008 г. она составила 13,3%, в 2014 и 2015 гг. — 11—13%. Инфляция потребительского рынка в пределах 5% годовых в 2020 г. объясняется, с одной стороны, принятыми правительством мерами, с другой стороны (наиболее значимо с нашей точки зрения) —

снижением реальных доходов и потребительской активности.

Инфляционная составляющая на фармрынке более низкая и объясняется мерами государственного регулирования и высокой конкуренцией в отрасли.

Наименьшая инфляционная составляющая наблюдалась на протяжении всего периода в некоммерческом сегменте (госпитальные закупки, льготные программы) и составила 11% в 2009 г. и отсутствовала в 2022 г. Сегмент безрецептурного отпуска, который не регулируется (с точки зрения ценообразования), показал повышение инфляции с 23% в 2009 г. до 33% в 2022 г. Ин-

фляция на ЛП российских производителей составила в 2022 г. 25,8% и была выше, чем на импортные (13,8%). Это можно объяснить зависимостью российского производства от импортных составляющих (исходное сырьё, оборудование, вспомогательные материалы). Вышесказанное подтверждает данные исследования НИУ ВШЭ [4] и основной вывод, что в России сохраняется высокая зависимость от иностранной добавленной стоимости (более 50% в фармацевтике)

Заключение

В рассматриваемый период отмечаются следующие ценовые тенденции:

- ежегодный прирост средней стоимости упаковки на всём фармацевтическом рынке — 14%;
- наиболее значимый ежегодный прирост стоимости упаковки отмечается в некоммерческом (бюджетном) сегменте (+27%) и в сегменте рецептурных ЛП (+12%);
- инфляция на ЛП снижалась на протяжении 15 лет с 17% в 2009 г. до 0% в 2022 г.

Каковы же причины подобных ценовых трендов? Предположительно, к изменениям могут приводить несколько факторов:

1) общеэкономические — изменения реальных доходов, потребительской активности, введение регуляторных изменений;

2) изменение стоимости ЛП: изменение стоимости упаковки, изменение формы выпуска — увеличение количества штук в упаковке, изменение цен;

3) изменение структуры рынка, а именно:

- изменение потребительских предпочтений: переход на потребление более дорогих ЛП, ажиотажный спрос, изменение ассортиментного портфеля структуры закупок;
- уход с рынка дешёвых «старых» ЛП;
- выход на рынок «дорогих» инновационных ЛП.

В заключение можно констатировать, что на российский фармацевтический рынок в разрезе цено-

вых тенденций оказал значимое влияние мировой кризис 2008 г. и пандемия COVID-19. Это привело к ответным мерам со стороны государства и бизнеса. Фармацевтический рынок оказался более устойчивым к внешним изменениям по сравнению с другими отраслями. Основными стратегическими приоритетами стали импортозамещение и ценовое регулирование

ЛИТЕРАТУРА

1. Абдурахманова Ю. В. Экономический кризис: эволюция, действительность, прогнозы // Молодой ученый. 2014. № 4. С. 441—446.
2. Ливанский С. М., Утёмова А. С., Денисова М. Н. Инфляционные процессы на фармрынке: прогноз развития // Ремедиум. 2019. № 3. С. 48—52.

Автор заявляет об отсутствии конфликта интересов.

The author declares no conflicts of interests.

Статья поступила в редакцию 25.04.2023; одобрена после рецензирования 06.06.2023; принята к публикации 07.11.2023.
The article was submitted 25.04.2023; approved after reviewing 06.06.2023; accepted for publication 07.11.2023.

3. Паутова Е., Денисова М. Фармацевтический рынок России в 2009 г. // Ремедиум. 2010. № 5. С. 18—20.
4. Симачёв Ю. В., Федюнина А. А., Кузык М. Г. Новые контуры промышленной политики: доклад к XXIII Ясинской (Апрельской) международной научной конференции по проблемам развития экономики и общества, Москва, 2022 г. М.: 2022. С. 46.

REFERENCES

1. Abdurakhmanova Yu. V. Economic crisis: evolution, reality, forecasts. *Young scientist*. 2014;(4):441—446. (In Russ.)
2. Livansky S. M., Utyomova A. S., Denisova M. N. Inflationary processes in the pharmaceutical market: development forecast. *Remedium*. 2019;(3):48—52. (In Russ.)
3. Pautova E., Denisova M. Russian pharmaceutical market in 2009. *Remedium*. 2010;(5):18—20. (In Russ.)
4. Simachev Yu. V., Fedyunina A. A., Kuzyk M. G. New contours of industrial policy: dokl. to the XXIII Yasinsk (April) int. scientific conf. on problems of economic and social development, Moscow, 2022. Moscow; 2022:46. (In Russ.)

Научная статья

УДК 614.881

doi:10.32687/1561-5936-2023-27-4-297-304

«Поликлиника. Перезагрузка» — единый стандарт организации первичной медико-санитарной помощи Московской области в амбулаторных условиях

Евгений Владимирович Кустов

Министерство здравоохранения Московской области, Красногорск, Россия

kustov0202@mail.ru, <https://orcid.org/0000-0001-7989-8500>

Аннотация. Первичная медико-санитарная помощь (ПМСП) является самым массовым видом медицинской помощи. Совершенствование системы организации ПМСП — это стратегический приоритет развития системы здравоохранения на региональном уровне, поскольку общеизвестно влияние ПМСП на эффективность деятельности всего здравоохранения. Министерством здравоохранения Московской области были обобщены и систематизированы предложения по улучшению основных процессов оказания первичной помощи в амбулаторных условиях, сформированные на основе опыта применения технологий бережливого производства, и внедрена организационно-управленческая технология, позволяющая оптимизировать управление региональной системой оказания ПМСП в амбулаторных условиях, — стандарт организации амбулаторной помощи на территории Московской области (Стандарт). Стандарт, регламентирующий единые подходы к организации деятельности поликлиник, включает в себя 6 направлений, характеризующих основные процессы организации работы структурных подразделений поликлиники (распределение потоков пациентов, стандарты профилактики и диспансеризации и т. п.), требования к сотрудникам, оборудованию и расположению кабинетов (регистратура, лечебно-диагностические кабинеты,) и, таким образом, создание комфортных условий для пациентов (расположение кабинетов 1-го этажа, информирование, навигация и т. п.).

Ключевые слова: *первичное звено здравоохранения; управление системой здравоохранения региона; процессный подход; цифровая трансформация; стандарт организации амбулаторной помощи*

Для цитирования: Кустов Е. В. «Поликлиника. Перезагрузка» — единый стандарт организации первичной медико-санитарной помощи Московской области в амбулаторных условиях // Ремедиум. 2023. Т. 27, № 4. С. 297—304. doi:10.32687/1561-5936-2023-27-4-297-304

Original article

«Polyclinic. Reboot» — a unified standard for the organization of primary health care in the Moscow region in outpatient settings

Evgeny V. Kustov

Ministry of Health of the Moscow Region, Krasnogorsk, Russian Federation

kustov0202@mail.ru, <https://orcid.org/0000-0001-7989-8500>

Annotation. Primary health care is the most widespread type of medical care. Improving the PHC organization system is a strategic priority for the development of the healthcare system at the regional level, since the impact of PHC on the effectiveness of the entire healthcare system is well known. The Ministry of Health of the Moscow Region summarized and systematized proposals for improving the main processes of primary care in outpatient settings, formed on the basis of experience in the use of lean manufacturing technologies, and introduced organizational and management technology that allows optimizing the management of the regional system of primary health care in outpatient settings — the standard of organization of outpatient care in the Moscow Region (Standard). The standard regulating uniform approaches to the organization of polyclinic activities includes six areas characterizing the main processes of organizing the work of the structural units of the polyclinic (distribution of patient flows, standards of prevention and medical examination, etc.), requirements for employees, equipment and location of offices (registry, diagnostic and treatment rooms,) and, thus, the creation of comfortable conditions for patients (location of offices on the first floor, information, navigation, etc.).

Key words: *primary health care; regional health system management; process approach; digital transformation; outpatient care organization standard*

For citation: Kustov E. V. «Polyclinic. Reboot» is a unified standard for the organization of primary health care in the Moscow region in outpatient settings. *Remedium*. 2023;27(4):297–304. (In Russ.). doi:10.32687/1561-5936-2023-27-4-297-304

Введение

Реформа отечественного здравоохранения, направленная на обеспечение оказания качественных медицинских услуг, в качестве первоочередных мер предполагает улучшение деятельности медицинских организаций, оказывающих первичную медико-санитарную помощь (ПМСП). Это обусловлено тем, что «в основе любой эффективной системы здравоохранения лежит подход с преимущественным раз-

витиём ПМСП, таким образом обеспечиваются более высокие показатели здоровья при меньших затратах и уменьшаются негативные последствия экономических трудностей для здоровья людей» [1].

Более 40 лет назад основополагающая Алма-Атинская декларация вызвала глобальное движение в поддержку ПМСП. «Первичная помощь покрывает подавляющее большинство медицинских потребностей населения и является первым уровнем контакта с системой здравоохранения. Мероприятия

ПМСП включают укрепление здоровья, профилактику заболеваний, поддержание здоровья, консультирование, обучение пациентов, диагностику и лечение острых и хронических заболеваний. Наряду с оказанием помощи ПМСП также стремится обеспечить получение пациентами комплексной помощи в рамках системы путём координации помощи с другими поставщиками медицинских услуг и другими уровнями помощи, такими как социальные службы. Благодаря своей роли в координации медицинской помощи и профилактике заболеваний сильная ПМСП имеет ключевое значение для создания и поддержания здоровья всего населения¹. «Эффективная первичная медико-санитарная помощь играет серьёзную роль в предотвращении хронических заболеваний и снижении смертности»².

Мероприятия, проводимые с 2006 г. в рамках приоритетного национального проекта «Здоровье», программы модернизации здравоохранения регионов РФ, государственная программа «Развитие здравоохранения», а также принятый в рамках реализации Национального проекта «Здравоохранение» федеральный проект «Развитие системы оказания первичной медико-санитарной помощи», ведомственная целевая программа модернизации первичного звена здравоохранения³ и разработанные для её реализации региональные программы модернизации первичного звена здравоохранения субъектов РФ были направлены на укрепление кадрового потенциала, развитие инфраструктуры и, таким образом, повышение качества и обеспечение 100% доступности ПМСП⁴.

Несмотря на сформированный на протяжении десятилетий основной стратегический приоритет региональных программ модернизации ПМСП, остаются актуальными проблемы организации оказания и повышения управляемости медицинских организаций, оказывающих этот вид медицинской помощи [2].

В этой связи актуален поиск новых инструментов повышения эффективности управления региональными системами здравоохранения с применением процессного подхода и на основе внедрения цифровых технологий. Анализ проблем, сохраняющихся в ПМСП Московской области, и необходимость разработки решений, направленных на повы-

шение эффективности оказания этого вида медицинской помощи на амбулаторном этапе, и предопределили цель настоящего исследования

Цель исследования — разработать и внедрить в регионе РФ организационно-управленческую технологию повышения эффективности управления системой оказания ПМСП на амбулаторном этапе — стандарт организации амбулаторной помощи.

Материал и методы

Методологической базой научного исследования выступили общенаучные методы исследования: статистический, метод структурного моделирования, процессного бенчмаркинга и на их основе — сопоставительный анализ как управленческая технология, предлагающая новые методы управления здравоохранением региона, необходимые для достижения цели повышения эффективности медицинских организаций путём выявления неэффективных и определения направлений совершенствования [3].

Министерством здравоохранения Московской области были обобщены и систематизированы предложения рабочих групп, разработанные на основе опыта применения технологий бережливого производства для улучшения основных процессов оказания ПМСП в амбулаторных условиях. Автор данной статьи является одним из разработчиков организационно-управленческой технологии, позволившей оптимизировать управление региональной системой оказания ПМСП в амбулаторных условиях, — стандарт организации амбулаторной помощи, который регламентировал единые подходы к организации деятельности поликлиник на территории Московской области (Стандарт).

Стандарт включает 6 направлений, характеризующих основные процессы организации работы структурных подразделений поликлиники (распределение потоков пациентов, стандарты профилактики и диспансеризации и т. п.) и требования к сотрудникам, оборудованию и расположению кабинетов (регистратура, лечебно-диагностические кабинеты, расположение кабинетов 1-го этажа и т. п.), а также удовлетворение потребностей пациентов (комфорт в зонах ожидания, информирование, навигация и т. п.).

Для оценки эффективности мероприятий Стандарта разработан перечень показателей, мониторинг которых осуществляется ежемесячно с применением единого информационного обеспечения управления на базе медицинских информационных систем. Информационной базой исследования выступают нормативно-правовые акты Российской Федерации и Московской области, официальные статистические данные, а также аналитические материалы Министерства здравоохранения региона.

Проведённый анализ позволил распределить полученные данные по нескольким ключевым направлениям:

- исторические аспекты работы по повышению эффективности управления системой оказа-

¹ OECD. Delivering quality education and health care to all: preparing regions for demographic change. 2020. URL: <https://www.oecd.org/regional/delivering-quality-education-and-health-care-to-all-83025c02-en.htm> (дата обращения: 13.07.2023).

² OECD. Realising the potential of primary health care. OECD Health Policy Studies. Paris; 2020. URL: <https://dx.doi.org/10.1787/a92adee4-en> (дата обращения: 13.07.2023).

³ Приказ Минздрава России от 24.12.2020 № 1365 «Об утверждении ведомственной целевой программы «Модернизация первичного звена здравоохранения Российской Федерации».

⁴ Направления, основные мероприятия и параметры приоритетного национального проекта «Здоровье». URL: https://web.archive.org/web/20070422005324if_/http://www.rost.ru:80/health_doc_1.doc (дата обращения: 13.07.2023). Постановление Правительства РФ от 26.12.2017 № 1640 «Об утверждении государственной программы Российской Федерации «Развитие здравоохранения». Указ Президента Российской Федерации от 07.05.2018 № 204 «О национальных целях и стратегических задачах развития Российской Федерации на период до 2024 года».

ния ПМСП на амбулаторном этапе в Московской области;

- проект по внедрению организационно-управленческой технологии повышения эффективности управления системой оказания ПМСП (Проект «Поликлиника. Перезагрузка»);
- первые результаты реализации Проекта, направленные на повышение доступности и качества оказания ПМСП.

Результаты

В середине 2010-х гг. процесс реформирования ПМСП Московской области был связан с внедрением технологий бережливого производства. Инструменты и методы бережливого производства, применяемые на разных этапах жизненного цикла реализации проекта в Московской области и других регионах РФ, описаны и обобщены в работах ряда авторов [4, 5].

По результатам внедрения бережливых технологий в рамках проекта «Бережливая поликлиника» назрела необходимость формирования новой модели организации ПМСП и дан старт региональному проекту «Новая модель медицинской организации, оказывающей ПМСП». Для его реализации в регионе были созданы рабочие группы, которые определяли проблемные места в деятельности медицинских организаций и вместе с персоналом разрабатывали пути решения.

С 2018 г. в Подмосковье, как и в других регионах РФ, реализуется проект «Развитие системы оказания первичной медико-санитарной помощи», созданный в соответствии с национальным проектом «Здравоохранение»⁵. Одна из основных задач проекта — создание доброжелательной атмосферы в учреждении. «Необходимость его реализации была вызвана неоправданно длительным временем пребывания граждан в поликлинике при проведении исследований, неравномерной нагрузкой специалистов медицинских учреждений, очередями в регистратуре, заполнением различных бумажных бланков и обработкой излишней информации»⁶.

«При этом основные проблемные зоны (недостаточное количество медицинского персонала, отсутствие компетенций для работы на высокоточном медицинском оборудовании, а также цифровых сервисов обмена документами между первичным и стационарным звеном и единых протоколов диагностики и лечения) программой не учтены, и их решение является прерогативой иных целевых программ («Обеспечение медицинских организаций системы здравоохранения квалифицированными кадрами», «Создание единого цифрового контура в здравоохранении»).

⁵ Паспорт регионального проекта «Развитие системы оказания первичной медико-санитарной помощи (Московская область). URL: <https://mef.mosreg.ru/download/document/11999152> (дата обращения: 13.07.2023).

⁶ Что представляет собой проект «Бережливая поликлиника» и зачем он нужен? // Аргументы и факты. URL: https://aif.ru/dontknows/file/chto_predstavlyayet_soboy_proekt_berezhlivaya_poliklinika_i_zachem_on_nuzhen?ysclid=lj1ufgut6u374117170 (дата обращения: 13.07.2023).

ранении на основе единой государственной информационной системы в сфере здравоохранения»). В конечном счёте формирование единого документа, учитывающего все стратегические приоритеты и риски развития отрасли, становится задачей регионов» [6].

Таким образом, практика оптимизации деятельности поликлиник Московской области на основе технологий бережливого производства позволяет сделать вывод: несмотря на то, что в процессе изменений произошло улучшение ряда показателей, характеризующих эффективность работы медицинских организаций, однако стойкого эффекта от проведённой работы получено не было. Это потребовало разработки комплекса организационных мероприятий по формализации требований к тем процессам оказания ПМСП, которые позволят сделать поликлиники более эффективными и ориентировать их на удобство пациентов, а также принятия управленческих решений по повышению координирующей роли региональных органов власти в сфере охраны здоровья населения при реализации таких мероприятий [4, 7].

Реализуемый с 2022 г. в Подмосковье проект «Поликлиника. Перезагрузка» (Проект) — это единый стандарт оказания ПМСП в амбулаторных условиях, направленный на повышение удовлетворённости потребителей медицинских услуг, рост производительности труда медицинского персонала и снижение потерь, который позволит повысить качество оказываемой пациентам медицинской помощи и создать комфортные условия пребывания в медицинских организациях, оказывающих помощь ПМСП в амбулаторных условиях (поликлинике) для всех жителей Московской области (по данным Росстата на 01.01.2023 это 8 594 454 человек).

Основанный на цифровых технологиях процесс управления первичным звеном здравоохранения — ключевой приоритет стратегии развития регионального уровня. Цифровизация как процесс и инструмент решения проблем ПМСП является ключевым трендом сегодня [8].

Основные принципы Проекта как стратегии развития системы оказания ПМСП на амбулаторном этапе — это единые требования (Стандарт) к организации деятельности поликлиник (поликлинических отделений) по направлениям:

- повышение эффективности работы поликлиник на основе системного и процессного подходов;
- соблюдение требований к доступности медицинской помощи;
- повышение уровня удовлетворённости пациентов при оказании медицинской помощи в поликлинике.

Внедрение Стандарта позволит создать в каждой поликлинике инновационную модель управления⁷ качеством ПМСП, основанную на стандартизации, применении цифровых технологий и многоуровневом порядке контроля за соблюдением установленных требований с использованием утверждённых критериев качества.

Таблица 1

Содержание Стандарта работы поликлиник Московской области			
Блок проекта	Раздел проекта	Наименование стандарта	Краткое описание
I. Качество медицинской помощи	1. Оборудование лечебно-диагностических кабинетов	Стандарт кабинета выдачи рецептов на льготные лекарственные препараты	Описаны требования к организации процесса выдачи рецептов. Базовый вариант: оснащение кабинета автоматизированного рабочего места (АРМ), установлено оборудование для проведения телемедицинских консультаций (ТМК), в Единой медицинской информационно-аналитической системе (ЕМИАС) открывается расписание с возможностью самозаписи. Лидерский вариант: не менее 7 ТМК в смену
		Стандарт кабинета забора крови	Описаны требования к организации процесса забора крови. Базовый вариант: оснащение оборудованием (АРМ, принтер для печати штрихкодов), открывается расписание в ЕМИАС, шаг записи 3—5 мин. Результаты анализов подгружаются в ЕМИАС и личный кабинет на региональном портале государственных услуг (РПГУ). Лидерский вариант: 100% анализов автоматически подгружаются в ЕМИАС и личный кабинет на РПГУ
		Стандарт работы кабинета хронической сердечной недостаточности (ХСН)	Описаны требования к организации процессов: диспансерного наблюдения пациентов, в том числе проведения диагностических процедур (ЭхоКГ, ЭК), нагрузочных проб (Тредмил, тест с 6-минутной ходьбой и велоэргометрия), направление на Nt-proBNP; постановки функционального класса ХСН (не менее 70% пациентов); проведение занятий в школе пациентов с ХСН; патронаж маломобильных пациентов с ХСН
II. Профилактика	2. Стандарты профилактических структур	Стандарт организации отделений медицинской профилактики	Описаны требования к организации процессов: формирование планов диспансеризации и профилактических; проведение 1 этапа (осмотр врачей, проведение диагностических процедур (результат в электронном виде размещается на РПГУ); постановка на диспансерный учёт при выявлении заболевания; контроль направления пациентов на 2 этап; закрытие диспансеризации через ТМК
		Стандарт кабинета здорового ребёнка	Описаны требования к организации оценки физического и нервно-психического развития ребёнка и информировании участкового врача-педиатра о выявленных отклонениях развития ребёнка. Организация работы «школ молодых родителей»: обучение уходу за ребёнком, методикам массажа, гимнастики в декретированные возраста; вопросы питания детей 1-го года жизни, проведения прививок; профилактика травматизма. Проведение ТМК с родителями
		Стандарт работы медицинских кабинетов в дошкольных и школьных учреждениях	Описаны требования к организации процессов: проведение профилактических прививок, профилактический осмотр несовершеннолетних, посещение с профилактической целью. Медицинские кабинеты в образовательных учреждениях оснащены компьютерами с доступом в ЕМИАС
III Комфорт	3. Распределение потоков пациентов	Организация фильтра-бокса	Описаны требования к организации процессов: выделенные сотрудники на приём пациентов с ОРВИ; отсутствие пересечения потоков плановых пациентов и пациентов с признаками ОРВИ
		Навигация в соответствии с брендбуком «Наша поликлиника», «Служба здоровья» и информирование пациентов	Описаны требования по формированию удобной навигации: внешней (фасадная вывеска, график работы с наименованием поликлинического подразделения Московской области и наружные вывески) и внутренняя (полный поэтажный список кабинетов приёма максимально близко ко входу в поликлинику, этажный список и маршрутизация пациентов). Утверждены размеры и правила размещения информационных материалов
		Расположение кабинетов	Описаны требования к расположению кабинетов: смотровые кабинеты, кабинет неотложной помощи, отделение/кабинеты лучевой диагностики, кабинет вакцинации, кабинет выдачи рецептов, кабинет забора крови — располагаются на 1-м этаже
Регистратура	Регистратура	Стандарты требований к сотрудникам и рабочему месту	Описаны требования к сотрудникам: единый внешний вид (бейджи по единому стандарту с логотипом «Наша поликлиника» и «Служба здоровья»), обучение администраторов этике общения с пациентами, дежурный по этажу, медицинский пост. Описаны требования к организации рабочего места: АРМ работника, рекомендации применения принтипов системы 5С, IP-телефония
		Зона комфортного ожидания	Описаны требования к зонам комфортного ожидания для пациентов. Базовый уровень: кулер со стаканами в стаканодержателях, мягкие посадочные места, телевизор, буфет/вендинговые аппараты. Лидерский вариант: художественное оформление зоны комфортного ожидания

Реализация Проекта проходила поэтапно. В соответствии с планом реализации Проекта I этап стартовал в мае 2022 г., когда 4 пилотных поликлиники разных муниципальных районов Московской области приступили к отработке основных положений и единых требований. Затем каждые 3 мес в Проект вовлекались новые поликлиники (3 волны тиражирования), и до конца года еще 50 взрослых

поликлиник присоединились к работе по повышению эффективности деятельности путем выявления неэффективных мероприятий и определения новых технологий совершенствования.

II этап Проекта (2023 г.) — это организация работы 100 (50 взрослых и 50 детских) поликлиник с поэтапным внедрением изменений в 6 пилотных поликлиниках, и в течение года запланированы 3 волны тиражирования с дальнейшим масштабированием основных мероприятий на все поликлиники.

Переформатирование деятельности поликлинического звена началось с разработки единых подходов к организации деятельности поликлиник и со-

⁷ Распоряжение Министерства здравоохранения Московской области от 28.11.2022 № 311-Р «Об утверждении методических рекомендаций по организации работы поликлинических отделений (поликлиник) медицинских организаций государственной системы здравоохранения Московской области, оказывающих первичную медико-санитарную помощь взрослому и детскому населению».

Таблица 2

Показатели деятельности поликлиник до и после внедрения Стандарта

№ п/п	Наименование показателя	Единица измерения	2021	2022	Δ 2022 г. к 2021 г., %
1	Удовлетворённость граждан доступностью и качеством медицинской помощи в поликлиниках	%	38	44	+6
2	Удовлетворённость граждан комфортностью пребывания в поликлинике	%	67,3	77,1	+9,8
3	Время ожидания пациентом приёма в регистратуре	мин	15	2	-87
	Доступность кабинетов забора крови	дни	7	1	-86
4	Время ожидания пациента у кабинета забора крови	мин	90	10	-89
5	Время ожидания приёма пациентами с подозрением на ОРВИ	мин	120	40	-67
6	Доля граждан, прошедших диспансеризацию определённых групп взрослого населения	% к плану	68,51	137,47	+68,96
7	Доля детей, прошедших профилактический осмотр, от числа детей, подлежащих прохождению профилактического осмотра	%	104,1	100	-4,1
8	Количество карт по диспансеризации закрыто через ТМК	шт.	—	38 500	100

здания первого варианта Стандарта. Он включает 6 разделов, регламентирующих деятельность структурных подразделений поликлиники, описаны отдельные аспекты организации работы медицинских организаций: алгоритмы работы кабинетов забора крови, регистратуры, кабинетов диагностики, отделений профилактики, кабинетов хронической сердечной недостаточности и др. (табл. 1).

Для реализации Проекта медицинские организации ПМСП, оказывающие помощь в амбулаторных условиях, разрабатывают скоординированный план реализации с декомпозицией мероприятий по направлениям и последующим мониторингом за ходом выполнения этих планов, проводимых на основе объективных данных о результатах деятельности. Постоянно проводится анализ полученных данных с участием ответственных сотрудников поликлиник и высшего руководства Министерства здравоохранения Московской области по изучению успехов нового подхода и полученных уроков.

Для целей управления Проектом и мониторинга реализации Стандарта активно применяются цифровые технологии и разрабатываются новые цифровые решения. Для получения информации применяется ЕМИАС. На основе полученных материалов принимаются управленческие решения по повышению качества реализации описанных в табл. 1 мероприятий Стандарта.

Для оценки Проекта разработано 86 критериев, по результатам мониторинга которых формируется комплексный рейтинг работы поликлиник Московской области. Для достижения поликлиникой базового уровня нужно выполнить 80—100%, для лидерского уровня — есть дополнительные результаты (например, не менее 7 пациентов в смену получают рецепт при ТМК).

В рамках данного исследования для изучения эффективности мероприятий, включённых в Стандарт, была проведена оценка 8 показателей деятельности поликлиник до и после его внедрения (табл. 2) с вычислением абсолютной дельты как разницы между парой чисел или относительной Дельты — сравнение разницы между двумя числами в процентах от одного из чисел.

Обсуждение

Необходимо отметить, что новый Стандарт работы поликлиник Московской области реализуется

с использованием процессного подхода и цифровых технологий. Апгрейд проводят сразу по нескольким направлениям, которые, несомненно, сыграли решающую роль в повышении удовлетворённости граждан доступностью и качеством медицинской помощи в поликлиниках (показатели № 1, 2).

Основные процессы, которым было уделено особое внимание: усовершенствование системы информирования и навигации для пациентов; личный кабинет пользователя со входом через портал Госуслуг Московской области (РПГУ) и возможностью самозаписи пациента; новые подходы к маршрутизации пациентов путём открытия в ЕМИАС расписаний приёма специалистов, записи на диспансеризацию; оптимизация работы лечебно-диагностических кабинетов (забора анализов, выписки льготных рецептов и т. д.) с применением системы 5S и создания алгоритмов их работы; обучение сотрудников регистратуры этике общения с пациентами (обучено 94% администраторов или 3950 человек от общего количества администраторов).

Повышение удовлетворённости граждан комфортными условиями пребывания в поликлиниках, безусловно, связано с развитием цифровых сервисов для гражданина. Это возможность через РПГУ оформить направление на диспансеризацию в электронном виде, при этом маршрутный лист и направления на посещения необходимых врачей и обследования приходят в личный кабинет пользователя. После внедрения такого механизма первый этап диспансеризации или профилактический осмотр можно пройти за 2 ч. Для закрытия 1 этапа диспансеризации широко применяется использование ТМК. Результаты этого этапа и направление на 2 этап диспансеризации при наличии показаний также будут размещены в личном кабинете на РПГУ в течение 24 ч.

В процессе реализации Проекта было открыто 220 кабинетов выписки рецептов (1 кабинет в 1 смену на 500 пациентов, находящихся на льготном лекарственном обеспечении), все рецепты выписываются в электронном виде, в том числе во время ТМК. С июля по декабрь 2022 г. при ТМК выписано 69 257 рецептов, а за 1 квартал 2023 г. — уже 138 578 рецептов (или 22% от общего количества выписанных рецептов).

Значимыми результатами реализации в 2022 г. в медицинских организациях Стандарта стало увеличение доли граждан, прошедших диспансеризацию определённых групп взрослого населения (130% от плана), 2,5 млн человек прошли профосмотры и диспансеризацию (показатели № 6, 7); 35,8 тыс. карт по диспансеризации впервые в России закрыто через ТМК (показатель № 8); 452 тыс. результатов диспансеризации направлены в личный кабинет пациента на РПГУ.

В 2023 г. Минздравом Московской области внесены изменения и дополнения в Стандарт⁸, которые позволят медицинским организациям, оказывающим ПМСП на амбулаторном этапе, и далее совершенствовать свою деятельность.

Во-первых, это организационные технологии ПСМП, позволяющие оптимизировать нагрузку на врачей и перераспределить функции между врачами, работниками медицинской организации со средним медицинским образованием и немедицинскими работниками и тем самым увеличить долю рабочего времени врачей поликлиник для непосредственного общения с пациентом. К их числу относятся: расширение функциональных обязанностей среднего медицинского персонала, т. е. возможность передать от врача-терапевта участкового «проведение санитарно-гигиенического просвещения населения; подготовку списков граждан для диспансеризации и профилактических медицинских осмотров; ведение персонального учёта, информационной (компьютерной) базы данных состояния здоровья обслуживаемого населения и ведение паспорта врачебного (терапевтического) участка; информирование пациентов о врачебном приёме, в том числе с целью диспансерного наблюдения; сопровождение пациентов на врачебные и диагностические процедуры, регулировка потока пациентов на врачебном приёме, предоставление информации по вопросам приёма населения непосредственно или с использованием технических средств, в том числе электронных, получение результатов лабораторных и других исследований пациентов и внесение сведений в медицинскую документацию; организацию амбулаторного приёма врачом-специалистом» (Приложение 29).

Во-вторых, это организационные решения по перераспределению потоков пациентов с разными целями обращений между структурными подразделениями медицинской организации: четыре основных потока в зависимости от цели обращения пациента

в медицинскую организацию разделены на направления:

- поток пациентов, обращающихся с очными запросами информации в регистратуру медицинской организации;
- поток пациентов, нуждающихся в оказании помощи в неотложной форме, в отделение (кабинет) неотложной медицинской помощи при очном обращении или оформлении вызова на дом бригады неотложной помощи;
- поток пациентов, обращающихся с целью прохождения профилактического медицинского осмотра, диспансеризации и углублённой диспансеризации, в отделение (кабинет) медицинской профилактики;
- поток пациентов, находящихся под диспансерным наблюдением — планирование процесса через организационно-методический отдел медицинской организации и колл-центр (для записи).

«Московская область в числе первых взяла на вооружение самые современные разработки в сфере цифровых технологий и управленческого учёта и в рамках реализации национального проекта «Цифровая экономика» создала платформу для управления регионом — Центр управления регионом (ЦУР). ЦУР — это принципиально новый подход к управлению и выстраиванию контроля за процессами. Концепцию его работы можно выразить так: «Все знаем — быстро решаем — не допускаем»⁹.

Контроль в ЦУР проводится по разделам Стандарта поликлиник:

- блок «Качество медицинской помощи»: процесс «льготные рецепты» (превышение заявленной потребности в лекарственных препаратах, отсроченные рецепты, выдача лекарственных препаратов после выписки из стационара); мониторинг использования шаблонов медицинских записей (COVID-19, гипертония, ишемическая болезнь сердца, ХСН, эндокринология, неврология), процесс «ведение электронного документооборота» (протокол консультации) и т. д.;
- блок «Доступность медицинской помощи»: доступность специалистов (наличие расписания приема врача на 2 нед) эффективное использование времени врача; эффективность работы медицинского оборудования (МРТ, КТ, маммография, рентген, крупнокадровая флюорография, УЗИ, ЭКГ); работа лечебно-диагностических кабинетов: забора крови, кабинетов ХСН (наличие расписания, выдача направлений); диспансерное наблюдение (онкология, сердечно-сосудистые заболевания, сахарный диабет); обратная связь с пациентом: своевременный ответ в днях, количество жалоб и др.

⁸ Распоряжение Минздрава МО от 15.03.2023 № 46-Р «О внесении изменений в методические рекомендации по организации работы поликлинических отделений (поликлиник) медицинских организаций государственной системы здравоохранения Московской области, оказывающих первичную медико-санитарную помощь взрослому и детскому населению, утверждённые распоряжением Министерства здравоохранения Московской области от 28.11.2022 № 311-Р «Об утверждении методических рекомендаций по организации работы поликлинических отделений (поликлиник) медицинских организаций государственной системы здравоохранения Московской области, оказывающих первичную медико-санитарную помощь взрослому и детскому населению».

⁹ ЦУР — единая платформа управления Подмосковьем в режиме 24/7. URL: <https://www.secuteck.ru/articles/cur-edinaya-plattformaypravleniya-podmoskovem-v-rezhime-24-7> (дата обращения: 13.07.2023).

Общепризнано, что сегодня «требуется повышение не только доступности медицинской помощи, но и, главным образом, её качества (качества назначенных схем лечения, эффективности проведения лечения и диагностики) с целью повышения уровня обращаемости населения за медицинской помощью и обеспечения роста показателей здоровья населения» [9].

Кроме анкет независимой оценки пациентами работы поликлиник, система здравоохранения Подмосковского региона приступила к внедрению процесса непосредственной оценки пациентом поликлиники: после приёма у врача пациент получает на электронную почту письмо с предложением оценить качество работы медицинской организации. В 2022 г. на 15 млн зарегистрированных посещений получено 190 тыс. оценок пациентов по 5-балльной шкале, а общая средняя оценка — 4,56 балла сложилась из оценки следующих процессов: время ожидания в очереди (4,46), удовлетворённость посещением врача (4,59), отношение персонала (4,56), чистота и порядок в поликлинике (4,64).

Заключение

Инновационная составляющая Проекта «Поликлиника. Перегрузка» — переход от функционального к процессному подходу в управлении территориальным здравоохранением, что позволило оптимизировать процессы оказания ПМСП в амбулаторных условиях, повысить эффективность деятельности службы и, таким образом, повысить удовлетворённость пациентов, получающих этот самый массовый вид медицинской помощи, её доступность и качество.

Организационно-управленческая технология повышения эффективности управления первичным звеном регионального здравоохранения — это:

- стандартизация организации амбулаторной помощи на основе системного применения технологий бережливого производства и формализация требований к тем процессам оказания ПМСП, которые позволят сделать поликлиники более эффективными и ориентировать их на удобство пациентов;
- внедрение новых моделей организации ПМСП путем цифровой трансформации отрасли, способствующей оптимизации всех процессов деятельности медицинского персонала и освобождению его от рутинной работы, развития телемедицинских технологий, обеспечивающих доступ населения к качественной медицинской помощи;
- координирующая роль органов власти в сфере охраны здоровья населения и принятие ими управленческих решений по повышению эффективности деятельности поликлиник, обеспечение мониторинга за соблюдением установленных требований с использованием утверждённого набора показателей.

Конечно, пока ещё новшества, связанным с цифровизацией, не хватает «системной встроенности в процесс развития здравоохранения в целом и

соответствия цифровизации как инструмента развития здравоохранения и медицины достижению стратегических показателей её развития» [6].

Сегодня ещё слишком рано судить о результатах и значимости проводимых реформ по повышению эффективности управления первичным звеном регионального здравоохранения. Системе здравоохранения Подмосковья предстоит осуществить много изменений, после реализации которых, можно будет объективно судить об их эффективности. Однако опыт реализации описанного выше проекта позволяет утверждать, что часть проблем может быть частично решена за счёт эффективной организации оказания медицинской помощи. На основе этого опыта можно сделать и вывод, что одной из основных причин снижения доступности ПМСП является неэффективность управления, а не только дефицит финансовых ресурсов. Отрадно, что органы власти в сфере охраны здоровья населения начинают играть ключевую роль в планировании и управлении всей системой здравоохранения региона.

ЛИТЕРАТУРА

1. Руголь Л. В., Сон И. М., Кириллов В. И., Гусева С. Л. Организационные технологии, повышающие доступность медицинской помощи для населения // Профилактическая медицина. 2020. Т. 23, № 2. С. 26—34. DOI: 10.17116/profmed20202302126
2. Шейман И. М., Шевский В. И., Сажина С. В. Приоритет первичной медико-санитарной помощи — декларация или реальность? // Социальные аспекты здоровья населения. 2019. Т. 65, № 1. DOI: 10.21045/2071-5021-2019-65-1-3
3. Ванова А. А., Завалева Е. В., Владимировский А. В. и др. Электронный бенчмаркинг как инструмент оценки эффективности медицинских организаций // Российский журнал телемедицины и электронного здравоохранения 2022. Т. 8, № 2. С. 42—49. DOI: 10.29188/2712-9217-2022-8-2-42-49
4. Шинкарева Н. В., Кустов Е. В., Ирхина Е. А. и др. Инструменты и методы бережливого производства, применяемые на разных этапах жизненного цикла реализации проекта «создание и тиражирование новой модели медицинской организации» // Бюллетень Национального научно-исследовательского института общественного здоровья имени Н. А. Семашко. 2023. № 2. С. 19—25. DOI: 10.25742/NRIPH.2023.02.003
5. Кобякова О. С., Деев И. А., Куликов Е. С. и др. Опыт и результаты внедрения принципов бережливого производства в здравоохранении // Менеджер здравоохранения 2019. № 4. С. 28—33.
6. Морозова Ю. А. Стратегические приоритеты реализации программы модернизации первичного звена здравоохранения на региональном уровне // Экономическое возрождение России. 2022. № 3. С. 140—151.
7. Кобякова О. С., Деев И. А., Бойков В. А. и др. Стандартизация медицинской помощи — инструмент бережливого производства и основа системных улучшений // Социальные аспекты здоровья населения. 2020. Т. 66, № 3. С. 2. DOI: 10.21045/2071-5021-2020-66-3
8. Морозова Ю. А. Цифровая трансформация российского здравоохранения как фактор развития отрасли // Интеллект. Инновации. Инвестиции. 2020. № 2. С. 36—47. DOI: 10.25198/2077-7175-2020-2-36
9. Лобкова Е. В., Петриченко А. С. Управление эффективностью региональной системы здравоохранения // Региональная экономика: теория и практика. 2018. Т. 16, № 2. С. 274—295. DOI: 10.24891/re.16.2.274

REFERENCES

1. Rugol L. V., Son I. M., Kirillov V. I., Guseva S. L. Organizational technologies that increase the availability of medical care for the population. *Preventive medicine*. 2020;23(2):26—34. (In Russ.) DOI: 10.17116/profmed20202302126
2. Sheiman I. M., Shevskiy V. I., Sazhina S. V. Priority of primary health care — declaration or reality? *Social aspects of public*

- health. 2019;65(1). (In Russ.) DOI: 10.21045/2071-5021-2019-65-1-3
3. Vanova A. A., Zavaleva E. V., Vladimirovsky A. V. et al. Electronic benchmarking as a tool for evaluating the effectiveness of medical organizations. *Russian Journal of Telemedicine and E-Health*. 2022;8(2):42—49. (In Russ.) DOI: 10.29188/2712-9217-2022-8-2-42-49
 4. Shinkareva N. V., Kustov E. V., Irkhina E. A. et al. Tools and methods of lean production used at different stages of the life cycle of the project «creation and replication of a new model of a medical organization». *Bulletin of the National Research Institute of Public Health named after N. A. Semashko*. 2023;2:19—25. (In Russ.) DOI: 10.25742/NRIPH.2023.0 2.003
 5. Kobayakova O. S., Deev I. A., Kulikov E. S. et al. Experience and results of implementing lean manufacturing principles in healthcare. *Health Manager*. 2019;(4):28—33. (In Russ.)
 6. Morozova Yu. A. Strategic priorities for the implementation of the primary health care modernization program at the regional level. *The economic revival of Russia*. 2022;(3):140—151. (In Russ.)
 7. Kobayakova O. S., Deev I. A., Boikov V. A. et al. Standardization of medical care is a tool of lean production and the basis of system improvements. *Social aspects of public health*. 2020;66(3):2. (In Russ.) DOI: 10.21045/2071-5021-2020-66-3
 8. Morozova Yu. A. Digital transformation of Russian healthcare as a factor of industry development. *Intelligence. Innovation. Investment*. 2020;(2):36—47. (In Russ.) DOI: 10.25198/2077-7175-2020-2-36
 9. Lobkova E. V., Petrichenko A. S. Efficiency management of the regional healthcare system. *Regional economy: theory and practice*. 2018;16(2):274—295. (In Russ.) DOI: 10.24891/re.16.2.274

Автор заявляет об отсутствии конфликта интересов.

The author declares no conflicts of interests.

Статья поступила в редакцию 25.04.2023; одобрена после рецензирования 06.06.2023; принята к публикации 07.11.2023.

The article was submitted 25.04.2023; approved after reviewing 06.06.2023; accepted for publication 07.11.2023.

Научная статья

УДК 614.2

doi:10.32687/1561-5936-2023-27-4-305-308

Штатно-нормативное обеспечение по профилю «Психиатрия-наркология»

Валентина Михайловна Шипова¹, Александр Борисович Умнов²

¹Национальный научно-исследовательский институт общественного здоровья имени Н. А. Семашко,
г. Москва, Российская Федерация

¹vschipova@yandex.ru, <https://orcid.org/0000-0002-8957-921X>

²umnoff2011@yandex.ru, <https://orcid.org/0009-0009-5506-8962>

Аннотация. В статье приводится анализ норм труда, указанных в приказе Минздрава России по профилю «психиатрия-наркология», выявлены противоречия между разными Приложениями документа в части нормативной численности населения для установления должностей психиатров-наркологов, рассмотрены ошибочные позиции по штатам для круглосуточной работы. Важным выводом публикации является необходимость решения выявленных проблем не только путём внесения изменений в конкретный документ, но в целом в создании системы нормирования труда, разрушенной в последние годы.

Ключевые слова: нормы труда; психиатрия-наркология; нормативно-правовые документы

Для цитирования: Шипова В. М., Умнов А. Б. Штатно-нормативное обеспечение по профилю «психиатрия-наркология» // Ремедиум. 2023. Т. 27, № 4. С. 305—308. doi:10.32687/1561-5936-2023-27-4-305-308

Original article

Staff and regulatory support for the profile «psychiatry-narcology»

Valentina M. Schipova¹, Aleksandr B. Umnov¹

¹N. A. Semashko National Research Institute of Public Health, Moscow, Russian Federation

¹vschipova@yandex.ru, <https://orcid.org/0000-0002-8957-921X>

¹umnoff2011@yandex.ru, <https://orcid.org/0009-0009-5506-8962>

Abstract. The article provides an analysis of the labor standards specified in the order of the Ministry of Health of the Russian Federation on the Procedure for providing medical care in the profile «psychiatry-narcology», contradictions between different applications of the document in terms of the normative population size for the establishment of positions of psychiatrists-narcologists are revealed, erroneous positions on the recommended number of positions to ensure round-the-clock work are considered. An important conclusion of the publication is the need to solve the identified problems not only by making changes to a specific document, but in general in creating a labor rationing system that has been destroyed in recent years.

Key words: labor standards; psychiatry-narcology; regulatory documents

For citation: Schipova V. M., Umnov A. B. Staff and regulatory support for the profile «psychiatry-narcology». *Remedium*. 2023;27(4):305–308. (In Russ.). doi:10.32687/1561-5936-2023-27-4-305-308

Введение

Рекомендуемые штатные нормативы по психиатрии-наркологии определены приказом Минздрава России, утверждённым в конце 2015 г. Документ сформирован по образцу и подобию приказов по Порядкам по другим видам помощи и содержит системные ошибки такого рода документов, неоднократно указанные в публикациях, но не исправленные до сих пор [1—6].

Материалы и методы

Основой для публикации послужили данные приказа Минздрава России № 1034, других приказов о Порядках, ряда статистических сборников. В исследовании использовались методы: информационно-аналитический, статистический, экономического анализа.

Результаты и обсуждение

Должности врачей амбулаторного приёма устанавливаются, как известно, на ту или иную численность населения или его определённого контингента.

Должность врача-психиатра-нарколога для профилактической работы устанавливается в виде 1 должности в смену (Приложение № 2 к приказу). Указанный показатель не содержит численности населения, следовательно, такую запись нельзя признать за норматив.

Путаница в отношении численности населения выявлена при анализе и сопоставлениях данных Приложений № 5 и № 8. В Приложении № 5 к приказу в качестве нормативного показателя по труду приведена численность населения (40 тыс.) без расшифровки места его проживания. Однако с учётом того, что в этом же Приложении дан отдельный норматив на сельское население (15 тыс.), то можно

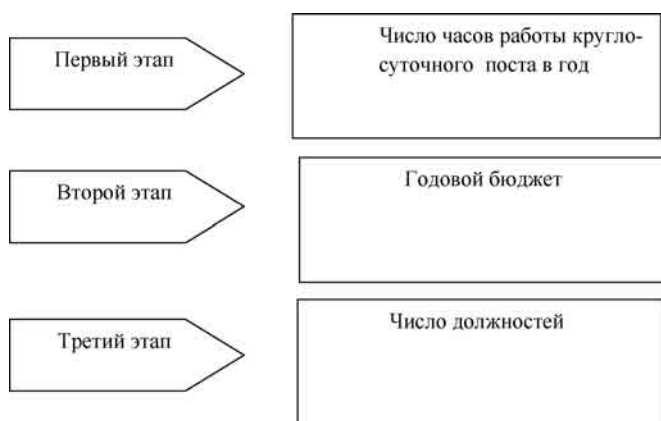


Рис. 1. Схема этапов расчёта должностей для круглосуточной работы.

предположить, что 40 тыс. населения — это 40 тыс. городского населения.

В Приложении № 8 приведены рекомендуемые штатные нормативы для обслуживания детского населения.

При сопоставлении данных Приложений № 5 и № 8 становится ясным, что 40 тыс. населения, упомянутые в Приложении № 5, это 40 тыс. городского взрослого населения, а 15 тыс. сельского населения, также указанные в Приложении № 5, это 15 тыс. сельского взрослого населения.

Другим ошибочным положением приказа № 1034н являются рекомендации по штатам для суточной работы.

Число коек на 1 пост зависит от профиля медицинской помощи, состава больных по диагнозу, тяжести состояния, способности к самообслуживанию и т. д.

Круглосуточный пост врача-психиатра-нарколога устанавливается по приказу № 1034н в отделении неотложной наркологической помощи (п. 2 Приложения № 14), в приёмном отделении (п. 8 Приложения № 23), врача-анестезиолога-реаниматолога — в палате (блоке) реанимации и интенсивной терапии (п. 2 раздела 3 Приложения № 23).

В приказе № 1034н этот показатель для среднего и младшего медицинского персонала дифференцирован по характеру патологии (алкоголизм, наркомания), возрастной группе несовершеннолетних. Число таких больных отсутствует в отчётной документации, что вызывает определённые трудности при применении указанного норматива.

В приказе № 1034н, как и в большинстве других приказов о Порядках, отсутствуют указания на тот или иной год применения норматива, что противоречит методике расчета численности должностей [7—13].

Схема этапов расчёта должностей для круглосуточного режима представлена на рис. 1.

Как видно из рис. 1, на первом этапе рассчитывается число часов работы в год путём умножения 24 ч на 365 или 366 суток в году.

На втором этапе определяется годовой бюджет рабочего времени должности на основе установленного режима труда и отдыха и с учётом числа рабочих дней в году, а также числа предпраздничных

дней, в которые происходит сокращение рабочего дня (смены).

На третьем этапе рассчитывается число должностей для круглосуточной работы путём деления итогов первого этапа на итоги второго этапа. В табл. 1 представлены итоги таких расчётов на 2024 г. Расчёты проведены с учётом Постановления Правительства РФ от 10.08.2022 № 1314 «О переносе выходных дней в 2024 г.». Показано, что число должностей увеличивается по мере увеличения отпуска и уменьшается с увеличением длительности рабочей недели.

Одним из важных показателей для расчета численности должностей является объём работы, который устанавливается в общем виде в документе по государственным гарантиям (ПГГ), с дифференциацией по профилям медицинской помощи — в территориальной программе (ТПГГ), а для конкретных медицинских организаций — в виде государственного (муниципального задания).

Динамика плановых показателей по госпитализации по психиатрии-наркологии, указанных в

Таблица 1

Число должностей для круглосуточной работы в 2024 г.

Длительность отпуска (в календарных днях)	Численность должностей при длительности рабочей недели (в час.)				
	24	30	33	36	39
28	8,063	6,445	5,857	5,367	4,967
35	8,245	6,590	5,989	5,489	5,079
42	8,435	6,741	6,126	5,614	5,196
49	8,634	6,900	6,271	5,746	5,319
56	8,842	7,067	6,422	5,885	5,448
63	9,061	7,242	6,581	6,031	5,583

Таблица 2

Планово-нормативные показатели по психиатрии-наркологии, указанные в ТПГГ

Плановый год	Уровень госпитализации (в случаях госпитализации на 1000 населения)	Средняя длительность (в днях)	Число койко-дней на 1000 населения
На 2010 г.	4,5	14,5	65,55
На 2011 г.	8,6	21,0	180,34
На 2012 г.	8,6	21,0	180,34
На 2013 г.	8,6	17,7	152,22
На 2014 г.	8,6	17,7	152,22
На 2015 г.	9,6	11,8	113,3
На 2016 г.	6,5	14,0	91,0
На 2017 г.	5,5	14,5	79,8
На 2018 г.	4,5	14,5	79,75
На 2019 г.	4,8	14,5	69,60
На 2020 г.	5,0	14,5	72,5
На 2021 г.	5,0	14,5	72,5
На 2022 г.	3,2	14,5	46,4
На 2023 г.	В ТПГГ данные по психиатрии-наркологии отсутствуют		

Примечание. Таблица составлена путём выкопировки и реконструкции данных, содержащихся в ТПГГ. Письмо Минздрава России: от 21.12.2009 № 20-01/10-2-10360, Письма Минздрава России от 17.12.2010 № 20-2/10/2-12028, от 22.12.2011 № 20/2/10/1-8324, Письма Минздрава России от 25.12.2012 № 11-9/10/2-5718, от 08.11.2013 № 11-9/102-8309, от 12.12.2014 № 11-9/10/2-9388, от 21.12.2015 № 11-9/10/2-7796, от 23.12.2016 № 11-7/10/2-8304, от 13.12.2017 № 11-7/10/2-8616, от 21.12.2018 № 11-7/10/1-511, от 24.12.2019 № 11-7/И/2-12330, от 31.12.2020 № 11-7/И/2-20700, от 13.01.2022 № 11-7/И/2-275, от 31.01.2023 № 31-2/11/2-1287.

ТПГГ за последние годы, представлена в табл. 2. Из табл. 2 видно, что постоянные изменения по плановому периоду касаются всех показателей. Колебания уровня госпитализации составляют 3-кратный размер: 3,2 случая госпитализации на 1000 населения планировалось на 2022 г., а на 2015 г. — 9,6 случая. Колебания средней длительности составляют почти 2-кратный размер: 11,8 дня на 2015 г. и 21,0 дня на 2011 и 2012 гг. Величина койко-дней меняется пропорционально указанным изменениям: наибольшее значение было в планах на 2011 и на 2012 г. (180,34 койко-дня), затем этот показатель постепенно уменьшался до наименьшей величины — в планах на 2022 г. (46,4 койко-дня).

Такие колебания показателей определяют необходимость сравнения этих данных с фактическим развитием коечного фонда по психиатрии-наркологии. С этой целью нами на основании данных табл. 2 по алгоритму, постоянно приводимому в ТПГГ, рассчитано плановое число коек по профилю «психиатрия-наркология».

Фактическое число коек установлено по материалам ежегодно публикуемого статистического сборника [14]. На рис. 2 эти данные ограничены 2019 г., т. к. данный сборник с 2021 г. в открытой печати не публикуется.

На рис. 2 наглядно видно плавное развитие фактического коечного фонда и скачкообразные показатели планируемых данных.

Таким образом, представленные ошибочные положения приказа № 1034н показывают необходимость внесения в документ соответствующих изменений в штатно-нормативном обеспечении, в связи с чем вполне обоснован интерес организаторов здравоохранения к изменениям в этот документ.

Такие изменения произошли с выходом нового приказа¹⁰. Однако они не коснулись представленных в данной публикации проблем. Изменения связаны с усилением роли, значимости и штатно-нормативного обеспечения деятельности организационно-методического отдела наркологического диспансера (наркологической больницы). Новым приказом рекомендуется создание организационно-методического отдела, штатные нормативы которого устанавливаются новым Приложением № 32 к приказу № 1034н. В состав указанного отдела введено по одной должности заведующего, врача-статистика (врача-методиста), медицинского статистика, медицинской сестры.

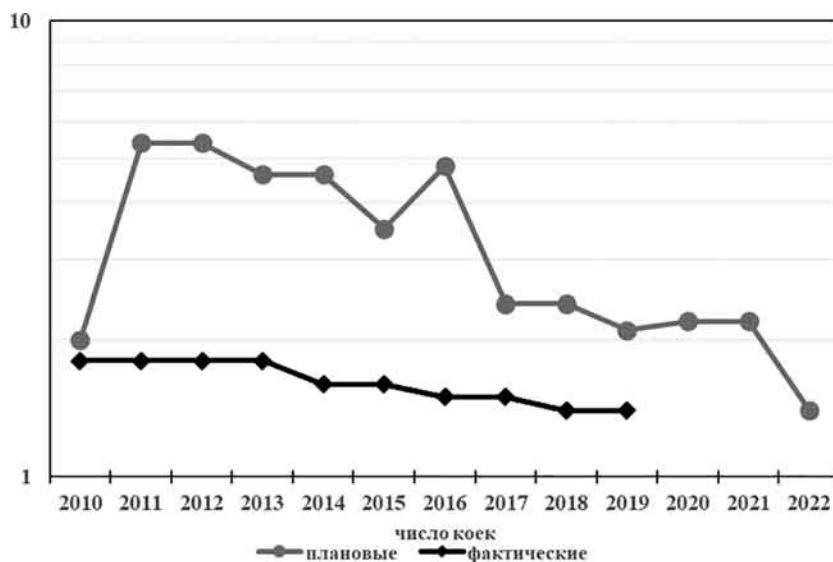


Рис. 2. Число коек по психиатрии-наркологии (на 10,0 тыс. населения).

Штатное расписание медицинской организации / В. М. Шипова; под ред. Р. У. Хабриева. — 2-е изд. перераб. и доп. — Москва: ГЭОТАР-Медиа; 2023. С. 149.

Вызывает определённое сомнение необходимость включения должности медицинской сестры в состав организационно-методического отдела. Специально проведённый анализ статистической нормативной обеспеченности медицинских организаций показал, что должность медицинской сестры в состав организационно-методического отдела не вводится [15].

Необходимо отметить, что должность медицинского статистика уже была установлена Приложением № 23 и Приложением № 26 к приказу № 1034. Указанные нормы труда не отменены новым приказом. Следовательно, наряду с новыми нормами, установленными новым Приложением № 32, можно использовать и эти нормы, что может привести к значительному увеличению численности должностей статистической службы.

Заключение

В штаты медицинских организаций по профилю «психиатрия-наркология» необходимо внесение изменений по указанному в публикации вопросам: уточнение контингента населения при организации амбулаторно-поликлинической помощи, исключение из нормативной записи «нормативного» числа должностей при организации круглосуточного режима работы. Эти проблемы, характерные и для подавляющего числа других приказов по Порядкам, должны решаться, на наш взгляд, не только в рамках данного документа, а в целом — путём создания системы нормирования труда, полностью разрушенной за последние 20 лет.

ЛИТЕРАТУРА

1. Хабриев Р. У., Шипова В. М., Гаджиева С. М. Комментарии к нормам труда в здравоохранении. М.; 2017. 144 с.
2. Организация и технология нормирования труда в здравоохранении / под ред. Р. У. Хабриева. М.; 2018. 312 с.
3. Нормы труда медицинских работников поликлиник: иллюзии и реальность / под ред. Р. У. Хабриева. М.; 2018. 168 с.

¹⁰ Приказ Минздрава России от 07.06.2022 № 388н «О внесении изменений в порядок оказания медицинской помощи по профилю «психиатрия-наркология», утверждённый приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 30 декабря 2015 г. № 1034н».

4. Хабриев Р. У., Шипова В. М., Берсенева Е. А. Комментарии к нормам труда в здравоохранении: новые приказы — старые проблемы. М.; 2019. 144 с.
5. Сборник нормативно-правовых актов, регулирующих трудовые отношения / под ред. Р. У. Хабриева. М.; 2020. 136 с.
6. Шипова В. М., Рошин Д. О., Плутницкий А. Н. Нормы труда в порядках оказания медицинской помощи: теория и практика применения // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. 2020. Т. 28, № 5. С. 834—839.
7. Хабриев Р. У., Шипова В. М., Берсенева Е. А., Михайлов Д. Ю. Современное состояние системы нормирования труда в здравоохранении // Казанский медицинский журнал. 2020. Т. 101, № 6. С. 859—868.
8. Регулирование трудовых отношений в здравоохранении. Сборник нормативно-правовых актов с комментариями / под ред. Р. У. Хабриева. М.; 2021. 320 с.
9. Шипова В. М. Штатное обеспечение медицинской организации при разных режимах работы в 2016 году // Заместитель главного врача. 2015. № 12. С. 28—34.
10. Шипова В. М. Как рассчитать численность должностей в круглосуточной КДЛ // Справочник заведующего КДЛ. 2019. № 6. С. 71—74.
11. Шипова В. М., Берсенева Е. А., Михайлов Д. Ю. Актуальные вопросы планирования численности должностей при разных режимах работы. М.; 2020. 144 с.
12. Шипова В. Как определить численность должностей для круглосуточной работы // Экономика ЛПУ в вопросах и ответах. 2021. № 4. С. 20—26.
13. Шипова В. Как определить численность должностей для круглосуточной работы // Система Экономика ЛПУ. 2022. № 4. URL: <https://1elpru.ru/#/document/16/73336/>
14. Ресурсы и деятельность медицинских организаций здравоохранения / Министерство здравоохранения Российской Федерации Департамент мониторинга, анализа и стратегического развития здравоохранения. ФГБУ «Центральный научно-исследовательский институт организации и информатизации здравоохранения» Министерства здравоохранения Российской Федерации. М.; 2015, 2016, 2017, 2018, 2019, 2020.
15. Шипова В. М., Берсенева Е. А., Михайлов Д. Ю. Нормы труда врачей-статистиков и медицинских статистиков // Бюллетень Национального научно-исследовательского института общественного здоровья имени Н. А. Семашко. 2021. № 2. С. 50—59.
2. Khabriev R. U. (ed.) Organization and technology of labor rationing in healthcare. Moscow; 2018. 312 p. (In Russ.)
3. Khabriev R. U. (ed.) Labor standards of medical workers of polyclinics: illusions and reality. Moscow; 2018. (In Russ.)
4. Khabriev R. U., Shipova V. M., Berseneva E. A. Comments on labor standards in healthcare: new orders — old problems. Moscow; 2019. 144 p. (In Russ.)
5. Khabriev R. U. (ed.) Collection of normative legal acts regulating labor relations. Moscow; 2020. 136 p. (In Russ.)
6. Shipova V. M., Roshchin D.O., Plutnitsky A. N. Labor standards in the procedures of medical care: theory and practice of application. *Problems of social hygiene, health care and the history of medicine*. 2020;28(5):834—839. (In Russ.)
7. Khabriev R. U., Shipova V. M., Berseneva E. A., Mikhailov D. Yu. The current state of the labor rationing system in healthcare. *Kazan Medical Journal*. 2020;101(6):859—868. (In Russ.)
8. Khabriev R. U. (ed.) Regulation of labor relations in healthcare. Collection of normative legal acts with comments. Moscow; 2021. 320 p. (In Russ.)
9. Shipova V. M. Staffing of a medical organization under different operating modes in 2016. *Deputy Chief Physician*. 2015;12(115):28—34. (In Russ.)
10. Shipova V. M. How to calculate the number of positions in the round-the-clock KDL. *Handbook of the head of the KDL*. 2019;(6):71—74. (In Russ.)
11. Shipova V. M., Berseneva E. A., Mikhailov D. Yu. Actual issues of planning the number of positions in different modes of work. Moscow; 2020. 144 p. (In Russ.)
12. Shipova V. How to determine the number of positions for round-the-clock work. *Economics of medical institutions in questions and answers*. 2021;(4):20—26. (In Russ.)
13. Shipova V. How to determine the number of positions for round-the-clock work. *The system of economics of medical institutions*. URL: <https://1elpru.ru/#/document/16/73336/> (In Russ.)
14. Resources and activities of medical healthcare organizations. Ministry of Health of the Russian Federation Department of Monitoring, Analysis and Strategic Development of Healthcare. Federal State Budgetary Institution «Central Research Institute of Organization and Informatization of Health Care» of the Ministry of Health of the Russian Federation. Moscow; 2015, 2016, 2017, 2018, 2019, 2020. (In Russ.)
15. Shipova V. M., Berseneva E. A., Mikhailov D. Yu. Labor standards of statisticians and medical statisticians. *Bulletin of Semashko National Research Institute of Public Health*. 2021;(2):50—59. (In Russ.)

REFERENCES

1. Khabriev R., Shipova V., Gadzhieva S. Comments on labor standards in healthcare. Moscow; 2017. 144 p. (In Russ.)

Вклад авторов: все авторы сделали эквивалентный вклад в подготовку публикации. Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

Contribution of the authors: the authors contributed equally to this article. The authors declare no conflicts of interests.

Статья поступила в редакцию 25.04.2023; одобрена после рецензирования 06.06.2023; принята к публикации 07.11.2023. The article was submitted 25.04.2023; approved after reviewing 06.06.2023; accepted for publication 07.11.2023.

Обзорная статья

УДК 614.2

doi:10.32687/1561-5936-2023-27-4-309-315

Проактивный медико-социальный патронаж в системе долговременного ухода (обзор литературы)

Анна Андреевна Кравчук

Научно-исследовательский институт организации здравоохранения и медицинского менеджмента
Департамента здравоохранения города Москвы, Москва, Россия
kravchukaa2@zdrav.mos.ru, <https://orcid.org/0000-0002-4239-8243>

Аннотация. Представлен анализ мирового рынка долговременного ухода. Отражены место и роль проактивного медико-социального патронажа (МСП) в системах здравоохранения и социального обслуживания, аспекты его регулирования, вклад в достижение целей устойчивого развития в России. Приведены особенности межведомственного взаимодействия при осуществлении проактивного МСП в России, в том числе в Москве. Рассмотрены ИТ-решения для обеспечения проактивного МСП в разных странах. Выявлено, что в мире предпринимаются значительные шаги для повсеместного внедрения и масштабирования успешных практик долговременного ухода, важнейшим из которых в России является МСП в проактивной форме, однако профессиональному сообществу ещё предстоит проработать значительное число вопросов, связанных с этим видом услуг.

Ключевые слова: социальная политика; социальное обслуживание; здравоохранение; медико-социальные услуги; патронаж; медико-социальный патронаж; уход на дому и социальная работа; долговременный уход; модели интегрированного ухода; медицинская и социальная защита; проактивное управление

Для цитирования: Кравчук А. А. Проактивный медико-социальный патронаж в системе долговременного ухода (обзор литературы) // Ремедиум. 2023. Т. 27, № 4. С. 309—315. doi:10.32687/1561-5936-2023-27-4-309-315

Review article

Proactive medical and social patronage in the system of long-term care (literature review)

Anna A. Kravchuk

Research Institute for Healthcare Organization and Medical Management of Moscow Healthcare Department, Moscow, Russia
kravchukaa2@zdrav.mos.ru, <https://orcid.org/0000-0002-4239-8243>

Annotation. The article presents an analysis of the global long-term care market. The place and role of proactive medical and social patronage in the healthcare and social services systems of the Russian Federation are reflected, aspects of its regulation are presented, as well as its contribution to the achievement of sustainable development goals in the Russian Federation. The features of interdepartmental interaction in the implementation of proactive medical and social patronage in the Russian Federation, including in the city of Moscow, are given. IT solutions for providing proactive medical and social patronage in the countries of the world are considered. It was revealed that significant steps are being taken in the world for the widespread introduction and scaling of successful long-term care practices, the most important of which in the Russian Federation is proactive medical and social patronage, but the professional community has yet to work out a significant pool of issues related to this type of service.

Key words: social policy; social service; healthcare; medical and nursery care; social home visitors; provide home visits; patronage; medical and social patronage; home care and social work; long-term care; integrated care models; medical and social protection; proactive

For citation: Kravchuk A. A. Proactive medical and social patronage in the system of long-term care (literature review). *Remedium*. 2023;27(4):309–315. (In Russ.). doi:10.32687/1561-5936-2023-27-4-309-315

Введение

Многие страны мира, входящие в глобальные международные организации, несколько лет назад определили для себя политический курс на достижение целей устойчивого развития (ЦУР): всеобщий охват услугами здравоохранения (ВОУЗ), решение демографических проблем, изменение финансирования социальной сферы на более прогрессивное, улучшение санитарно-эпидемиологического надзора. К сегодняшнему моменту ими проделана колоссальная работа по снижению показателей неинфекционных заболеваний (НИЗ), увеличению ожидаемой продолжительности жизни, сокращению наиболее распространённых причин смерти,

связанных с детской и материнской смертностью¹, однако в целом ещё рано говорить о преодолении бремени болезней и решении проблем социальной сферы: мировое сообщество ещё находится на пути к ЦУР.

По данным Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ), каждый год от НИЗ умирает 41 млн человек, что составляет 74% всех случаев смерти в мире, причём 17 млн из них представляют группу людей до 70 лет, а на страны с низким и средним

¹ ООН. Цель 3: Обеспечение здорового образа жизни и содействие благополучию для всех в любом возрасте. ООН. URL: <https://www.un.org/sustainabledevelopment/ru/health/> (дата обращения: 15.02.2023).

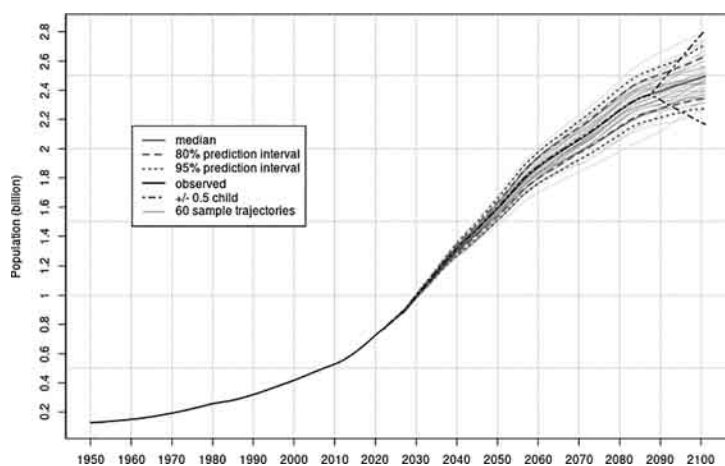


Рис. 1. Вероятностные темпы роста численности населения мира в возрасте 65 лет и старше к 2050 г.

Приведены результаты дескриптивного и предикативного анализа данных рассматриваемого возрастного диапазона для стран с населением от 90 000 и более в 2019 г. Источник: United Nations. United Nations. World Population Prospects 2022. Grafs. URL: <https://population.un.org/wpp/Graphs/> (дата обращения: 15.02.2023).

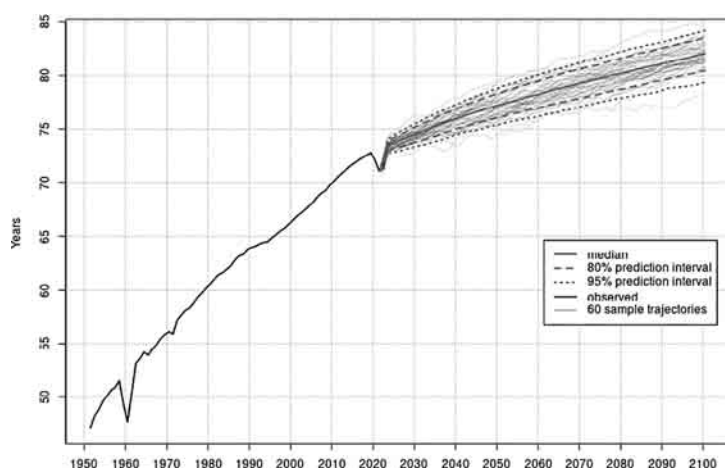


Рис. 2. Темпы роста ожидаемой продолжительности жизни к 2050 г.

Источник: United Nations. United Nations. World Population Prospects 2022. Grafs. URL: <https://population.un.org/wpp/Graphs/> (дата обращения: 15.02.2023).

уровнем дохода приходится 77% всех случаев смерти от НИЗ², т. е. в мире постоянно регистрируется значительное количество людей с хроническими заболеваниями. При этом около 15% населения мира имеют какую-либо форму инвалидности.

Кроме того, по данным Организации Объединенных наций (ООН), население мира неуклонно стареет за счёт роста количества пожилых людей (рис. 1). Особенно это заметно в странах с высоким и средним уровнем дохода.

Ожидается, что к 2050 г. доля населения мира от 65 лет и старше составит 16%, в то время как в 2019 г. она составляла всего 9%³. С 2018 г. во всём мире число людей от 65 лет и старше превышает количество детей до 5 лет. Причём, на основании предикативного анализа, число людей от 80 лет и стар-

ше увеличится за 30 лет почти в 3 раза и составит 426 млн человек в 2050 г. (рис. 2)⁴. Сегодня более 54% гериатрического населения сосредоточено в 6 странах: Китае, США, Индии, Японии, Германии и России [1].

Все указанные факторы значительно влияют на мировую экономику и диктуют необходимость изменения социальной политики каждой страны в части оказания медико-социальной помощи пожилым, инвалидам, лицам, находящимся на длительной реабилитации, неизлечимо больным. Для этого контингент граждан на социальных площадках различных стран мира стремительно разворачивается система долговременного ухода (ДУ), в основе которой лежит интегрированная помощь.

По данным международных компаний «Grand View Research» и «Precedence Research», занимающихся маркетинговыми исследованиями и консалтингом, глобальный рынок ДУ оценивался в 1,11 трлн долл. в 2022 г. при совокупном годовом темпе роста в 6,62%, а в перспективе к 2030 г. станет более 1,83 трлн долл. (рис. 3) [1]. Сегодня мировой рынок ДУ большей частью обусловлен ростом глобальной гериатрической популяции, а также технологическим прогрессом.

В России наблюдаются схожие тенденции. Так, уже в 2019 г. при общей численности населения 146,7 млн человек 25% из них составляли лица пенсионного возраста. На основе предикативного анализа данных к 2030 г. численность такого населения будет составлять более 29%⁵.

Заболеваемость населения России в 2019 г. составила 242 млн человек, что больше, чем в 2010 г., на 15,8 млн человек (6,5%), при этом численность населения выросла всего на 2,7% [2].

В связи с этим в России в последние годы также уделяется много внимания развитию партнерства и межведомственного взаимодействия здравоохранения и социального обслуживания в рамках системы ДУ [3]. В центре внимания при этом находится развитие медико-социальных услуг, важнейшей составляющей которых является проактивный медико-социальный патронаж (МСП).

Материалы и методы

Поиск литературных источников производился в феврале 2023 г. в электронных мультидисциплинарных и отраслевых базах данных: ScienceDirect, Scopus, PubMed, Google Scholar, РИНЦ и системах Google, Yandex с использованием ключевых слов: «социальная политика», «социальное обслуживание»,

² ВОЗ. Неинфекционные заболевания. URL: <https://www.who.int/ru/news-room/fact-sheets/detail/noncommunicable-diseases> (дата обращения: 15.02.2023).

³ United Nations, Department of Economic and Social Affairs. Population Division (2019). World Population Prospects 2019, Volume II: Demographic Profiles (ST/ESA/SER.A/427).

⁴ ООН. Старение. Глобальные вопросы повестки дня. URL: <https://www.un.org/ru/global-issues/ageing#:~:text=B%202018%20году%20впервые%20в,426%20миллионов%20в%202050%20году> (дата обращения: 15.02.2023).

⁵ Минтруд России. Доклад о результатах комплексного мониторинга социально-экономического положения пожилых людей в 2019 году. URL: <https://mintrud.gov.ru/social/270> (дата обращения: 17.02.2023).

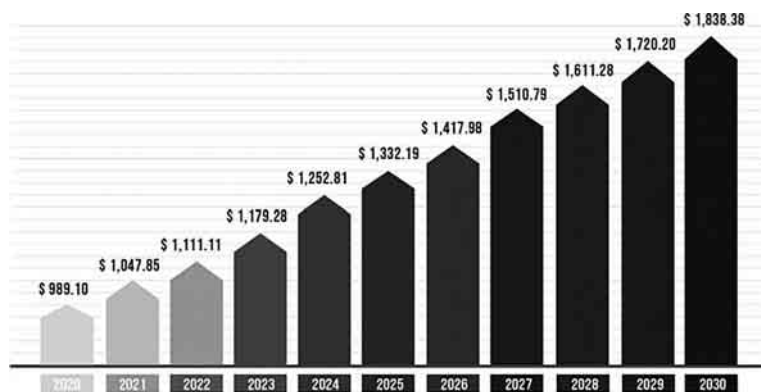


Рис. 3. Темпы роста глобального рынка ДУ до 2030 г.

Источник: [2].

«здравоохранение», «медико-социальные услуги», «патронаж», «медико-социальный патронаж», «уход на дому и социальная работа», «долговременный уход», «мобильные бригады», «модели интегрированного ухода», «медицинская и социальная защита», «проактивное управление» и др.

В качестве методов научного исследования в статье использованы теоретические и эмпирические методы.

Результаты и обсуждение

Место и роль проактивного медико-социального патронажа в системах здравоохранения и социального обслуживания России

Понятие «патронаж» происходит из французского языка и дословно означает «покровительство». Как форма деятельности патронаж известен со времен Древнего Рима [4]. С медицинской точки зрения, патронаж — это деятельность медицинских организаций, в рамках которой они осуществляют оздоровительно-профилактические мероприятия на дому, просветительскую деятельность в области личной гигиены и повышают в быту санитарно-гигиенические условия жизни⁶.

Понятие «патронаж» определяется как вид социального обслуживания, преимущественно на дому, индивидуальных клиентов и групп риска, который заключается в постоянном социальном надзоре, регулярном посещении их жилищ социальными (и другими) работниками, оказании им необходимой экономической, материально-бытовой, лечебно-профилактической помощи и т. д.⁷

На основании ст. 41 Гражданского кодекса РФ патронаж рассматривается «как особый правовой институт, установленный в целях оказания помощи совершеннолетнему дееспособному гражданину в осуществлении и защите его прав, исполнении обязанностей, который по состоянию здоровья не способен делать это самостоятельно».

МСП является, с одной стороны, «видом деятельности медицинских, социальных и общественных организаций, осуществляемой для покрытия потребности в медико-социальной помощи отдельных лиц, семей и групп населения» [3], а с другой стороны, обеспечивает непрерывность наблюдения за их здоровьем и организует им медико-социальную адаптацию [5, 6].

МСП осуществляют медицинские и немедицинские работники: врачи, медицинские (патронажные) сестры, фельдшеры, акушеры, социальные работники, т. е. все те, кто обладает практическими навыками общения с данной категорией клиентов. Главная их цель — установление доверительных доброжелательных отношений, которые обеспечат потребности в элементарном уходе, защите, понимании.

На сегодняшний день наукой наиболее исследована тематика «Медико-социальный патронаж в педиатрии» [7—11]. Тем не менее демографическая ситуация в России ставит новые цели перед государством и обществом в рамках развития практик МСП: их усилия должны быть направлены в большей степени на удовлетворение основных потребностей инвалидов, пожилых и неизлечимо больных граждан через систему ДУ. Кроме того, необходимо создавать условия активного участия данного контингента населения в различных сферах жизни общества [3].

В зарубежных публикациях под ДУ понимается комплекс услуг по уходу за людьми со сниженными физическими и когнитивными возможностями [12], которые не могут осуществлять самостоятельно повседневную деятельность и нуждаются в поддержке. В России ДУ определяется как «технология социального обслуживания, в том числе стационароразмещающая, позволяющая обеспечивать посторонний уход за гражданами, нуждающимися в таком уходе, в целях обеспечения комфортных и безопасных условий проживания, сохранения (поддержания) самостоятельности и уменьшения зависимости от посторонней помощи таких граждан, их интеграции в общество»⁸.

Система ДУ состоит из нескольких видов ухода на дому и в стационаре, осуществляемых родственниками, государственными социальными и медицинскими работниками, частными организациями и лицами, а также заботы со стороны местного сообщества или соседей [12]. Важнейшим институтом системы ДУ является патронаж.

Согласно эмпирическому правилу Парето (закон, принцип 80/20), в любом процессе 20% угроз дают в итоге 80% негативных последствий. Проактивное управление позволяет выявить такие угрозы и про-

⁶ Медицинская энциклопедия. URL: https://dic.academic.ru/dic.nsf/enc_medicine/22726/Патронаж (дата обращения: 15.02.2023).

⁷ Социологическая энциклопедия. URL: [https://voluntary.ru/termin/patronazh.html#:~:text=\(от%20франц.,санитарно-гигиенических%20условий%20в%20быту](https://voluntary.ru/termin/patronazh.html#:~:text=(от%20франц.,санитарно-гигиенических%20условий%20в%20быту) (дата обращения: 15.02.2023).

⁸ Приказ Минтруда России № 667 от 29.09.2020 «О реализации в отдельных субъектах Российской Федерации в 2021 году Типовой модели системы долговременного ухода за гражданами пожилого возраста и инвалидами, нуждающимися в постороннем уходе». URL: <http://www.consultant.ru> (дата обращения: 17.02.2023).

вести превентивные мероприятия. Именно в связи с этим в управлении МСП используют проактивный подход, благодаря которому можно решать вопросы дескриптивного и предикативного анализа кризисных случаев, оптимизировать функциональную структуру этой помощи, защищать социально-экономические интересы лиц, получающих эту помощь, и др. [13]. Проактивное управление создаёт возможности в первую очередь для оптимального взаимодействия между службами здравоохранения, социального обслуживания и получателем услуг, способствуя адаптации процессов и процедур принятия решений к изменяющимся условиям.

Таким образом, проактивный МСП является значимым инструментом реализации социальной политики, позволяющим предвидеть рискованные события, инициировать перемены и способствовать повышению эффективности функционирования социальной сферы. При таком управлении даже в условиях ограниченных ресурсов возможно достичь запланированный результат — повышение здоровья населения [13, 14]. Однако многие вопросы, связанные с организацией МСП, остаются не до конца изученными и разработанными, например, объём и содержание комплексной помощи, состав мультидисциплинарной команды, наиболее предпочтительные модели интегрированной помощи и т. д.

Регулирование медико-социального патронажа в России

С 2008 г. МСП выделен в законодательстве РФ в отдельную правовую категорию. Он закреплён в Гражданском кодексе РФ как «форма попечительства над дееспособными гражданами». При этом до сих пор отсутствует чёткое определение МСП и его задач. Кроме того, значительно различаются взгляды юристов на сущность патронажа в системе гражданско-правовых отношений.

Сегодня МСП обеспечивает права совершеннолетних дееспособных граждан, которые не могут по состоянию здоровья заботиться о себе⁹. Следует отметить, что при этом они не имеют психических отклонений в здоровье, а значит, самостоятельно принимают юридически значимые решения и не нуждаются в обязательном представлении от своего лица в различных организациях со стороны помощника (патроната). Тем не менее при заключении соглашения между ними такая услуга осуществляется.

Патронаж юридически закрепляется через такие договоры, как «поручение, доверительное управление имуществом и прочим, в качестве которых могут выступать: договор пожизненной ренты, агентирования, пожизненного содержания с иждивением» [15]. В настоящее время патронаж является плохо урегулированной формой попечительства. В ней много «белых» пятен [16].

Сегодня оказание медико-социальной помощи пожилым людям в России регламентируется:

- Постановлением Правительства РФ «Об утверждении государственной программы Российской Федерации «Социальная поддержка граждан»¹⁰;
- Распоряжением Правительства РФ «Об утверждении Стратегии действий в интересах граждан старшего поколения в Российской Федерации до 2025 года»;
- Паспортом национального проекта «Демография»¹¹;
- Приказом Минздрава РФ «Об утверждении требований к организации и проведению внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности»¹²;
- Федеральным законом РФ «Об основах социального обслуживания граждан в Российской Федерации»¹³;
- Приказом Минздрава РФ «О совершенствовании организации медицинской помощи гражданам пожилого и старческого возрастов в Российской Федерации»¹⁴ и др.

С 2018 г. несколько субъектов РФ (Волгоградская, Костромская, Псковская, Новгородская, Рязанская, Тульская области) при сопровождении Министерства труда и социальной защиты РФ реализуют пилотный проект по созданию системы ДУ за гражданами пожилого возраста и инвалидами^{15, 16}. Этот проект был инициирован в рамках реализации федерального проекта «Старшее поколение» национального проекта «Демография»¹⁷.

Благодаря этому пилотному проекту ежегодно увеличивается охват граждан старше трудоспособного возраста, признанных нуждающимися в социальном обслуживании системой ДУ. На 2019 г. в России стояла задача охвата 8% лиц старше трудоспособного возраста, признанных нуждающимися в социальном обслуживании, системой ДУ. По итогам реализации проекта уже в 12 пилотных регионах эта задача была полностью достигнута. Однако серьёзной проблемой остаётся организация предоставления медико-социальных услуг пожилым людям,

¹⁰ Постановление Правительства Российской Федерации от 15.04.2014 № 296 «Об утверждении государственной программы Российской Федерации „Социальная поддержка граждан“».

¹¹ Распоряжение Правительства РФ от 05.02.2016 № 164-р «Об утверждении Стратегии действий в интересах граждан старшего поколения в Российской Федерации до 2025 года».

¹² Паспорт национального проекта «Демография»: утвержден президиумом совета при Президенте Российской Федерации по стратегическому развитию и национальным проектам (протокол № 16 от 24.12.2018).

¹³ Приказ Министерства здравоохранения РФ от 31.07.2020 № 785-н «Об утверждении требований к организации и проведению внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности».

¹⁴ Федеральный закон РФ от 28.12.2013 № 442-ФЗ «Об основах социального обслуживания граждан в Российской Федерации».

¹⁵ Приказ Минздрава России от 28.07.1999 № 297 «О совершенствовании организации медицинской помощи гражданам пожилого и старческого возрастов в Российской Федерации».

¹⁶ Кабмин планирует запустить систему ухода за пожилыми во всех регионах к 2022 году // ИТАР-ТАСС. 20 июля. URL: <https://tass.ru/obschestvo/5390058> (дата обращения: 17.02.2023).

¹⁷ Портал «Национальные проекты»: Федеральный проект «Старшее поколение». URL: https://национальныепроекты.рф/projects/demografiya/starsthee_pokolenie (дата обращения: 17.02.2023).

⁹ Гражданский кодекс Российской Федерации (часть 1) № 51-ФЗ от 30.11.1994.

проживающим в сельской местности, особенно в отдалённых и малонаселённых деревнях.

Вклад медико-социального патронажа в достижение Россией целей устойчивого развития

К 2030 г. в мире будет проживать 8,5 млрд жителей. Обеспечение всеобщего охвата услугами здравоохранения необходимо для повышения качества жизни для всех. Эта концепция, поддержанная многими странами мира, в том числе и Россией, устанавливает необходимость и возможность получения всеми гражданами качественных медико-социальных услуг. Повышенное внимание мировой общественности к ВОУЗ является в настоящее время одним из самых мощных двигателей на пути к устойчивому развитию.

Необходимость достижения ВОУЗ стала ещё актуальнее после пандемии COVID-19. ВОУЗ и безопасность здоровья могут быть в большей мере реализованы в системе здравоохранения через оказание в полном объёме основных медицинских услуг, выстраивание мер по профилактике заболеваний и укреплению здоровья¹⁸. Однако при этом должно быть выстроено эффективное взаимодействие с системой социального обслуживания.

МСП, который сейчас активно реализуют в субъектах РФ в рамках системы ДУ, позволяет увеличить охват граждан медико-социальными услугами, т. к. он никого не оставляет без внимания.

В рамках системы ДУ города Москвы в 2022 г. свыше 50 тыс. жителей столицы получили необходимое надомное обслуживание и полностью покрыли свои функциональные потребности, что составило более 50% от такого контингента граждан¹⁹.

Особенности межведомственного взаимодействия при организации проактивного медико-социального патронажа в России

Сегодня во всём мире отмечают проблемы межведомственного взаимодействия при оказании медицинской помощи в рамках ДУ из-за отсутствия консолидации различных услуг в отдельных программах или условий единого доступа к социальному обслуживанию и медицинской помощи.

В России медицинские и социальные службы также слабо интегрированы: «их нормативно-правовая база, организационные структуры, ведомственная подчинённость, модели финансирования требуют тщательной проработки» [17]. В связи с этим выстраивание партнёрства и взаимодействия между ними в рамках системы ДУ весьма проблематично [12].

С 2017 г. в Москве реализуется проект «Организация оказания плановой медицинской помощи патронажным группам населения на дому». В соответ-

ствии с ним патронажная служба поликлиники проводит надомную оценку нуждаемости граждан в медико-социальных услугах. Если обследуемый старше 18 лет, у него нарушена ориентация в пространстве, имеются ограничения в передвижении и трудности в самообслуживании, то ему назначается патронаж. При этом гражданина прикрепляют к определённому врачу поликлиники в «Клинической информационной системе» автоматизированной информационной системы города Москвы «Единая медицинская информационно-аналитическая система города Москвы» и заносят в реестр пациентов патронажной службы. Далее при необходимости вызова врача к пациенту на дом может быть привлечён уже широкий круг людей²⁰. Врач при посещении осматривает пациента, заполняет лист индивидуальной оценки и собирает дополнительную информацию. Причём в первое посещение специалист разработает индивидуальный план лечения пациента с необходимым объёмом исследований и последующей рекомендованной частотой посещений на дому медицинскими работниками.

С 2019 г. Москва также является участником пилотного проекта по выстраиванию ДУ, т. е. основанной на межведомственном взаимодействии комплексной системы организации и предоставления гражданам, нуждающимся в постороннем уходе, уполномоченными органами и организациями социальных, медицинских, реабилитационных и иных услуг, а также содействия в их получении. Благодаря этому Правительство Москвы изменило механизм определения потребности в социальном обслуживании, пересмотрело перечень и стандарты социальных услуг.

Для социального обслуживания на дому граждане обращаются в ближайший центр государственных услуг «Мои документы». После этого на дом к потенциальному получателю услуг приходит социальный инспектор, который оценивает его правовой, социальный и функциональный статусы, условия проживания. При положительном решении, исходя из потребностей, составляется индивидуальный перечень социальных услуг для конкретного получателя.

Таким образом, медицинские и социальные работники проводят по месту проживания граждан оценку их нуждаемости в медико-социальных услугах. Затем гражданам с присвоенным классом нуждаемости определяются методы долговременного ухода и объём медицинской помощи, а также место их оказания (маршрутизация)²¹.

Сегодня в России работают над повышением эффективности межведомственного взаимодействия социальной и медицинской систем. Одним из способов решения проблем в этой сфере при осуществ-

¹⁸ ООН. Построим мир, которого мы хотим: Здоровое будущее для всех. URL: <https://www.un.org/ru/observances/universal-health-coverage-day> (дата обращения: 15.02.2023).

¹⁹ Более 50 тысяч москвичей получают социальные услуги по системе долговременного ухода // Официальный сайт мэра Москвы. 2022. 2 февр. URL: <https://www.mos.ru/news/item/102083073/> (дата обращения: 15.02.2023).

²⁰ Патронажная служба. Часть 1 // ПроПаллиатив. URL: <https://pro-palliativ.ru/blog/patronazhnaya-sluzhba-gde-iskat-i-kto-mozhet-obuchit-chast-1/> (дата обращения: 15.02.2023).

²¹ Агентство стратегических инициатив. Система долговременного ухода. URL: https://asi.ru/leaders/initiatives/social_leaders/elderly_care/ (дата обращения: 15.02.2023).

Таблица 1
Модели интегрированной помощи

Индивидуальные модели интегрированной помощи	Модели для групп и заболеваний	Популяционные модели
1. Модель управления делами пациента.	1. Модель ухода за хроническими больными.	1. Модель Kaiser Permanente.
2. Модель индивидуальных планов ухода.	2. Модель ухода за пожилыми и ослабленными.	2. Модель управления здравоохранением ветеранов.
3. Модель медицинского дома, ориентированного на пациента.	3. Модель интегрированной помощи при конкретном заболевании	3. Модель комплексной помощи в стране басков
4. Модель личного бюджета здоровья (самопомощь)		

влении патронажа является внедрение интегрированной помощи.

В мире накоплен широкий опыт по интегрированной помощи. Интеграцию делят на категории в зависимости от ее интенсивности: полная интеграция секторов здравоохранения и социальной защиты в новую организационную модель или частичная, улучшающая координацию обоих секторов. Многоаспектный характер интеграционных процессов создает определённую сложность в построении моделей интегрированной помощи и вариативность их проектирования (таблица 1).

Эти модели предлагают позволяют установить эффективные партнёрские отношения всех заинтересованных лиц в государственном и частном секторах здравоохранения и социального обслуживания. Однако никакой универсальной модели для установления связей и взаимодействия здравоохранения и социальной защиты нет. Только работая вместе, стейкхолдеры могут разработать оптимальные модели интегрированной помощи²².

ИТ-решения для повышения эффективности межведомственного взаимодействия

В мире существует много цифровых решений для обеспечения систем здравоохранения и социального обслуживания в отдельности, но интегрированных разработок гораздо меньше.

В Великобритании с 2021 г. правительство курирует создание информационного хаба данных о пациентах и лицах, нуждающихся в социальном обеспечении, полученных от медицинских организаций и учреждений социальной защиты. На основании этой инновации станет возможным проведение дистанционного консультирования, контроля и мониторинга состояния пациентов с различными заболеваниями. Кроме того, к информационной системе хаба уже присоединили мобильное приложение, которым с целью контроля состояния здоровья могут воспользоваться все жители страны.

Япония с 2018 г. внедряет роботов для ведения ДУ. Это расширяет возможности ухода за тяжело больными пациентами, мониторинга здоровья больных или, например, может помочь человеку с

ограниченными возможностями при переходе улицы. Всё это стало возможным благодаря Стратегии роботизации Японии, разработанной Министерством экономики, торговли и промышленности в 2015 г.²³

В России в ФГБОУ ВО СЗГМУ им. И. И. Мечникова разработано программное обеспечение для расчёта и мониторинга выявления гериатрических синдромов, полиморбидных состояний у лиц пожилого и старческого возраста, а также оценки эффективности их лечения. Эта программа направлена на анализ выявленной старческой астении, сопровождающейся различными гериатрическими синдромами, и позволяет отслеживать динамику лечебно-диагностических и реабилитационных мероприятий с возможным сохранением результатов расчета в формате PDF и в виде файла XLS, а также с контролируемой врачом функцией отправки результатов в лечебные и социальные учреждения города, что обеспечивает преемственность мультидисциплинарной поддержки данных пациентов [3]. Программа позволяет специалистам планировать требуемый объем помощи и в сжатые сроки улучшать состояние здоровья «серебряных» пациентов.

Заключение

Сегодня в мире предпринимаются значительные шаги для повсеместного внедрения и масштабирования успешных практик ДУ, важнейшей из которых в России является МСП в проактивной форме. Однако профессиональному сообществу ещё предстоит проработать значительный пул вопросов, связанных с этим видом медико-социальных услуг.

ЛИТЕРАТУРА

1. Grand View Research. Long-term care market size, share & trends analysis report by service (home healthcare, hospice & palliative care, nursing care, assisted living facilities), by payer (public, private, out of pocket), by region, and segment forecasts, 2023—2030. 155 p.
2. Росстат. Демографический ежегодник России. 2021: Статистический сборник. М., 2021. 256 с.
3. Лаптева Е. С., Дьячкова-Герцева Д. С., Цуцунава М. Р. Медико-социальный патронаж пожилого населения: состояние, проблемы // Специалист здравоохранения. 2020. № 21. С. 4—7.
4. Адресный социальный патронаж семьи и детей: науч.-метод. пособие / под ред. Л. С. Алексеевой. М.; 2000. 160 с.
5. Алексеева Л. С., Меновщиков В. Ю. Сущностные характеристики социального патронажа и возможности его потенциального влияния на решение проблем социального здоровья семей и детей // Социальное обслуживание. 2004. № 3. С. 50—85.
6. Осипова И. И. Установление контактов с семьей в процессе патронажа: методики и технологии // Отечественный журнал социальной работы. 2005. № 3. С. 56—65.
7. Чичерин Л. П., Альбицкий В. Ю., Щепин В. О. Состояние и проблемы организации социально-правовой работы с детьми в первичном звене медицинской помощи // Вопросы современной педиатрии. 2021. Т. 20, № 3. С. 195—200. DOI: 10.15690/vsp.v20i3/2269
8. Смирнов О. Ю., Романова Ю. А. Как улучшить патронаж новорожденных при нехватке участковых медсестер. Опыт детской поликлиники // Главная медицинская сестра. 2018. № 1. С. 82—93.

²² Integrating health care and social services: moving from concept to practice // State Health and Value Strategies: website. 2016. 5 December. URL: <https://www.shvs.org/wp-content/uploads/2016/11/SHVS-Bailit-Integrating-Health-Care-and-Social-Services-November-2016.pdf> (дата обращения: 15.02.2023).

²³ Минэкономразвития России. Экономика ухода. Обзор международных практик и опыта России. URL: <https://economy.gov.ru/material/file/1ceda4ac1bfdb9cda0df9af24a67d/20092021.pdf> (дата обращения: 15.02.2023).

9. Орел В. И., Ким А. В., Середя В. М. и др. Организация медико-социальной работы среди детского населения // Педиатр. 2018. Т. 9, № 1. С. 54—60. DOI: 10.17816/PED9154-60
10. Падурин Е. А. Организационные аспекты деятельности психолога отделения медико-социальной помощи детям и подросткам (на примере ГБУ «Курганская детская поликлиника») // Вестник Курганского государственного университета. Серия: Физиология, психология и медицина. 2017. № 3. С. 93—98.
11. Организация работы отделения (кабинета) медико-социальной помощи в детской поликлинике: методическое пособие. СПб.; 2016. 75 с.
12. Селезнева Е. В., Синявская О. В., Якушев Е. Л. и др. Система долговременного ухода: уроки международного опыта для России // Доклады к XXIII Ясинской (Апрельской) международной научной конференции по проблемам развития экономики и общества, Москва, 2022 г. М.; 2022. 156 с.
13. Абубакирова Ю. Д. Проактивное управление — современный подход к управлению организацией // Наука XXI века: актуальные направления развития. 2017. № 1—1. С. 356—358.
14. Графский В. П. Проактивная медиация в системе социальной защиты населения и органов защиты прав детей // Глаголь правосудия. 2020. № 2. С. 39.
15. Михайлов Ф. Н., Сухарева М. Д. Патронаж как форма попечительства над дееспособными совершеннолетними гражданами в Российской Федерации // Вестник государственного университета Дубна. Серия: Науки о человеке и обществе. 2020. № 1. С. 63—68.
16. Исаева Г. С. Опекa, попечительство, патронаж // Аллея науки. 2021. Т. 1, № 3. С. 372—375.
17. Долговременный уход за гражданами пожилого возраста и инвалидами как элемент сопровождаемого проживания: методические рекомендации для специалистов учреждений социального обслуживания населения. Красноярск; 2019. 190 с.
5. Alekseeva L. S., Menovshchikov V. Yu. Essential characteristics of working patronage and the possibility of its reliable medical care for solving health problems of families and children. *Social services*. 2004;(3):50—85. (In Russ.)
6. Osipova I. I. Establishing contacts with the family in the process of patronage: methods and technologies. *Domestic Journal of Social Work*. 2005;(3):56—65. (In Russ.)
7. Chicherin L. P., Albitsky V. Yu., Shchepin V. O. The state and problems of organizing social and legal work with children at the first level of medical care. *Issues of modern pediatrics*. 2021;20(3):195—200. (In Russ.) DOI: 10.15690/vsp.v20i3/2269
8. Smirnov O. Yu., Romanova Yu. A. How to improve newborn care when there is a shortage of district nurses. Experience of a children's clinic. *Chief nurse*. 2018. No. 1. pp. 82—93. (In Russ.)
9. Orel V. I., Kim A. V., Sereda V. M. et al. Organization of medical and social work among the children's population. *Pediatrician*. 2018;9(1):54—60. (In Russ.) DOI: 10.17816/PED9154-60
10. Padurina E. A. Organizational aspects of the activities of a psychologist in the department of medical and social assistance to children and adolescents (according to the principle of the State Budgetary Institution "Kurgan Children's Clinic"). *Bulletin of the Kurgan State University. Series: Physiology, psychology and medicine*. 2017;(3):93—98. (In Russ.)
11. Organization of the work of the medical and social care department (office) in a children's clinic: a methodological manual. St. Petersburg; 2016. 75 p. (In Russ.)
12. Selezneva E. V., Sinyavskaya O. V., Yakushev E. L. et al. Long-term observation system: lessons from international experience for Russia. *Reports for the XXIII Yasinsk (April) international scientific conference on problems of economic and social development, Moscow, 2022*. Moscow; 2022. 156 p. (In Russ.)
13. Abubakirova Yu. D. Proactive management — a modern approach to managing an organization. *Science of the XXI century: current directions of development*. 2017;(1—1):356—358. (In Russ.)
14. Grafsky V. P. Proactive mediation in the system of social protection of the population and bodies for the protection of children's rights. *Verb of justice*. 2020;(2):39. (In Russ.)
15. Mikhailov F. N., Sukhareva M. D. Patronage as a form of guardianship over capable adult citizens in the Russian Federation. *Bulletin of the State University of Dubna. Series: Sciences about man and society*. 2020;(1):63—68. (In Russ.)
16. Isaeva G. S. Guardianship, trusteeship, patronage. *Alley of Science*. 2021;1(3):372—375. (In Russ.)
17. Long-term care for elderly citizens and disabled people as an element of accompanying residence: methodological recommendations for specialists of social service institutions. Krasnoyarsk; 2019. 190 p. (In Russ.)

REFERENCES

1. Grand View Research. Long-term care market size, share & trends analysis report by service (home healthcare, hospice & palliative care, nursing care, assisted living facilities), by payer (public, private, out of pocket), by region, and segment forecasts, 2023—2030. 155 p.
2. Rosstat. Demographic Yearbook of Russia. 2021: Statistical collection. Moscow; 2021. 256 p. (In Russ.)
3. Lapteva E. S., Dyachkova-Gertseva D. S., Tsutsunava M. R. Medical and social patronage of the elderly population: status, problems. *Health care specialist*. 2020;(21):4—7. (In Russ.)
4. Targeted social patronage of families and children: scientific method. manual / ed. L. S. Alekseeva. Moscow; 2000. 160 p. (In Russ.)

Автор заявляет об отсутствии конфликта интересов.

The author declares no conflicts of interests.

Статья поступила в редакцию 25.04.2023; одобрена после рецензирования 06.06.2023; принята к публикации 07.11.2023.

The article was submitted 25.04.2023; approved after reviewing 06.06.2023; accepted for publication 07.11.2023.

Научная статья

УДК: 617.7—053.2-084:614.2(571.56)

doi:10.32687/1561-5936-2023-27-4-316-318

**Болезни глаз у детей и подростков в Республике Саха (Якутия):
клинико-эпидемиологическая характеристика**

*Иван Петрович Луцкан¹, Надежда Валерьевна Саввина², Ольга Анатольевна Вихрева³,
Татьяна Егоровна Бурцева⁴*

¹Якутская республиканская офтальмологическая клиническая больница, Якутск, Россия;

^{1–4}Северо-Восточный федеральный университет им. М. К. Аммосова, Якутск, Россия

¹lutskan@mail.ru, <https://orcid.org/0000-0003-3440-1534>

²nadvsavvina@mail.ru, <https://orcid.org/0000-0003-2441-6193>

³ovixreva@mail.ru, <https://orcid.org/0009-0004-0695-2464>

⁴bourtsevat@yandex.ru, <https://orcid.org/0000-0002-5490-2072>

Аннотация. В статье представлен анализ показателей общей заболеваемости детей и подростков болезнями глаз и его придаточного аппарата, проанализированы результаты углублённых медицинских осмотров офтальмологами школьников г. Якутска Республики Саха (Якутия). За исследуемый период показано некоторое повышение показателя общей заболеваемости болезнями глаз и придаточного аппарата у подростков, повышение общей заболеваемости детей и подростков миопией и астигматизмом, а также выявлена высокая доля детей и подростков с болезнями глаз в г. Якутске по данным целевого медицинского осмотра. Полученные результаты еще раз подтверждают популяционную значимость данной патологии у детей и подростков, что позволит пересмотреть организацию офтальмологической помощи в регионе с учётом возможностей коррекции.

Ключевые слова: миопия; дети; подростки; Якутия; профилактика; лечение

Для цитирования: Луцкан И. П., Саввина Н. В., Вихрева О. А., Бурцева Т. Е. Болезни глаз у детей и подростков в Республике Саха (Якутия): клинико-эпидемиологическая характеристика // Ремедиум. 2023. Т. 27, № 4. С. 316–318. doi:10.32687/1561-5936-2023-27-4-316-318

Original article

Eye diseases in children in the Republic of Sakha (Yakutia): clinical and epidemiological characteristics

Ivan P. Lutskan¹, Nadezhda V. Savvina², Olga A. Vikhрева³, Tatiana E. Burtseva⁴

¹Yakutsk Republican Ophthalmological Clinical Hospital, Yakutsk, Russia;»

^{2–4}Northeastern Federal University named after M. K. Ammosov, Yakutsk, Russia

¹lutskan@mail.ru, <https://orcid.org/0000-0003-3440-1534>

²nadvsavvina@mail.ru, <https://orcid.org/0000-0003-2441-6193>

³ovixreva@mail.ru, <https://orcid.org/0009-0004-0695-2464>

⁴bourtsevat@yandex.ru, <https://orcid.org/0000-0002-5490-2072>

Annotation. The article presents an analysis of the indicators of the general morbidity of children and adolescents with diseases of the eye and its accessory apparatus, analyzes the results of in-depth medical examinations by ophthalmologists of schoolchildren in Yakutsk of the Republic of Sakha (Yakutia). During the study period, a slight increase in the overall incidence of eye diseases and appendage apparatus in adolescents was shown, an increase in the overall incidence of myopia and astigmatism in children and adolescents, and a high proportion of children and adolescents with eye diseases in Yakutsk was revealed according to the target medical examination. The results obtained once again confirm the population significance of this pathology in children and adolescents, which will allow us to revise the organization of ophthalmological care in the region, taking into account the possibilities of correction.

Key words: myopia; children; adolescents; Yakutia; prevention; treatment

For citation: Lutskan I. P., Savvina N. V., Vikhрева O. A., Burtseva T. E. Eye diseases in children and adolescents in the Republic of Sakha (Yakutia): clinical and epidemiological characteristics. *Remedium*. 2023;27(4):316–318. (In Russ.). doi:10.32687/1561-5936-2023-27-4-316-318

Введение

В доступной литературе весьма вариабельны показатели первичной и общей заболеваемости болезней глаз у детей как в России, так и в мире [1–3]. По данным ряда авторов, при популяционных исследованиях с использованием автоматизированных систем профилактических медицинских осмотров у школьников болезни глаз занимают всегда лидирующие позиции и являются популяционно-значи-

мой патологией, которая требует диагностических, лечебных и профилактических мероприятий [4, 5]. Оценка реальной картины масштабов поражения болезнями глаз детей и подростков позволила бы существенно улучшить организацию профилактических и лечебных мероприятий, поскольку есть возможности коррекции и лечения. Эта проблема особенно актуальна в регионах арктической зоны России ввиду того, что в отдалённых и труднодоступных населённых пунктах, да и в центральных район-

ных больницах не предусмотрены ставки офтальмологов, а тем более детских офтальмологов [6]. При этом, по данным официальной статистики за последние годы, по всем регионам России отмечается повышение показателей первичной и общей заболеваемости детей и подростков болезнями глаз и его придаточного аппарата. А результаты фрагментарных целевых медицинских осмотров детского населения офтальмологами подтверждают высокую долю детей и подростков с болезнями глаз.

Цель работы: провести анализ общей заболеваемости и определить долю поражения детей и подростков болезнями глаз и его придатков в Республике Саха (Якутия) за 2016—2021 гг.

Материалы и методы

Проведён анализ целевого обследования офтальмологами в школах г. Якутска в 2021—2022 гг. с использованием диагностического оборудования. Всего обследовано 4818 детей и подростков.

Результаты

В динамике с 2016 по 2021 г. отмечается тенденция к снижению общей заболеваемости детского населения болезнями глаз и его придаточного аппарата. Так, в 2016 г. общая заболеваемость детского населения болезнями глаза и его придаточного аппарата составила 126,4 на 1000 населения, в 2021 г. — 121,7. В структуре общей заболеваемости наиболее высоки показатели миопии и астигматизма (табл. 1).

У подростков общая заболеваемость болезнями глаз и его придаточного аппарата в динамике повысилась с 211,6 до 231,4 на 100 тыс. населения (табл. 2). В структуре общей заболеваемости наиболее высокие показатели — у миопии и астигматизма.

Доля детей и подростков с болезнями глаз в Якутске по возрастам при целевом профилактическом медицинском осмотре с использованием диагностического оборудования представляет широ-

Таблица 1

Общая заболеваемость детского населения (0—14 лет) болезнями глаз и его придаточного аппарата в Республике Саха (Якутия)

Болезни глаза и его придаточного аппарата	На 1000 населения					
	2016 г.	2017 г.	2018 г.	2019 г.	2020 г.	2021 г.
Всего	126,4	116,2	98,0	116,7	96,4	121,7
Миопия	27,0	21,6	19,4	27,8	25,0	37,1
Конъюнктивит	29,4	30,1	30,6	28,0	17,3	17,4
Астигматизм	13,8	13,8	11,4	13,3	13,6	18,9

Таблица 2

Общая заболеваемость подросткового населения (15—17 лет) болезнями глаз и его придаточного аппарата в Республике Саха (Якутия)

Болезни глаза и его придаточного аппарата	На 1000 населения					
	2016 г.	2017 г.	2018 г.	2019 г.	2020 г.	2021 г.
Всего	211,6	189,6	143,4	171,6	154,2	231,4
Миопия	99,9	91,6	70,7	85,1	81,7	128,9
Астигматизм	20,2	18,7	16,5	18,9	16,2	26,4
Конъюнктивит	17,9	17,7	19,6	18,4	9,6	11,0

Таблица 3

Структура болезней глаз у детей и подростков Якутска по данным профилактических медицинских осмотров

Возраст	Количество обследованных	Снижено зрение		H52.1, %	H52.2, %	H52.5, %	Носит очки, %
		n	%				
7	489	333	68,1	14,1	16,8	37,5	28,5
8	503	368	73,2	18,2	14,4	35,1	33,2
9	452	356	78,8	23,9	13,8	26,4	35,7
10	547	445	81,4	24,0	13,9	23,6	42,2
11	589	467	79,3	22,7	6,4	21,8	49,5
12	521	412	79,1	14,1	8,7	19,4	58,0
13	518	412	79,5	17,7	6,3	15,5	60,4
14	496	402	81,0	16,7	9,0	12,7	61,7
15	422	336	79,6	13,7	6,8	11,3	68,8
16	276	222	80,4	14,4	5,4	12,2	68,5

Таблица 4

Результаты корреляционного анализа патологии глаза у детей в зависимости от возраста

Диагноз	r	Уровень связи
Миопия (H52.1)	-0,549	Высокая отрицательная
Астигматизм (H52.2)	-0,903	Очень высокая отрицательная
Нарушение аккомодации (H52.5)	-0,977	Очень высокая отрицательная

кий диапазон — 68—81,9%, в среднем 80% (табл. 3), т. е. практически каждый ребенок имеет патологию зрения к завершению обучения в школе. В структуре болезней глаз и его придаточного аппарата у детей и подростков наиболее часто выявляются три основные патологии из группы нарушения рефракции и аккомодации: миопия (H52.1), астигматизм (H52.2), нарушение аккомодации (H52.5). В динамике с 7 до 17 лет повышается доля детей и подростков, которые носят очки и имеют их. Так, если в 7 лет данный показатель составил 28,5%, то к 17 годам — 81,9%.

Установлена высокая отрицательная корреляционная связь между возрастом ребёнка и миопией ($r = -0,549$), очень высокая отрицательная связь: между возрастом ребёнка и астигматизмом; возрастом ребёнка и нарушением аккомодации ($r = -0,903$; табл. 4). В более старших возрастных группах чаще выявляются миопия, астигматизм и нарушение аккомодации.

Заключение

Таким образом, целевое обследование детского населения Якутска на выявление болезней глаз и его придаточного аппарата с использованием диагностического оборудования показало реальную долю детей с данной патологией. Полученные результаты должны лечь в основу разработки региональных программ по организации офтальмологической помощи детскому населению в регионе арктической зоны России. В программе должны быть предусмотрены возможности донозологической диагностики на уровне центральных районных больниц и отдалённых населённых пунктов, организацию целевых профилактических осмотров детей и подростков офтальмологами с учётом офтальмологического профиля патологии ребёнка, а также организацию специализированной медицинской помощи и высо-

котехнологичной медицинской помощи в случае необходимости и массовую доступную коррекцию зрения.

ЛИТЕРАТУРА

1. Проскурина О. В., Маркова Е. Ю., Бржеский В. В. и др. Распространенность миопии у школьников некоторых регионов России // *Офтальмология*. 2018. Т. 15, № 3. С. 348—353.
2. Маркова Е. Ю., Пронько Н. А., Безмельницына Л. Ю. и др. К вопросу о школьной близорукости // *Офтальмология*. 2018. Т. 15, № 1. С. 87—91.
3. Мягков А. В., Поскребышева Ж. Н., Жабина О. А., Мягков Д. А. Эпидемиология миопии у детей Российской Федерации и анализ методов ее контроля // *The Eye*. 2021. Т. 23, № 2. С. 7—18.
4. Воронцов И. М., Шаповалов В. В. Опыт внедрения автоматизированных систем скринирующей диагностики АСПОН-Д в детское практическое здравоохранение // *Консилиум*. 2000. № 1. С. 40—42.
5. Евсеева С. А., Часнык В. Г., Бурцева Т. Е., Конторусова С. В. Результаты использования автоматизированной системы профилактических осмотров детей в г. Якутске // *Якутский медицинский журнал*. 2013. № 2. С. 88—90.

Вклад авторов: все авторы сделали эквивалентный вклад в подготовку публикации. Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

Contribution of the authors: the authors contributed equally to this article. The authors declare no conflicts of interests.

Статья поступила в редакцию 25.04.2023; одобрена после рецензирования 06.06.2023; принята к публикации 07.11.2023. The article was submitted 25.04.2023; approved after reviewing 06.06.2023; accepted for publication 07.11.2023.

6. Роменская И. В., Парамей О. В., Максимова Н. В. Охрана зрения детей в Республике Саха (Якутия) // *Российская педиатрическая офтальмология*. 2014. Т. 9, № 1. С. 61—63.

REFERENCES

1. Proskurina O. V., Markova E. Yu., Brzhesky V. V. et al. Prevalence of myopia in schoolchildren of some regions of Russia. *Ophthalmology*. 2018;15(3):348—353. (In Russ.)
2. Markova E. Yu., Pronko N. A., Bezmelnitsyna L. Yu. et al. On the issue of school myopia. *Ophthalmology*. 2018;15(1):87—91. (In Russ.)
3. Myagkov A. V., Poskrebysheva Zh.N., Zhabina O. A., Myagkov D. A. Epidemiology of myopia in children of the Russian Federation and analysis of methods of its control. *The Eye*. 2021;23(2):7—18. (In Russ.)
4. Vorontsov I. M., Shapovalov V. V. Experience of introduction of automated systems of screening diagnostics ASPON-D in children's practical healthcare. *Concilium*. 2000;(1):40—42. (In Russ.)
5. Evseeva S. A., Chasnyk V. G., Burtseva T. E., Kontorusova S. V. Results of using an automated system of preventive examinations of children in Yakutsk. *Yakut Medical Journal*. 2013;(2):88—90. (In Russ.)
6. Romenskaya I. V., Paramey O. V., Maksimova N. V. Protection of children's vision in the Republic of Sakha (Yakutia). *Russian pediatric ophthalmology*. 2014;9(1):61—63. (In Russ.)

Научная статья

УДК 614.4; 614.2

doi:10.32687/1561-5936-2023-27-4-319-324

Характеристика структуры прибывших иностранных граждан в Республику Татарстан

Искандэр Кагапович Минуллин¹, Гузель Гакильевна Вафина²,
Евгения Владимировна Бильдюк³, Ирина Владимировна Гарифуллина⁴,
Светлана Александровна Бычкова⁵, Жанна Григорьевна Еремеева⁶

^{1–6}Республиканский клинический кожно-венерологический диспансер имени профессора А. Г. Ге, Казань, Россия;

^{2–3}Казанский федеральный университет, Казань, Россия;

⁶Казанский государственный медицинский университет, Казань, Россия

¹rkkvd@tatar.ru, <https://orcid.org/0000-0003-3005-9938>

²g.vafina@tatar.ru, <https://orcid.org/0000-0002-7245-2650>

³zhenya-kazan@mail.ru, <https://orcid.org/0000-0001-9069-7718>

⁴irina.garifullina@tatar.ru, <https://orcid.org/0009-0006-5094-5944>

⁵s.bychkova@tatar.ru, <https://orcid.org/0009-0007-9311-5497>

⁶z.eremeeva@tatar.ru, <https://orcid.org/0000-0003-2711-0624>

Аннотация. Введение. Согласно требованиям нормативно-правовых документов иностранные лица по прибытии в страну в строго отведённые сроки должны пройти медицинское освидетельствование на базе организаций, имеющих лицензию на данный вид деятельности и быть уполномоченными в проведении обязательного медицинского освидетельствования иностранных граждан. В Казани на базе ГАУЗ «Республиканский клинический кожно-венерологический диспансер Министерства здравоохранения Республики Татарстан имени профессора А. Г. Ге» (ГАУЗ «РККВД») в целях качественного и оперативного проведения медицинского освидетельствования иностранных граждан организовано отделение, функционирующее в режиме «единого окна», при обращении в которое иностранные граждане могут получить медицинское заключение на основании результатов лабораторно-диагностических исследований, осмотров врачей-специалистов.

Цель работы — представить характеристику структуры прибывших иностранных граждан в Республику Татарстан на основании данных (по гендерному принципу, возрасту, цели прибытия и странам, откуда прибыли обратившиеся) по иностранным гражданам, прошедшим медицинское освидетельствование в кожно-венерологическом диспансере города Казани за 2018—2022 гг.

Материалы и методы. В ходе исследования был проведён сравнительный анализ нормативных документов, регламентирующих вопросы медицинского освидетельствования иностранных граждан. Проанализированы данные (по гендерному принципу, возрасту, цели прибытия и странам, откуда прибыли обратившиеся) из государственной информационной системы «Электронное здравоохранение Республики Татарстан» (ГИС «ЭЗ» РТ) по иностранным гражданам, прошедшим медицинское освидетельствование в Казани за 2018—2022 гг. на базе ГАУЗ «РККВД». Проведён анализ структуры прибывших иностранных граждан по гендерному принципу, возрасту, цели прибытия и странам, откуда прибыли обратившиеся.

Результаты. Несмотря на пандемию COVID-19 ежегодный поток иностранных граждан в РТ не прекращался: за 2018—2022 гг. на базе ГАУЗ «РККВД» прошли медицинское освидетельствование 38 179 человек, из которых 78% составили мужчины. Преобладающими возрастными группами как среди женщин ($n = 8539$), так и среди мужчин ($n = 29\ 640$) за 5-летний период были лица 18—29 лет (55 и 53% соответственно) и 30—39 лет (16 и 24% соответственно). Значительную долю прибывших иностранных граждан составили трудовые мигранты (32%), студенты (26%) и лица, оформляющие вид на жительство (19%), 21% лиц не указали цель прибытия, беженцы составили всего 2%. Трудовые мигранты и лица, оформляющие вид на жительство, — в основном это представители Узбекистана и Таджикистана. Студенты приезжали из Туркмении (17,8%), Китая (13,2%), Египта (10,6%), Ирана (7,9%), Казахстана (7,4%), Индии (7,3%) и других стран. В 2022 г. наблюдается резкий рост (в 130 раз) числа студентов (9947 человек), по сравнению с 2021 г. (76 человек) и предшествующими годами, что связано с внесением дополнений в нормативно-правовую документацию требований по обязательному прохождению медицинского освидетельствования лиц, прибывших в страну на срок свыше 90 дней, под категорию которых попадают студенты.

Ключевые слова: иностранный гражданин; мигрант; студент; освидетельствование

Для цитирования: Минуллин И. К., Вафина Г. Г., Бильдюк Е. В., Гарифуллина И. В., Бычкова С. А., Еремеева Ж. Г. Характеристика структуры прибывших иностранных граждан в Республику Татарстан // Ремедиум. 2023. Т. 27, № 4. С. 319—324. doi:10.32687/1561-5936-2023-27-4-319-324

Original article

Characteristics of the structure of arriving foreign citizens in the Republic of TatarstanIskander K. Minullin¹, Guzel G. Vafina², Evgenia V. Bilydyuk³, Irina V. Garifullina⁴, Svetlana A. Bychkova⁵, Zhanna G. Ereemeeva⁶^{1–6}Republican Clinical Dermatovenerologic Center named after Professor A. G. Ge, Kazan, Russia;^{2–3}Kazan (Volga region) Federal University, Kazan, Russia;⁶Kazan State Medical University, Kazan, Russia¹rkkvd@tatar.ru, <https://orcid.org/0000-0003-3005-9938>²g.vafina@tatar.ru, <https://orcid.org/0000-0002-7245-2650>³zhenya-kazan@mail.ru, <https://orcid.org/0000-0001-9069-7718>⁴irina.garifullina@tatar.ru, <https://orcid.org/0009-0006-5094-5944>⁵s.bychkova@tatar.ru, <https://orcid.org/0009-0007-9311-5497>⁶z.eremeeva@tatar.ru, <https://orcid.org/0000-0003-2711-0624>

Annotation. Introduction. According to the requirements of legal documents, foreign persons upon arrival in the country within a strictly allotted time must undergo a medical examination on the basis of organizations licensed for this type of activity and be authorized to conduct a mandatory medical examination of foreign citizens. In Kazan, on the basis of the dermatovenerological dispensary, in order to conduct a high-quality and prompt medical examination of foreign citizens, a department was organized, operating in the «single window» mode, upon contacting which foreign citizens can obtain a medical opinion based on the results of laboratory diagnostic tests, examinations by medical specialists.

The aim of our research is characteristics of the structure of arriving foreign citizens in the Republic of Tatarstan based on data on foreign citizens who underwent a medical examination in the dermatovenerological dispensary of the city of Kazan for 2018—2022.

Materials and methods. In the course of the study, a comparative analysis of the normative documents regulating the issues of medical examination of foreign citizens was carried out. Data from the state information (by geographical principles, age, directions and countries from which the converts originated) system «Electronic Health of the Republic of Tatarstan» on foreign citizens who underwent a medical examination in Kazan for 2018—2022 were analyzed on the basis of the State Autonomous Healthcare Institution «Republican Clinical Dermatovenerological Dispensary of the Ministry of Health of the Republic of Tatarstan named after Professor A. G. Ge. The analysis of the structure of arrived foreign citizens by gender, age, purpose of arrival and countries of origin of the applicants was carried out. The data were processed using Microsoft Excel (USA) and StatTech (Russia).

Results. Despite the COVID-19 pandemic, the annual flow of foreign citizens to the Republic of Tatarstan did not stop: in 2018—2022. On the basis of the dermatovenerological dispensary of the city of Kazan, 38,179 people underwent a medical examination, of which 78% were men. The predominant age groups among both women ($n = 8539$) and men ($n = 29,640$) over a 5-year period were 18—29 years old (55% and 53% respectively) and 30—39 years old (16% and 24% respectively). A significant proportion of foreign citizens who arrived were labor migrants (32%), students (26%) and persons applying for a residence permit (19%), 21% of persons did not indicate the purpose of their arrival, refugees accounted for only 2%. Labor migrants and persons applying for residence permits were mainly representatives from Uzbekistan and Tajikistan. Students came from Turkmenistan 17.8%, China 13.2%, Egypt 10.6%, Iran 7.9%, Kazakhstan 7.4%, India 7.3% and other countries. In 2022, there is a sharp increase (by 130 times) in the number of students (9947 people), compared to 2021 (76 people) and previous years, which is associated with the introduction of additions to the legal documentation of the requirements for mandatory medical examination by students.

Key words: *foreign citizen; migrant; student; examination*

For citation: Minullin I. K., Vafina G. G., Bilydyuk E. V., Garifullina I. V., Bychkova S. A., Ereemeeva Zh. G. Characteristics of the structure of foreign citizens arriving in the Republic of Tatarstan. *Remedium*. 2023;27(4):319–324. (In Russ.). doi:10.32687/1561-5936-2023-27-4-319-324

Введение

Республика Татарстан (РТ) — субъект Российской Федерации, входящий в состав Приволжского федерального округа. РТ состоит из 43 муниципальных районов и 2 городских округов (Казань и Набережные Челны). Территория РТ имеет общие границы с Башкортостаном, Марий Эл, Чувашией и Удмуртией, Кировской, Оренбургской, Самарской и Ульяновской областями. Границ с иностранными государствами Татарстан не имеет.

Численность населения РТ, по официальным данным Росстата, на конец 2022 г. составляет 4 001 941 человек, плотность населения — 58,98 чел./км² [1].

В РТ проживают представители 115 национальностей, главным образом татары и русские. Численность татар составляет чуть более половины населения РТ (53,2% на 2010 г.). На 2-м месте по численности в населении РТ располагаются русские (39,7% на 2010 г.). За 21 год (межпереписной период с 1989 по 2010 г.) численность татар в РТ увеличилась на 247 167 человек, а численность русских, наоборот,

сократилась на 73 992 человека, количество азербайджанцев и армян увеличилось почти в 3 раза, узбеков — почти в 4 раза, а таджиков — почти в 8 раз [1]. Прирост населения в РТ связан преимущественно с миграционными процессами.

Мигранты — люди, совершающие переселение из одного региона (государства) в другой, в ряде случаев большими группами и на большие расстояния [2]. Иностранцы представлены огромной группой населения: трудовыми мигрантами, беженцами, лицами, получающими разрешение на временное пребывание, вид на жительство и иностранными студентами.

Трудовой мигрант — лицо (трудоустроенный), работающее на основании трудового договора или гражданско-правового договора на выполнение работ (оказание услуг) в стране, гражданином которой не является¹.

Вид на жительство — документ, подтверждающий право на долгосрочное проживание на терри-

¹ Федеральный закон от 25.07.2002 № 115-ФЗ «О правовом положении иностранных граждан в Российской Федерации».

тории государства лица, не являющегося гражданином данного государства — то есть иностранного гражданина либо лица без гражданства.

Беженцы — лица, покинувшие страну, в которой они постоянно проживали, в силу чрезвычайных обстоятельств.

Студенты — лица, которые пребывают в другую страну для обучения в высших учебных заведениях.

Согласно требованиям нормативно-правовых документов, иностранные лица по прибытии в страну в строго отведённые сроки должны пройти медицинское освидетельствование на базе организаций, имеющих лицензию на данный вид деятельности и быть уполномоченными в проведении обязательного медицинского освидетельствования иностранных граждан², по результатам которого им выдаётся бланк с заключением для разрешения на дальнейшее проживание и/или трудовую деятельность на территории России. В связи с непрерывным потоком иностранцев в столицу РТ ввиду постоянного проведения на территории различных международных массовых мероприятий, большого числа трудовых мест, расположения крупных высших учебных заведений, целью исследования стало представить характеристику структуры прибывших в РТ иностранных граждан на основании данных по иностранным гражданам, прошедшим медицинское освидетельствование на базе государственного автономного учреждения здравоохранения «Республиканский клинический кожно-венерологический диспансер Министерства здравоохранения Республики Татарстан имени профессора А. Г. Ге (ГАУЗ «РККВД») за 2018—2022 гг.

Материалы и методы

В ходе исследования был проведён сравнительный анализ нормативных документов, регламентирующих вопросы медицинского освидетельствования иностранных граждан. Проанализированы дан-

² Федеральный закон от 01.07.2021 № 274-ФЗ «О внесении изменений в Федеральный закон «О правовом положении иностранных граждан в Российской Федерации» и Федеральный закон от 25.07.1998 № 128-ФЗ «О государственной дактилоскопической регистрации в РФ».

ные (по гендерному принципу, возрасту, цели прибытия и странам, откуда прибыли обратившиеся) из государственной информационной системы «Электронное здравоохранение Республики Татарстан» (ГИС «ЭЗ» РТ) по иностранным гражданам, прошедшим медицинское освидетельствование в Казани за 2018—2022 гг. на базе ГАУЗ «РККВД». Проведён анализ структуры прибывших иностранных граждан по гендерному принципу, возрасту, цели прибытия и странам, откуда прибыли обратившиеся.

Данные обработаны в программах «Microsoft Excel» и «StatTech».

Результаты

В Казани на базе ГАУЗ «РККВД» в целях качественного и оперативного проведения медицинского освидетельствования иностранных граждан в 2010 г. организовано отделение, функционирующее в режиме «единого окна», при обращении в которое иностранные граждане могут получить медицинское заключение на основании результатов лабораторно-диагностических исследований, осмотров врачей-специалистов³.

За один визит иностранный гражданин может пройти все необходимые лабораторные исследования (анализы крови на наличие возбудителей ВИЧ-инфекции, сифилиса, лепры (по показаниям), пройти флюорографическое исследование, химико-токсикологическое исследование на употребление наркотических и психотропных веществ) и осмотры врачей-специалистов (фтизиатра, психиатра-нарколога, дерматовенеролога, инфекциониста) (рис. 1). После консультации и осмотра врача-терапевта трудовой мигрант должен привиться от кори⁴.

В соответствии с требованиями Приказа Министерства здравоохранения РФ от 19.11.2021 № 1079н все иностранные граждане в независимости от цели прибытия в обязательном порядке обследовались на наличие возбудителя новой коронавирусной инфекции путём ПЦР-диагностики, но с 01.03.2022 данное требование осталось обязательным только в отношении беженцев. С 2022 г. обязательным стало обследование на употребление наркотических и психотропных веществ.



Рис. 1. Схема движения иностранного гражданина при прохождении медицинского освидетельствования.

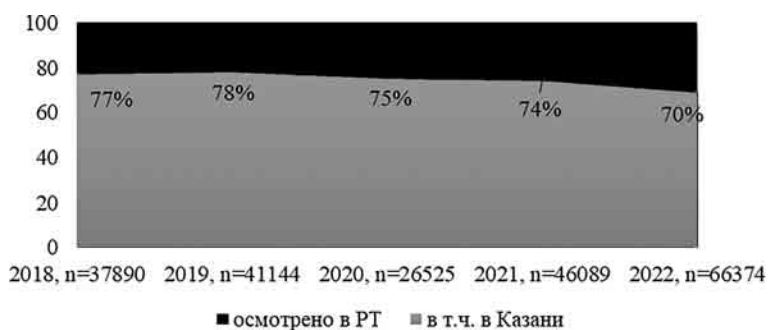


Рис. 2. Иностранцы, прошедшие медицинское освидетельствование в РТ за 2018—2022 гг. (абсолютные значения; %).

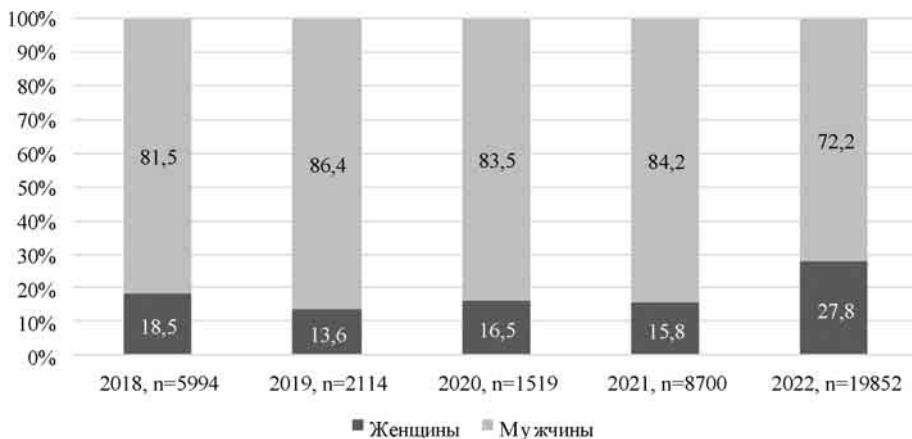


Рис. 3. Структура иностранных граждан, обратившихся в отделение медицинского освидетельствования иностранных граждан в кожно-венерологическом диспансере г. Казани за 2018—2022 гг., по гендерному признаку.

Несмотря на пандемию COVID-19, ежегодный поток иностранных граждан в РТ не прекращался, при этом свыше 70% лиц, прошедших медицинское освидетельствование, приходится на столицу РТ: если в 2020 г. в связи с ограничительными мероприятиями их было в 2 раза меньше по сравнению с

2019 г., то в 2022 г. отмечается наибольшее число за последние 10 лет (рис. 2).

Анализ официальных данных показал, что за 2018—2022 гг. на базе ГАУЗ «РКВД» в Казани прошли медицинское освидетельствование 38 179 человек, из которых 78% составили мужчины (рис. 3).

Среди обратившихся иностранных граждан присутствовали все возрастные категории; преобладающими группами как среди женщин, так и среди мужчин были лица в возрасте 18—29 и 30—39 лет (рис. 4, 5), при этом данная тенденция наблюдалась на протяжении изучаемого периода. Вероятно, это можно объяснить тем, что чаще всего люди меняют место жительства в возрасте 18—25 лет — это возраст поступления в высшие учебные заведения, формирования новых семей, начала/продолжения трудовой деятельности. В меньшей степени мигрируют люди в возрасте старше 50 лет: они чаще испытывают трудности, обусловленные иным менталитетом и другой культурой, языковым барьером, низкой коммуникативной компетентностью, невысоким уровнем образования, труднодоступностью медицинской помощи в другой стране.

Значительная доля прибывших иностранных граждан за 2018—2022 гг. при обращении в «единое окно» 32% целью прибытия отметили трудовую деятельность, 26% — поступление/обучение в высших учебных заведениях, 19% обратившихся лиц оформляли вид на жительство, у 21% — цель прибытия на момент медицинского освидетельствования не установлена (не указана в документации), на долю беженцев за анализируемый период приходилось всего 2% (рис. 6, 7).

В 2022 г. наблюдается резкий рост (в 130 раз) числа студентов (9947 человек), по сравнению с 2021 г. (76 человек) и предшествующими годами, что связано с внесением изменений в законодательную базу по миграционному учёту, согласно которой лица, прибывшие в страну на срок свыше 90 дней, также должны проходить медицинское освидетельствование: к этой группе относятся иностранные студенты. РТ привлекает молодежь ввиду расположения в столице крупных вузов с различными направлениями обучения в медицине, ветеринарии, машино- и авиастроении, химии и нефтехимии, агропромышленности, строительстве и других

³ Приказ Министерства здравоохранения РФ от 19.11.2021 № 1079н «Об утверждении Порядка проведения медицинского освидетельствования, включая проведение химико-токсикологических исследований наличия в организме иностранного гражданина или лица без гражданства наркотических средств или психотропных веществ либо новых потенциально опасных психоактивных веществ и их метаболитов, на наличие или отсутствие у иностранного гражданина или лица без гражданства инфекционных заболеваний, представляющих опасность для окружающих, и заболевания, вызываемого вирусом иммунодефицита человека (ВИЧ-инфекции), формы бланка и срока действия медицинского заключения об отсутствии факта употребления наркотических средств или психотропных веществ без назначения врача либо новых потенциально опасных психоактивных веществ, а также формы, описания бланка и срока действия медицинского заключения о наличии (отсутствии) инфекционных заболеваний, представляющих опасность для окружающих»; Приказ Министерства здравоохранения РФ от 19.11.2021 № 1078н «Об утверждении Порядка обязательного медицинского освидетельствования лиц, получивших свидетельство о рассмотрении ходатайства о признании беженцем по существу, лиц, подавших заявление о предоставлении временного убежища на территории Российской Федерации, и прибывших с указанными лицами членов их семей»; Приказ Министерства здравоохранения РФ от 17.11.2021 № 1060н «Об утверждении требований к сертификату об отсутствии вируса иммунодефицита человека (ВИЧ-инфекции), предъявляемому иностранными гражданами и лицами без гражданства, прибывающими в Российскую Федерацию, формы, описания бланка и срока действия указанного сертификата».

⁴ Постановление главного государственного санитарного врача РФ от 07.11.2019 № 19 «Об иммунизации против кори трудовых мигрантов, временно пребывающих и проживающих на территории Российской Федерации»; Постановление главного государственного санитарного врача РФ от 08.02.2023 № 1 «О проведении подчищающей иммунизации против кори на территории Российской Федерации».

сферах с востребованными профессиями и возможным гарантированным трудоустройством выпускников по их возвращении/или по месту учебы.

Рассматривая каждую группу лиц с разной целью прибытия установлено, что в группе беженцев основная доля приходится на лиц, прибывших из Украины (90,6%) и Афганистана (7,8%). Лица, оформляющие вид на жительство, в основном представлены иностранными гражданами из Узбекистана (47,2%) и Таджикистана (23%). Трудовые мигранты также прибывают из Узбекистана (71,5%) и Таджикистана (19,7%) ввиду безработицы и низкого уровня доходов. Так и по данным 2017 г., большинство граждан, въехавших на территорию России для получения постоянного проживания, составляют граждане СНГ [3]. В 2021 г. в России 91% патентов (89% в 2020 г.) были оформлены на мигрантов из Узбекистана и Таджикистана [4]. Татарстан, как один из экономически развитых регионов, является привлекательным именно для трудовых мигрантов, которые реализуют себя преимущественно в строительстве (64,0—75,5%), торговле (9,9—15,5%), транспортной сфере (1,9—7,6%) [5].

Другая многочисленная группа — иностранные студенты: представители разных стран, самыми многочисленными являются студенты из Туркмении (17,8%), Китая (13,2%), Египта (10,6%), Ирана (7,9%), Казахстана (7,4%) и Индии (7,3%). Иностранные студенты из Египта и Индии — преимущественно студенты медицинского университета (42 и 80,2% соответственно). Студенты из Ирана (86,5%), Китая (75%), Туркмении (56,8%), Казахстана (36%) — это обучающиеся в Казанском федеральном университете.

Обсуждение

Несмотря на пандемию COVID-19, ежегодный поток иностранных граждан в РТ не прекращался: за 2018—2022 гг. на базе ГАУЗ «РККВД» прошли медицинское освидетельствование 38 179 человек, из которых 78% составили мужчины.

Преобладающими возрастными группами, как среди женщин ($n = 8539$), так и мужчин ($n = 29\ 640$) за 5-летний период были лица 18—29 лет (55 и 53% соответственно) и 30—39 лет (16 и 24% соответственно).

Значительную долю прибывших иностранных граждан составили трудовые мигранты (32%), студенты (26%) и лица, оформляющие вид на жительство (19%), 21% лиц не указали цель прибытия, беженцы составили всего 2%.

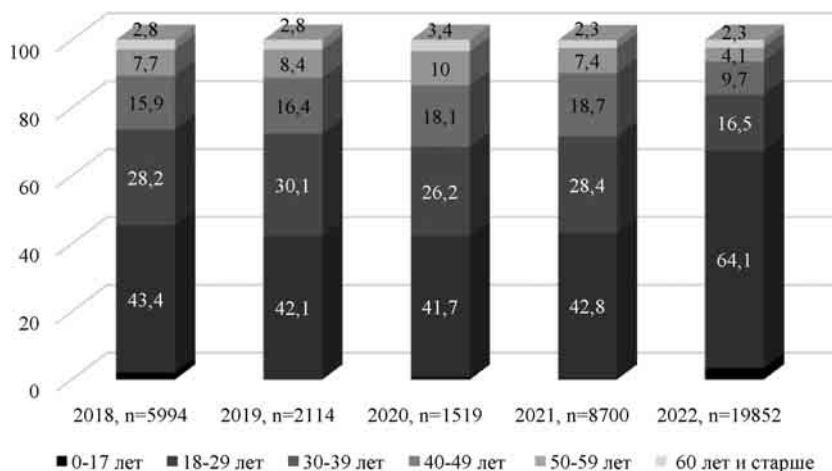


Рис. 4. Возрастная структура иностранных граждан, прошедших медицинское освидетельствование в кожно-венерологическом диспансере Казани за 2018—2022 гг., %.



Рис. 5. Возрастная структура иностранных граждан (мужчин и женщин), прошедших медицинское освидетельствование в кожно-венерологическом диспансере Казани, за 2018—2022 гг., %.

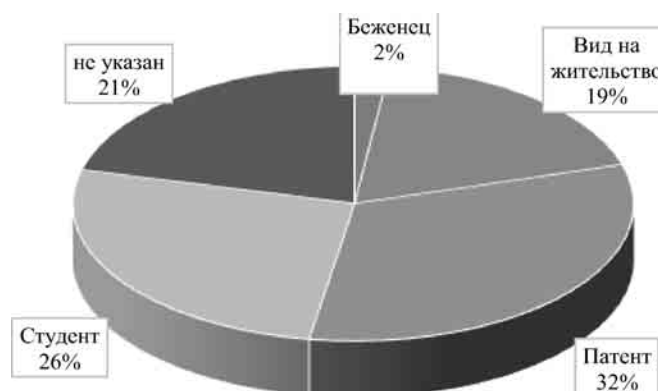


Рис. 6. Структура иностранных граждан в зависимости от цели прибытия за период 2018—2022 гг. ($n = 38\ 179$), %.

Трудовые мигранты и лица, оформляющие вид на жительство, — в основном это были представители из Узбекистана (71,5 и 47,2% соответственно) и Таджикистана (19,7 и 23% соответственно). Студенты приезжали из Туркмении (17,8%), Китая (13,2%), Египта (10,6%), Ирана (7,9%), Казахстана (7,4%), Индии (7,3%) и других стран.

В 2022 г. наблюдался резкий рост (в 130 раз) числа студентов (9947 человек), по сравнению с 2021 г. (76 человек) и предшествующими годами, что связано с внесением дополнений в нормативно-право-

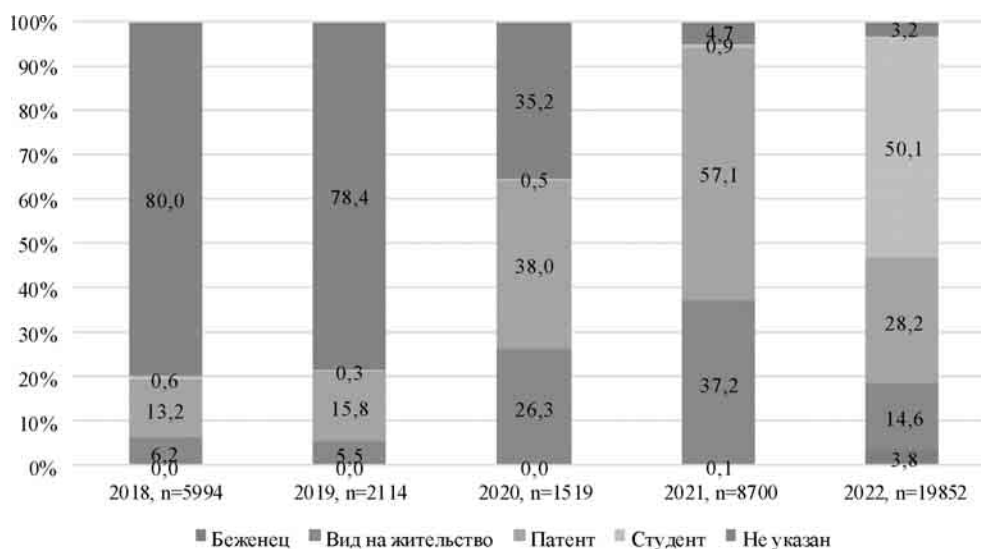


Рис. 7. Структура иностранных граждан в зависимости от цели прибытия в динамике за 2018—2022 гг., %.

вую документацию требований по обязательному прохождению студентами медицинского освидетельствования.

Заключение

За анализируемый период 2018—2022 гг. установлено, что среди иностранных граждан, прошедших медицинское освидетельствование на базе ГАУЗ «РККВД», 78% составили мужчины. Преобладающими возрастными группами были лица 18—39 лет, как среди женщин, так и среди мужчин. Значительную долю прибывших иностранных граждан составили трудовые мигранты, прибывшие преимущественно из Узбекистана и Таджикистана. Студенты приезжали в основном из Туркменистана, Китая и Египта. В 2022 г. наблюдался резкий рост числа студентов по сравнению с 2021 г.

ГАУЗ «РККВД» уполномочен в проведении обязательного медицинского освидетельствования иностранных граждан в РТ согласно Постановлению Кабинета Министров РТ от 13.06.2018 № 469⁵, что позволяет в случае подозрения/выявления у иностранного гражданина инфекционного заболевания своевременно провести полный спектр противоэпидемических мероприятий. Сам иностранный гражданин получает возможность получения дополнительного всестороннего обследования с консультацией профильных специалистов и назначением соответствующего лечения. В отделении

проводится санитарно-просветительская работа по профилактике инфекционных болезней, при необходимости консультации с оказанием медицинской, социальной и юридической помощи.

ЛИТЕРАТУРА

1. Численность и размещение населения Республики Татарстан: Статистический сборник по итогам Всероссийской переписи населения 2020 года. Казань; 2022. Т. 1.
2. Плюгина И. В. Понятие мигранта и основные категории мигрантов // Журнал российского права. 2007. № 8. С. 107—115.
3. Айдинова Д. Х. М. Миграция: состояние и динамика развития в России и КЧР // Алиевские чтения: Материалы научной сессии. Карачаевск, 16—20 апреля 2020 г. Карачаевск; 2020. С. 227—233.
4. Толмачева А. Ю. Семьи мигрантов из постсоветских государств: между родиной и Россией // Вестник Института социологии. 2022. Т. 13, № 3. С. 49—69. DOI: 10.19181/vis.2022.13.3.830
5. Менделевич Б. Д., Таишева Л. А., Валиева А. З. Медико-социальные проблемы трудовой миграции в Республике Татарстан и пути их решения // Здоровье населения и среда обитания. 2011. № 7. С. 4—7.

REFERENCES

1. Number and distribution of the population of the Republic of Tatarstan: Statistical compendium based on the results of the All-Russian population census in 2020. Kazan; 2022: 1.
2. Plyugina I. V. The concept of a migrant and the main categories of migrants. *Journal of Russian Law*. 2007;(8):107—115. (In Russ.)
3. Aidinova D. Kh. M. Migration: the state and dynamics of development in Russia and the KChR. In: Aliyev readings: Materials of the scientific session. Karachaevsk, April 16—20, 2020. Karachaevsk; 2020:227—233. (In Russ.)
4. Tolmacheva A. Yu. Families of migrants from the post-Soviet states: between the motherland and Russia. *Bulletin of the Institute of Sociology*. 2022;13(3):49—69. (In Russ.) DOI: 10.19181/vis.2022.13.3.830
5. Mendeleovich B. D., Taisheva L. A., Valieva A. Z. Medical and social problems of labor migration in the Republic of Tatarstan and ways to solve them. *Public Health and Life Environment*. 2011;(7):4—7. (In Russ.)

⁵ Постановление Кабинета Министров Республики Татарстан от 13.06.2018 № 469 «Об организации проведения медицинского освидетельствования, в том числе по принципу «единого окна», иностранных граждан и лиц без гражданства, прибывших в Российскую Федерацию, для получения разрешения на временное проживание, или вида на жительство, или разрешения на работу либо получения (переоформления) патента в Республике Татарстан».

Вклад авторов: все авторы сделали эквивалентный вклад в подготовку публикации. Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

Contribution of the authors: the authors contributed equally to this article. The authors declare no conflicts of interests.

Статья поступила в редакцию 25.04.2023; одобрена после рецензирования 06.06.2023; принята к публикации 07.11.2023. The article was submitted 25.04.2023; approved after reviewing 06.06.2023; accepted for publication 07.11.2023.

В фокусе внимания — частный сектор здравоохранения

Научная статья

УДК 316.4

doi:10.32687/1561-5936-2023-27-4-325-332

Совершенствование деятельности частных медицинских организаций под влиянием современных тенденций развития здравоохранения

Александр Борисович Зудин¹, Юлия Юрьевна Снегирева^{2✉}, Полина Игоревна Ананченкова³, Анастасия Вячеславовна Метельская⁴

^{1–2}Национальный научно-исследовательский институт общественного здоровья имени Н. А. Семашко, г. Москва, Российская Федерация;

^{3,4}Научно-исследовательский институт организации здравоохранения и медицинского менеджмента, Москва, Россия

¹zudin-ab@yandex.ru, <https://orcid.org/0000-0002-6966-5559>

²u.snegireva@mail.ru, <https://orcid.org/0009-0007-3355-2660>

³ananchenkova@yandex.ru, <https://orcid.org/0000-0003-3683-5168>

⁴syrgytianka@mail.ru, <https://orcid.org/0009-0005-9216-4065>

Аннотация. В статье исследуются состояние рынка частных медицинских услуг, проблемы, стоящие на пути развития коммерческого сектора рынка медицинских услуг, перспективы развития частных медицинских организаций в новых экономических и геополитических условиях. Происходящие в настоящее время экономические преобразования в жизни нашей страны отражаются на развитии рынка частных медицинских услуг, становясь испытанием в деятельности коммерческих медицинских организаций. В течение последних 2 лет происходит адаптация всех бизнес-структур к антироссийским санкциям и последствиям ограничительных мер в связи с пандемией COVID-19. Поэтому два направления решения проблем — налаживание партнёрских отношений для обеспечения материалами и оборудованием с дружественными странами и ликвидация последствий пандемии коронавируса — являются значимыми для развития частной медицины. Состояние здравоохранения и общественное здоровье выступают основными индикаторами, характеризующими качество жизни населения страны, социально-экономического развития государства и его положение в мировой экономике. Поэтому решение проблем здравоохранения является актуальной темой, которая активно обсуждается экспертами и участниками рынка медицинских услуг. В заключение сделан вывод о том, что в долгосрочной перспективе рынок частных медицинских услуг будет представлен умеренным количеством многопрофильных медицинских центров в премиальном ценовом сегменте и большим числом узкоспециализированных медицинских клиник.

Ключевые слова: здравоохранение; рынок медицинских услуг; государственно-частное партнерство; частные медицинские организации; медицинская помощь; «бережливые» технологии

Для цитирования: Зудин А. Б., Снегирева Ю. Ю., Ананченкова П. И., Метельская А. В. Совершенствование деятельности частных медицинских организаций под влиянием современных тенденций развития здравоохранения // Ремедиум. 2023. Т. 27, № 4. С. 325—332. doi:10.32687/1561-5936-2023-27-4-325-332

Focus on the private healthcare sector

Original article

Improving the activities of private medical organizations under the influence of modern trends in the development of healthcare

Aleksandr B. Zudin¹, Yulia Yu. Snegireva^{2✉}, Polina I. Ananchenkova³, Anastasiya V. Metelskaya⁴

^{1–3}N. A. Semashko National Research Institute of Public Health, Moscow, Russian Federation;

^{3,4}Scientific Research Institute of Healthcare Organization and Medical Management, Moscow, Russia

¹zudin-ab@yandex.ru, <https://orcid.org/0000-0002-6966-5559>

²u.snegireva@mail.ru, <https://orcid.org/0009-0007-3355-2660>

³ananchenkova@yandex.ru, <https://orcid.org/0000-0003-3683-5168>

⁴syrgytianka@mail.ru, <https://orcid.org/0009-0005-9216-4065>

Annotation. The article examines the state of the private medical services market at the present stage and examines the problems that stand in the way of the development of the commercial sector of the medical services market. The authors considers the prospects for the development of private medical organizations in new economic and geopolitical conditions. The economic transformations currently

taking place in the life of our country are reflected in the development of the private medical services market, becoming a test in the activities of commercial medical organizations. Over the past two years, all business structures have been adapting to anti-Russian sanctions and the consequences of restrictive measures in connection with the coronavirus pandemic. Therefore, these two areas of problems — establishing partnerships to provide materials and equipment with friendly countries and eliminating the consequences of the coronavirus pandemic — are significant for the development of private medicine in modern conditions. The state of public health and public health are the main indicators characterizing the level of quality of life of the population of the country, the socio-economic development of the state and its position in the world economy. Therefore, the solution of health problems is an urgent topic that is actively discussed by experts and participants in the medical services market. In conclusion, it is concluded that in the long term, the private medical services market will be represented by a moderate number of multidisciplinary medical centers in the premium price segment and a large number of highly specialized medical clinics. The purpose of this study is to consider modern problems and prospects for the development of private medical organizations.

Key words: *healthcare; medical services market; public-private partnership; private medical organizations; medical care; «lean» technologies*

For citation: Zudin A. B., Snegireva Yu. Yu., Ananchenkova P. I., Metelskaya A. V. Improving the activities of private medical organizations under the influence of modern trends in the development of healthcare. *Remedium*. 2023;27(4):325–332. (In Russ.). doi:10.32687/1561-5936-2023-27-4-325-332

Введение

Происходящие в настоящее время экономические преобразования в жизни нашей страны отражаются на развитии рынка частных медицинских услуг, становясь испытанием в деятельности коммерческих медицинских организаций. В течение последних 2 лет происходит адаптация всех бизнес-структур к антироссийским санкциям и последствиям ограничительных мер в связи с пандемией коронавирусной инфекции. Поэтому эти два направления проблем — налаживание партнёрских отношений для обеспечения материалами и оборудованием с дружественными странами и ликвидация последствий пандемии коронавируса — являются значимыми для развития частной медицины в современных условиях. Наибольшее влияние антироссийских санкций ощутили диагностические центры и медицинские клиники узкого профиля, оснащённые высокотехнологичным медицинским оборудованием, которые в большей степени зависят от зарубежных партнёров.

Состояние здравоохранения и общественное здоровье выступают основными индикаторами, характеризующими уровень качества жизни населения страны, социально-экономического развития государства и его положение в мировой экономике. Поэтому решение проблем здравоохранения является первоочередной задачей в обеспечении благополучия граждан.

В настоящее время функционируют следующие основные группы организационно-экономических моделей системы здравоохранения: государственно-бюджетная, социально-страховая и рыночная (частная). Отметим, что во многих странах рынок медицинских услуг развивается в форме государственно-частного партнерства.

При этом в одних исследованиях авторы указывают на целесообразность возрастания роли мер государственной поддержки в сфере здравоохранения, ряд других исследователей полагают, что развитие сектора частных медицинских услуг способствует созданию благоприятных условий для конкуренции в сфере оказания медицинских услуг, тем самым стимулируя повышение качества медицинской помощи, в том числе платных медицинских услуг, оказываемых в государственных медицинских структурах [1].

Тенденции мирового развития (глобализация рынков, цифровизация, особое внимание людей к своему здоровью, внедрение принципов «бережливого» производства) сопровождаются трансформационными процессами в поведении потребителей медицинских услуг. Глобализация в свою очередь способствует возрастанию влияния транснациональных корпораций, ведущих свою деятельность на рынке медицинских товаров и услуг, которые в своей деятельности ориентируются не только на удовлетворение потребностей потребителей медицинских товаров и услуг, но и на формирование безопасной среды обитания и духовного развития человека на основе гуманистических ценностей.

Целью данного исследования является рассмотрение современных проблем и перспектив развития частных медицинских организаций.

Материалы и методы

Исследование проблем и перспектив развития частных медицинских структур проведено с использованием работ отечественных экспертов в сфере здравоохранения [1–4], данных исследований рынка медицинских услуг, Росстата и материалов социологических опросов россиян¹, портала Ассоциации частных клиник² данных Всемирной организации здравоохранения³. Для оценки состояния рынка частных медицинских услуг на современном этапе и перспектив развития коммерческой медицины авторами учитывался индикатор — структура рынка платных медицинских услуг; в ходе исследования проведён сравнительный анализ показателей социологического опроса.

¹Тенденции и перспективы рынка коммерческой медицины, 14.12.2022. URL: <https://remedium.ru/news/tendentsii-i-perspektivy-rynka>; BusinesStat: объём медуслуг в России в 2022 году снизился на 6%. URL: <https://vadamec.ru/news/2023/04/28/businesstat-obem-meduslug-v-rossii-v-2022-godu-snizilsya-na-6>; Объём платных услуг населению. URL: <https://www.fedstat.ru/indicator/57788>; Государственная медицина: в погоне за качеством. URL: <https://wciom.ru/analytical-reviews/analiticheskiy-obzor/gosudarstvennaya-medicina-v-pogone-za-kachestvom> (дата обращения: 22.07.2023).

²Портал Ассоциации частных клиник. URL: <https://apcm.ru/news/news-all/berezhlyvie-meditsinskie-uchrezhdeniya-budut-sertifitsirovany/> (дата обращения: 22.07.2023)

³Результаты нового обследования показывают, что системы здравоохранения начинают восстанавливаться после пандемии. Всемирная организация здравоохранения. 02.05.2023. URL: <https://www.who.int/ru/news/item/02-05-2023-new-survey-results-show-health-systems-starting-to-recover-from-pandemic> (дата обращения: 22.07.2023).

Результаты

За последние 5 лет количество частных медицинских организаций и диагностических лабораторий на российском рынке медицинских услуг выросло более чем на 30% и, согласно данным исследования, проведённого аналитической группой экспертов «РБК. Исследования рынков», на июль 2022 г. составило около 10 тыс.⁴

Главным фактором, оказавшим влияние на развитие рынка частных медицинских услуг, послужило снижение доходов наших соотечественников. Так, около 40% участников исследования сообщили, что события 2022 г. негативно отразились на доходах: 19,2% отметили незначительное сокращение, 17,5% респондентов считают, что их доход значительно снизился, а 2,7% опрошенных полностью лишились заработка.

При этом следует отметить, что сегмент частной медицины более устойчив по сравнению с другими потребительскими рынками. Этот факт эксперты отмечают как в текущей кризисной ситуации, так и в период пандемии COVID-19⁵. Так, в 2020 г. на фоне распространения коронавирусной инфекции рынок частных медицинских услуг сократился лишь на 5%, стабилизировавшись в 2021 г. и показав тенденцию к росту на 26%, в 2022 г. темп роста снизился, но достиг показателя 12% (табл. 1), такая динамика лучше показателей большинства других рынков.

В период пандемии коронавирусной инфекции большинство потребителей медицинских услуг избегали посещать медицинские организации из-за высокого риска заражения COVID-19. Это обстоятельство особенно сильно сказалось на обращениях граждан за медицинской помощью в государственные организации системы здравоохранения, в которых проводились программы по профилактике и лечению COVID-19. Непереболевшее население опасалось контакта с возможными инфицированными посетителями и временно отказывалось от плановой бесплатной медицинской помощи.

Также многие государственные медицинские организации были перепрофилированы в ковидные госпитали, сотрудники которых экстренно проходили обучение и направлялись на борьбу с COVID-19. В связи с этой вынужденной мерой на некоторое время попасть к узким специалистам в рамках обязательного медицинского страхования (ОМС) стало невозможно.

Пандемия COVID-19 нанесла серьёзный ущерб и деятельности частных медицинских организаций: уже в апреле 2020 г. спрос на платную медицинскую помощь сократился в 2 раза. Многие наши соотечественники потеряли часть своих доходов или лишились работы, поэтому не смогли позволить себе лечиться на платной основе. Кроме того, даже посто-

⁴ Тенденции и перспективы рынка коммерческой медицины, 14.12.2022. URL: <https://remedium.ru/news/tendentsii-i-perspektivy-rynka>

⁵ BusinessStat: объём медуслуг в России в 2022 году снизился на 6%. URL: <https://vademec.ru/news/2023/04/28/businessstat-obem-meduslug-v-rossii-v-2022-godu-snizilsya-na-6> (дата обращения: 22.07.2023).

Таблица 1

Объём платных услуг и платных медицинских услуг населению*

Показатель	2019 г.	2020 г.	2021 г.	2022 г.	Январь—май 2023 г.
Платные услуги, всего, млн руб.	10 535	9294	11 370	12 919	5900
Изменение, % к предыдущему периоду	100	-12	+22	+14	—
Платные медицинские услуги, млн руб.	909	866	1092	1218	543
Изменение, % к предыдущему периоду	100	-5	+26	+12	—

* Объём платных услуг населению. URL: <https://www.fedstat.ru/indicator/57788> (дата обращения: 22.07.2023).

янные платежеспособные пациенты временно отказались посещать частные медицинские многопрофильные центры, которые предоставляли услуги диагностики (КТ и МРТ) для пациентов с выраженной симптоматикой COVID-19.

Локдаун активировал механизм отложенного спроса у пациентов с хроническими заболеваниями в ремиссии и с неострыми состояниями. Многие из таких больных отложили плановые и профилактические медицинские осмотры.

Тем не менее режим самоизоляции спровоцировал всплеск популярности услуг стоматологического, онкологического, гинекологического, психотерапевтического, психиатрического, неврологического, ревматологического и ортопедического профиля. К врачам-ортопедам стали обращаться пациенты пожилого возраста, у которых вследствие вынужденной самоизоляции и сокращения физической активности обострились хронические заболевания опорно-двигательного аппарата.

В текущих экономических условиях рынок частных медицинских услуг, на наш взгляд, продолжит свое развитие в роли дополнительного источника медицинской помощи для населения.

Сектор коммерческой медицины в ближайшей перспективе продолжит своё развитие за счёт следующих факторов:

- активное участие инвесторов в открытии новых многопрофильных медицинских центров;
- расширение деятельности провайдеров медицинских услуг в крупных городах;
- увеличение спектра предоставляемых услуг в действующих частных медицинских организациях;
- масштабирование сетей частных медицинских клиник, открытие филиалов на новых территориях;
- консолидация небольших участников рынка медицинских услуг с крупными сетевыми компаниями.

Сегодня, в условиях кризиса, владельцы федеральных медицинских сетей продолжают активное развитие филиальной сети и инвестируют в российский рынок медицинских услуг. Бизнесмены надеются на содействие государства и делают ставку на то, что вложенные средства окупятся за счёт расши-

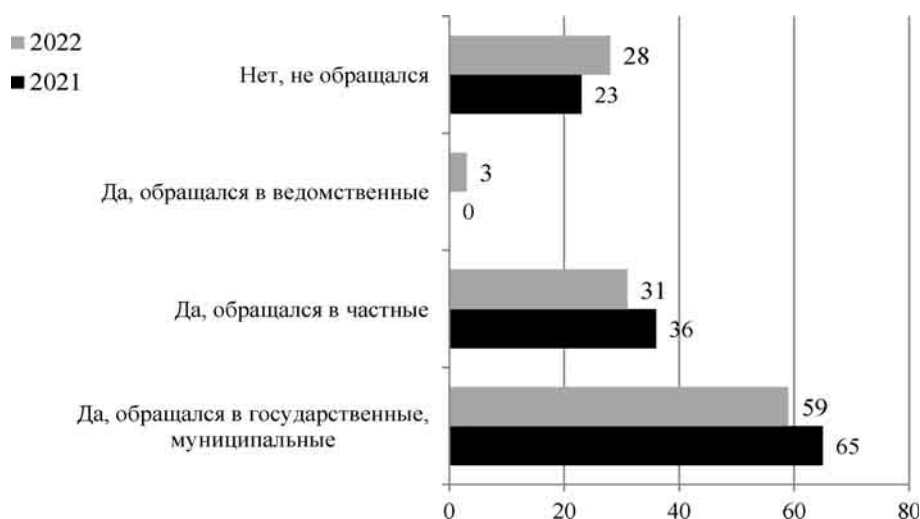


Рис. 1. Распределение ответов на вопрос: «Вы обращались или не обращались в течение последнего года в государственные, муниципальные, частные медицинские учреждения для получения медицинской помощи?» (закрытый вопрос, до 3 ответов, % от всех опрошенных).

Источник: Государственная медицина: в погоне за качеством. URL: <https://wciom.ru/analytical-reviews/analiticheskii-obzor/gosudarstvennaja-medicina-v-pogone-za-kachestvom> (дата обращения: 22.07.2023).

рения деятельности в системе ОМС в рамках увеличения количества квот и снижения тарифов со стороны государства. Сегодня интеграционное взаимодействие медицинских организаций различной формы собственности и механизмы государственно-частного партнерства набирают популярность со стороны бизнеса, в том числе на рынке медицинских услуг.

Тенденция к слиянию небольших частных медицинских структур с федеральными медицинскими организациями формируется в связи с тем, что одиночным клиникам сегодня всё сложнее конкурировать с сетевыми медицинскими организациями в условиях цифровизации и возрастания роли Интернет-ресурсов в формировании потребительских предпочтений на основе публикуемых отзывов о медицинских организациях и специалистах.

В рамках исследования тенденций сектора частной медицины заслуживает особого внимания развитие телемедицины, когда пациенты имеют возможность получать многие виды врачебной помощи дистанционным способом. Перечень заболеваний, которые не требуют очной встречи с медицинским специалистом, достаточно обширный, пациенты имеют возможность проконсультироваться у специалиста, которого нет в медицинских организациях по месту жительства пациента, либо услышать второе мнение у специалиста высшей категории из крупных медицинских центров с хорошей репутацией.

Постоянное устойчивое развитие рынка частных медицинских услуг происходит ещё за счёт укрепления конкурентных преимуществ медицинских организаций коммерческого сектора перед государственными лечебно-профилактическими организациями, в числе которых можно выделить следующие:

- расширение номенклатуры оказываемых медицинских услуг, оказание медицинской по-

мощи узкоспециализированных направлений;

- совершенствование современных методов диагностики состояния организма;
- внедрение в практическую деятельность врачей частных медицинских организаций новых способов лечения с доказанной высокой эффективностью;
- оказание телемедицинских консультаций;
- обучение и расширение квалификации штатных специалистов;
- улучшение качества сервиса и предоставление сопутствующих товаров и услуг;
- развитие и популяризация медицинского и оздоровительного туризма, который сегодня возможен исклю-

чительно на платной основе.

На наш взгляд, преимущество частных медицинских организаций перед сектором государственной медицинской помощи — их очевидная востребованность у молодого платежеспособного поколения. Сегодня молодые люди предпочитают вести здоровый образ жизни, следить за своим здоровьем, чаще обращаются к превентивной медицине, хотя получают качественные медицинские услуги, экономят своё время и готовы оплачивать медицинское обслуживание. В этом направлении услуги платной медицины могут предложить потребителям гораздо больше, чем государственные медицинские организации.

На сегодняшний день платную медицинскую помощь бесплатной предпочитает практически каждый третий гражданин России. К таким результатам пришли эксперты Всероссийского центра изучения общественного мнения, представив данные исследования об отношении граждан нашей страны к медицинским услугам российского здравоохранения⁶. В опросе методом телефонного интервью приняли участие 1600 российских граждан в возрасте старше 18 лет. В настоящее время государственные организации системы здравоохранения всё ещё наиболее востребованы у населения, в течение 2022 г. их посетили 59% участников исследования (рис. 1). Обращались в частные медицинские организации 31% респондентов. Получали медицинскую помощь в ведомственных медицинских учреждениях только 3%.

Рассматривая с гендерной стороны посещаемость организаций медицинской сферы, видим в результатах опроса, что 37% мужчин не обращались ни в одну медицинскую организацию в течение

⁶ Государственная медицина: в погоне за качеством. URL: <https://wciom.ru/analytical-reviews/analiticheskii-obzor/gosudarstvennaja-medicina-v-pogone-za-kachestvom> (дата обращения: 22.07.2023).

2022 г., это в 1,8 раза больше показателя женщин (21%). По возрастным группам максимум участников опроса, кто не обращался за медицинской помощью, приходится на респондентов старше 35 лет — 29—31%, у молодёжи 18—34 лет аналогичный показатель составляет 21—26%. То есть устоявшееся мнение о том, что с возрастом люди чаще посещают врачей, не находит подтверждения. В течение года не посещали больницы и поликлиники чаще других также сельские жители (36%).

Каждый третий россиянин, принявший участие в исследовании, дал оптимистическую оценку текущему состоянию отечественного здравоохранения (34%): 21% респондентов считают, что российское здравоохранение на текущем этапе своего развития догоняет по всем направлениям мировую медицину, ещё 13% опрошенных — что по некоторым направлениям медицины уже удалось обогнать мировые достижения (рис. 2). Доля тех, кто выбрал вариант «не развивается», составила 40%, т. е. пессимистичные настроения сегодня всё же преобладают. Каждый четвертый участник опроса (26%) не смог дать ответ на этот вопрос.

В борьбе за повышение эффективности деятельности государственные и частные медицинские организации, крупные медицинские сети и небольшие узкоспециализированные медицинские центры сегодня обсуждают не только вопросы увеличения пациентопотока, но уделяют всё больше внимания маркетингу, который сегодня стал активно применяться в медицинской деятельности. Чтобы привлечь и сохранить пациента, сегодня необходима оптимизация процессов во всей цепочке сопровождения пациента в медицинской организации, открытое и искреннее общение с потребителями медицинских услуг.

Современная медицина является отраслью экономики, к которой можно и нужно применять метрики сервиса, качества услуг и комфорта. Сегодня в медицинских организациях разного ценового сегмента можно получать высокую маржу за счёт оптимизации процессов по технологии «бережливого производства». Всю цепочку движения пациента в клинике: запись, процедуры, общение с медицинским персоналом можно запротokolировать и полностью выстроить в систему конвейерного обслуживания пациентов.

«Бережливые» технологии в медицинской деятельности опираются на принципы максимальной оптимизации ресурсов с сокращением потерь при оказании медицинской помощи без ущерба качеству оказываемых медицинских услуг. Реализация данной концепции в сфере здравоохранения не требует задействования большого количества ресурсов и зависит от качества внедрения в работу медицинских организаций проверенных способов и вовлечения всего персонала медицинской организации. Эф-

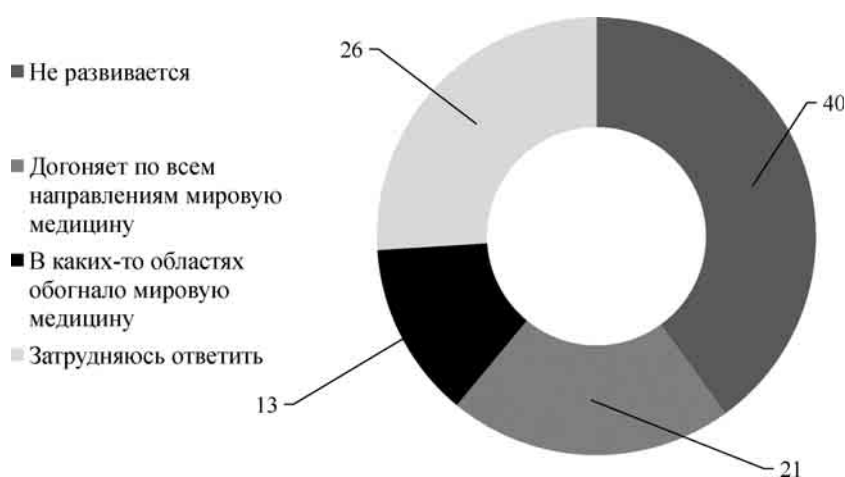


Рис. 2. Распределение ответов на вопрос: «Российское здравоохранение сейчас...» (закрытый вопрос, один ответ, % от всех опрошенных).

Источник: Государственная медицина: в погоне за качеством. URL: <https://wciom.ru/analytical-reviews/analiticheskii-obzor/gosudarstvennaja-medicina-v-pogone-za-kachestvom> (дата обращения: 22.07.2023).

фективность использования принципов «бережливого» производства отмечается как в государственном секторе системы здравоохранения, так и в частных медицинских организациях.

Задачей «бережливого» производства является не только сокращение затрат, но и повышение качества оказываемых услуг (производимых товаров) и увеличение степени удовлетворённости потребителей качеством услуг. Поэтому «бережливое» производство в сфере здравоохранения можно отнести к одному из ключевых отраслевых стандартов, позволяющих минимизировать потери на всех этапах и сократить затраты при сохранении уровня качества медицинских услуг.

Сегодня технологии «бережливого» производства активно внедряют не только медицинские организации поликлинического профиля, но и стационары, и медицинские центры. Минздрав совместно с Росздравнадзором с 2019 г. начали работу над вопросами их сертификации и брендинга поликлиник, чтобы они были настоящими «бережливыми». Первый в России сертификат на систему менеджмента бережливого производства в Системе добровольной сертификации «ЛИНСЕРТ» был выдан 15.10.2018 Органом по сертификации систем менеджмента АО «ВНИИС» городской поликлинике в Ижевске⁷.

В отличие от обязательного лицензирования медицинской деятельности, сертификация в сфере здравоохранения является добровольной процедурой. Документ о сертификации на систему менеджмента бережливого производства является подтверждением того, что медицинские услуги оказываются в строгом соответствии со стандартами.

Такой сертификат предоставляет медицинской организации ряд дополнительных преимуществ:

- повышение рейтинга среди конкурентов;
- доверие со стороны пациентов;

⁷ Портал Ассоциации частных клиник. URL: <https://apcmed.ru/news/news-all/berezhlivye-meditsinskie-uchrezhdeniya-budut-sertifitsirovani/> (дата обращения: 22.07.2023).

- стимул работникам медицинской организации поддерживать доверие пациентов.

Таким образом, в системе здравоохранения «бережливые» технологии используются для оптимизации работы медицинских организаций, улучшения качества предоставляемых услуг и сокращения затрат на их оказание. В частности, технологии «бережливого» производства помогают ускорить процесс записи на приём к специалисту, повысить качество диагностики и эффективность лечения пациентов, сокращая при этом затраты на административные расходы.

Рассмотрев текущее состояние рынка частных медицинских услуг и определив проблемы, стоящие перед участниками коммерческого сектора медицины, сформируем основные направления дальнейшего развития рынка платных медицинских услуг:

1) появление новых медицинских специальностей, лечебных и диагностических методик и активный спрос на них. Представители российского медицинского сообщества в настоящее время являются постоянными участниками ведущих отечественных и зарубежных конференций. Российские медики принимают активное участие в диалогах по вопросам борьбы с редкими, а также с трудно- и неизлечимыми заболеваниями;

2) цифровизация здравоохранения, популяризация тренда на здоровый образ жизни способствуют повышению грамотности в отношении качества и продолжительности жизни. В этом направлении активная роль отводится не только развитию телемедицинских технологий, но и росту количества разработок персональных портативных гаджетов, которые позволят отслеживать жизненно важные показатели здоровья в онлайн-режиме. В ближайшем будущем потребители медицинских услуг получат возможность постоянного контроля состояния своего здоровья, диагностика заболеваний станет в разы более качественной и своевременной;

3) развитие геронтологии и ухода за маломобильными пожилыми пациентами на дому — с увеличением средней продолжительности жизни возрастает спрос на сохранение её высокого качества так долго, насколько это возможно. В настоящее время в России это направление развито достаточно слабо, однако количество домов престарелых, оказывающих платные услуги, реабилитационных центров и клиник паллиативной медицины увеличивается с каждым годом. Спрос на услуги подобного рода медленно, но растёт, и в настоящее время значительно превышает предложение. Выровнять ситуацию и удовлетворить потребности рынка поможет активное сотрудничество частных профильных коммерческих организаций и государства в рамках государственно-частного партнёрства;

4) развитие биохакинга — в последнее время отмечается рост интереса молодой платежеспособной аудитории к лайфстайл-продуктам, которые улучшают качество жизни и способствуют максимальному замедлению процесса старения организма. В этом направлении развиваются и фитнес-программы, и методики правильного питания. Основ-

ная идея — поддерживать состояние здоровья на стабильно высоком уровне, а не обращаться за лечением;

5) перепрофилирование «непрофильных» объектов в масштабные лечебно-диагностические центры — некоторые эксперты отмечают перспективность и особую логику перепрофилирования в медицинские учреждения торгово-развлекательных центров с высокой проходимостью. Ожидается, что с развитием онлайн-торговли торговые центры перестанут представлять интерес для арендаторов, многие из которых уйдут в формат интернет-магазинов, поэтому логичным решением для собственников арендных площадей является их перепрофилирование в масштабные медицинские центры с удобным расположением, высокой транспортной доступностью, вместительным паркингом — всё это важные факторы, которые позволят привлечь большое число пациентов;

6) создание в крупных компаниях собственных частных медицинских центров — уже сегодня многие работодатели в рамках добровольного медицинского страхования (ДМС) организуют для своих сотрудников качественную диспансеризацию и скрининги в зависимости от их состояния здоровья и возраста. Включение программ ДМС в социальный пакет позволяет работодателям поднять производительность работы кадров, улучшить психологический климат в коллективе, тем самым снизив текучесть персонала [4]. Однако сегодня позволить себе расходы на ДМС могут только крупные компании ввиду довольно высоких тарифов на страховую премию. Поэтому следующим шагом в обеспечении благоприятных условий работы сотрудникам выступает открытие собственных медицинских клиник.

Если говорить о проблемах сегодняшнего дня в частном секторе отечественного здравоохранения, то можно отметить:

- трудности с обслуживанием оборудования импортных производителей после введения массовых санкций, и касаются они тех частных медицинских организаций, где доля импортной составляющей была довольно высока;
- сложности с поставками расходных материалов — возникло нарушение традиционных логистических цепочек, а те запасы материалов, что еще имелись, постепенно начали оскудевать;
- необходимость ремонта импортной медицинской техники;
- поддержание репутации узкоспециализированными медицинскими клиниками — любая необоснованная жалоба со стороны пациента может серьёзно дискредитировать деятельность этой организации, нанести непоправимый урон её репутации, которую восстановить будет очень непросто;
- увеличение стоимости издержек отразилось на ценообразовании — введённое импортозамещение, а также смена логистических цепочек не смогли сдержать рост цен на медицинские услуги частных клиник, поэтому потребители

стали больше выбирать медицинские организации экономкласса либо переориентировались на систему ОМС.

Если говорить о состоянии мирового здравоохранения, то следует отметить, что согласно данным доклада ВОЗ, после 3 лет пандемии COVID-19 системы здравоохранения в странах мира начали демонстрировать первые серьёзные признаки восстановления. К началу 2023 г. уже отмечается меньше сбоев в предоставлении обычных услуг здравоохранения, но существует необходимость инвестирования в восстановление и повышение устойчивости к внешним воздействиям в будущем⁸.

Большинство стран стали использовать опыт, приобретённый во время пандемии коронавируса, в том числе путём внедрения ряда инновационных стратегий устранения последствий сбоев в работу обычных служб здравоохранения. К их числу относятся внедрение методов телемедицины, оказание помощи на дому или использование самопомощи, меры по расширению доступа к работникам здравоохранения, усилению их потенциала и механизмов поддержки, инновационные подходы в области закупок и поставок лекарственных средств и материалов, регулярное информационное взаимодействие с населением и партнерские отношения с поставщиками медицинских услуг частного сектора рынка медицинских услуг.

Обсуждение

Эксперты медицинского сообщества прогнозируют увеличение спроса на услуги частной медицины. Трудности с получением бесплатной медицинской помощи, сокращение доли государственных медицинских организаций и рост в этих организациях количества платных услуг, всё ещё далёкий от уровня качества медицинской помощи в частных медицинских организациях, а также рост числа мигрантов будут способствовать дальнейшему развитию негосударственного сектора медицинских услуг⁹.

Частным медицинским структурам удалось достичь высокого уровня качества медицинской помощи в таких востребованных направлениях, как онкология, кардиохирургия, эндопротезирование, а также в высокотехнологичных методах диагностики и лечения.

Частная медицина по-прежнему опережает государственный сектор в уровне сервиса, продолжая развивать наиболее востребованные технологии: высокотехнологичную и персонализированную медицинскую помощь, новые методы диагностики, цифровые сервисы. В частном секторе медицины

большое внимание сегодня уделяется маркетингу, т. е. растёт информационное сопровождение медицинского бизнеса, потребители медицинских услуг имеют возможность получить подробное описание как самой медицинской услуги, так и последствий её оказания.

В секторе частных медицинских услуг вырос спрос на стационарную помощь, потребители всё чаще решаются на высокотехнологичные операции по офтальмологическому и гинекологическому профилям, вырос спрос и на эстетические процедуры, в том числе на лазерную гинекологию, эстетическую хирургию, косметологию. Изменилась структура спроса и на педиатрические услуги: увеличился спрос на пакетные решения — годовые программы для детей, программы диспансеризации.

На российском рынке медицинских услуг сформировались два основных поставщика медицинских услуг — государственные медицинские организации, продолжающие стабильно удерживать абсолютное лидерство, и частные медицинские центры и диагностические центры и лаборатории. Рыночная доля остальных провайдеров в сфере медицинской помощи, включая ведомственные поликлиники, частных практикующих врачей и других участников рынка медицинских услуг, постепенно сокращается [5].

Несмотря на то что у россиян в целом снизились финансовые возможности, многие потребители по-прежнему выбирают наиболее современные и довольно дорогостоящие методы лечения. Это факт обоснован тем, что немаловажную роль сегодня в качестве жизни играют престиж медицинской организации и результат самой медицинской услуги.

Частные медицинские организации также рассчитывают на более активное участие в секторе ОМС, имеются перспективы расширения участия частных медицинских организаций в лечении онкологии. Сегодня вхождение в систему ОМС носит уведомительный характер, однако объём выделяемой медицинской помощи не гарантирован, особенно в долгосрочной перспективе. Развитие государственно-частного партнерства и концессионных соглашений в сфере здравоохранения могло бы стать гарантией успешного функционирования на рынке медицинских услуг для частных медицинских структур.

Заключение

Сегодня среди потребителей платных медицинских услуг растёт число пациентов, уделяющих особое внимание к своему здоровью, поэтому они становятся более требовательными как к уровню качества медицинской помощи, так и к возможности выбора альтернативных способов лечения и информационному сопровождению медицинской услуги. Помимо соответствия медицинской помощи стандартам качества для потребителей медицинских услуг при выборе медицинской организации стали немаловажными такие критерии, как качество сервиса, экономия времени, возможность использования цифровых решений.

⁸ Результаты нового обследования показывают, что системы здравоохранения начинают восстанавливаться после пандемии. Всемирная организация здравоохранения. 02.05.2023. URL: <https://www.who.int/ru/news/item/02-05-2023-new-survey-results-show-health-systems-starting-to-recover-from-pandemic> (дата обращения: 22.07.2023).

⁹ BusinessStat: объём медуслуг в России в 2022 году снизился на 6%. URL: <https://vademec.ru/news/2023/04/28/businessstat-obem-meduslug-v-rossii-v-2022-godu-snizilsya-na-6> (дата обращения: 22.07.2023).

Современный рынок платных медицинских услуг понёс существенные потери в результате строгих санитарно-эпидемиологических ограничений по перемещению граждан в 2021—2022 гг., особенно пострадала сфера коммерческой стоматологии и диагностики. Медицинские услуги премиум-класса, эстетическая медицина и пластическая хирургия также переживают существенный спад спроса, связанный со значительными финансовыми трудностями.

Таким образом, можно заключить, что сегодня частный сектор медицинских услуг адаптируется к новым условиям. Прогнозируя дальнейшее развитие сектора платной медицины, можно предположить, что в долгосрочной перспективе рынок частных медицинских услуг будет представлен умеренным количеством многопрофильных медицинских центров в премиальном ценовом сегменте и большим числом узкоспециализированных медицинских клиник (кабинетов ультразвуковой, томографической и лабораторной диагностики, центров планирования семьи, клиник с инновационными технологиями в сфере женского здоровья и красоты) а роль частно-практикующих врачей будет постепенно снижаться. Следует отметить возрастающую роль «бережливых» технологий в сфере здравоохранения, использующихся с целью совершенствования процесса ведения пациента и как альтер-

нативу повышения эффективности работы медицинской организации без больших инвестиций, актуальную как для государственных, так и для частных медицинских организаций.

ЛИТЕРАТУРА

1. Рамазанов И. А., Григорьева Е. С. Прогнозирование перспектив развития российского рынка платных медицинских услуг // Практический маркетинг. 2019. № 5. С. 29—36.
2. Байгулова А. А., Довлетов А. Б. Эффективность частных медицинских организаций в системе здравоохранения России // Теоретическая и прикладная экономика. 2023. № 1. С. 36—45.
3. Иванов В. Н., Суворов А. В. Современные проблемы развития российского здравоохранения. Часть 1 // Проблемы прогнозирования. 2021. № 6. С. 59—71.
4. Снегирева Ю. Ю. Добровольное корпоративное медицинское страхование как фактор повышения качества медицинской помощи. М.; 2017. С. 90—99.

REFERENCES

1. Ramazanov I. A., Grigorieva E. S. Forecasting the prospects for the development of the Russian market of paid medical services. *Practical marketing*. 2019;(5):29—36. (In Russ.)
2. Baigulova A. A., Dovletov A. B. Efficiency of private medical organizations in the Russian healthcare system. *Theoretical and Applied Economics*. 2023;(1):36—45. (In Russ.)
3. Ivanov V. N., Suvorov A. V. Modern problems of development of Russian healthcare. Part 1. *Forecasting problems*. 2021;(6):59—71. (In Russ.)
4. Snegireva Yu. Yu. Voluntary corporate health insurance as a factor in improving the quality of medical care. Moscow; 2017:90—99. (In Russ.)

Вклад авторов: все авторы сделали эквивалентный вклад в подготовку публикации. Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

Contribution of the authors: the authors contributed equally to this article. The authors declare no conflicts of interests.

Статья поступила в редакцию 25.04.2023; одобрена после рецензирования 06.06.2023; принята к публикации 07.11.2023. The article was submitted 25.04.2023; approved after reviewing 06.06.2023; accepted for publication 07.11.2023.

Научная статья

УДК 65.01

doi:10.32687/1561-5936-2023-27-4-333-337

Актуальные вопросы функционирования частного сектора здравоохранения в России

Игорь Леонидович Попов

Научно-исследовательский институт организации здравоохранения и медицинского менеджмента
Департамента здравоохранения города Москвы, Москва, Россия
mpi0@mail.ru, <https://orcid.org/0009-0001-0356-6910>

Аннотация. В статье представлен анализ количества лицензированных частных медицинских клиник в России в разрезе федеральных округов с акцентом на Южный федеральный округ. С целью выявления потребительских предпочтений на рынке медицинских услуг, предоставляемых частными медицинскими клиниками, перед государственными проведён анонимный анкетный опрос, в котором приняли участие 434 респондента, проживающие в Краснодарском крае. Определены предпочтения респондентов при выборе медицинской услуги, выявлена степень удовлетворения от приёма в частной или государственной медицинской организации. Сделан вывод о высокой степени клиентоориентированности частных медицинских организаций.

Ключевые слова: платные медицинские услуги; потребительские предпочтения; частные медицинские клиники; государственные медицинские организации; социологический опрос

Для цитирования: Попов И. Л. Актуальные вопросы функционирования частного сектора здравоохранения в России // Ремедиум. 2023. Т. 27, № 4. С. 333—337. doi:10.32687/1561-5936-2023-27-4-333-337

Original article

Topical issues of the functioning of the private healthcare sector in Russia

Igor L. Popov

Scientific Research Institute of Healthcare Organization and Medical Management of the Moscow Department of Healthcare, Moscow, Russia

mpi0@mail.ru, <https://orcid.org/0009-0001-0356-6910>

Annotation. Today, private medical clinics are not uncommon. In every city and almost every locality there are private clinics that provide various kinds of paid medical services, ready to receive patients at any time. The article presents an analysis of the number of licensed private medical clinics in the Russian Federation in the context of federal districts with an emphasis on the Southern Federal District. In addition, in order to identify consumer preferences in the market of medical services provided by private medical clinics over public ones, the author conducted an anonymous questionnaire survey, which was attended by 434 respondents living in the Krasnodar Territory. The respondents' preferences when choosing a medical service are determined, the degree of satisfaction from admission to a private or public medical organization is revealed. The conclusion is made about the high degree of customer orientation of private medical organizations.

Key words: paid medical services; consumer preferences; private medical clinics; public medical organizations; sociological survey

For citation: Popov I. L. Actual issues of functioning of the private healthcare sector in Russia. *Remedium*. 2023;27(4):333–337. (In Russ.). doi:10.32687/1561-5936-2023-27-4-333-337

Введение

Предприниматели, осуществляющие свою деятельность на рынке медицинских услуг, склонны называть эту сферу одной из самых сложных. Каждый вид медицинских услуг лицензируется отдельно, поэтому для открытия медицинского центра или клиники необходимо получить медицинские лицензии на каждый вид оказываемых медицинских услуг. Для выбора видов предоставляемых услуг стоит изучить эпидемиологическую обстановку в регионе и провести анализ предоставляемых медицинских услуг другими учреждениями на предмет выявления как наиболее востребованных профильных специалистов, так и часто используемого медицинского оборудования.

Стоит учесть, что «помещение медицинской организации должно соответствовать установленным санитарным нормам и правилам. Они определяют площадь кабинетов, специальный ремонт, необходимый инвентарь, наличие горячей воды, канализации и приточно-вытяжной вентиляции, утилизации медицинских отходов и многое другое. Необходимо также соблюсти требования пожарной инспекции. Помещение должно быть оснащено пожарной сигнализацией, схемами эвакуации, эвакуационными выходами и средствами пожаротушения»¹. Кроме этого, надо помнить об оборудовании входа в меди-

¹ Как открыть медицинский центр: от лицензии к реальному бизнесу. URL: <https://tass.ru/maloe-i-srednee-predprinimatelstvo/7033991> (дата обращения: 12.09.2023).

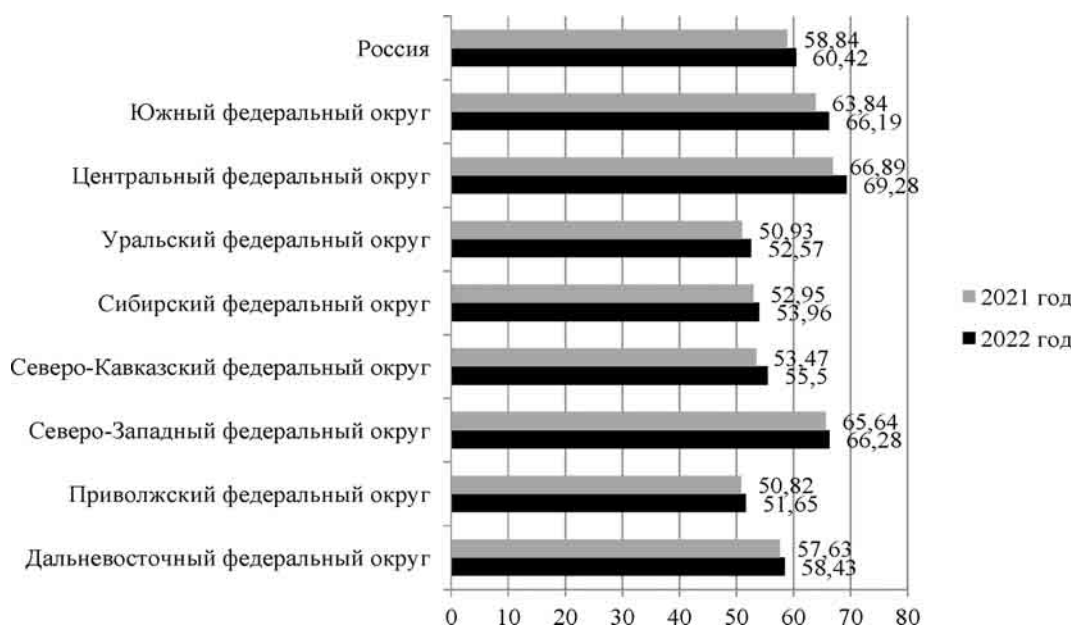


Рис. 2. Динамика количества ЧМК с расчетом на 100 тыс. населения за 2021—2022 гг.
Анализ частных клиник. URL: <https://statprivat.ru/privateclinics> (дата обращения: 02.10.2023).

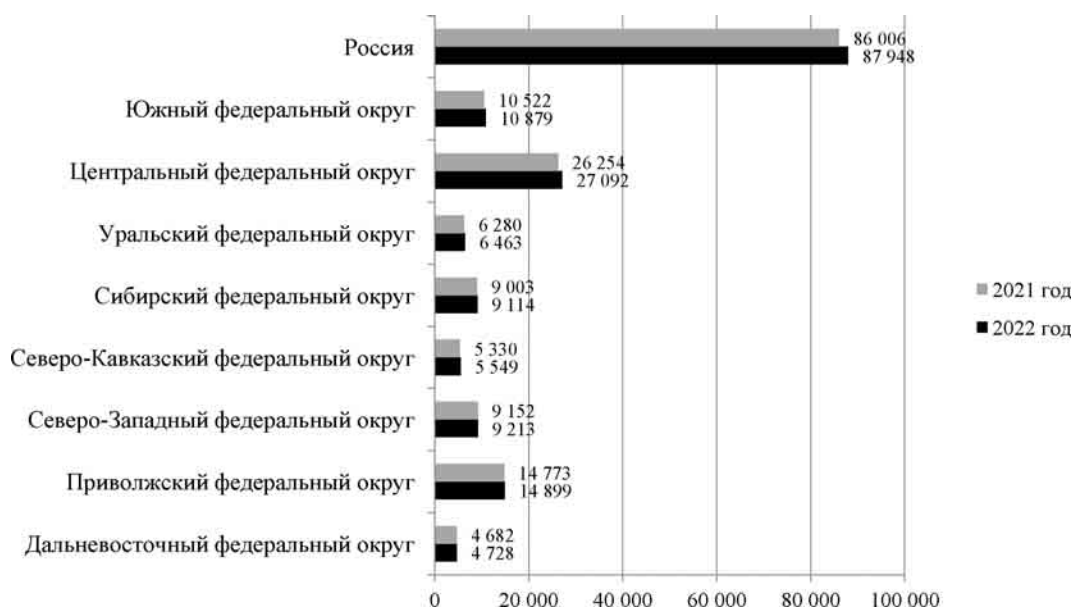


Рис. 1. Динамика количества ЧМК в России за 2021—2022 гг.
Анализ частных клиник. URL: <https://statprivat.ru/privateclinics> (дата обращения: 02.10.2023).

цинский центр (с учётом всех категорий и возрастов пациентов), кабинетов, стен и коридоров, об организации парковочных мест для посетителей. Следовательно, открытие частной медицинской клиники (ЧМК) сопряжено не только с проведением маркетингового исследования регионального рынка медицинских услуг, но и с обязательным соблюдением установленных требований действующего в России законодательства.

Материалы и методы

При работе над статьёй были использованы общенаучные методы анализа и синтеза информации. Проведён анонимный анкетный опрос жителей Краснодарского края как потребителей медицин-

ских услуг методом анкетирования. Выполнен анализ статистических данных действующих ЧМК в России.

Результаты и обсуждение

Несмотря на строгие требования к открытию и функционированию медицинских организаций, количество ЧМК в России ежегодно растёт.

Проследим динамику действующих ЧМК в России за 2021—2022 гг. Представленные на рис. 1 показатели свидетельствуют об увеличении количества лицензированных ЧМК на 2,2%. Лидирующую позицию занимает Центральный федеральный округ (ФО) с численностью населения 40 240 256 человек. На 2-м и 3-м местах — Приволжский и Юж-

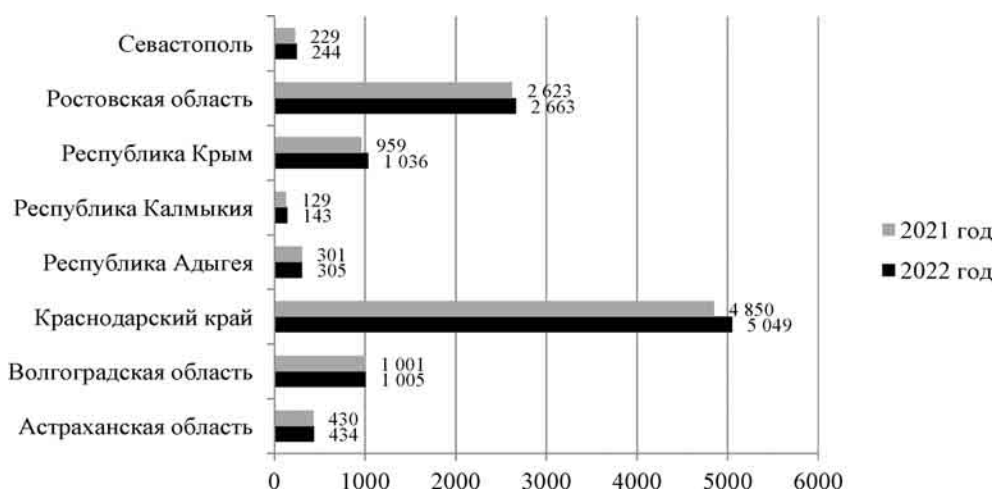


Рис. 3. Динамика количества ЧМК в Южном ФО в разрезе регионов за 2021—2022 гг.

ный ФО с численностью населения 28 683 247 и 16 642 052 человек соответственно.

Лидирующую позицию по численности ЧМК на 100 000 населения за 2021—2022 гг. занимает также Центральный ФО (рис. 2). Второе и 3-е места — у Северо-Западного и Южного ФО соответственно. При этом численность Северо-Западного ФО составляет 13 867 347, что на 2 774 705 человек меньше, чем Южного ФО.

В Южном ФО в разрезе регионов по количеству ЧМК лидируют Краснодарский край и Ростовская область (рис. 3). При этом население Краснодарского края больше на 11,9% (291 148 человек), а количество функционирующих ЧМК — в 1,9 раза.

Динамика доходов ЧМК по России свидетельствует об их снижении по результатам 2022 г. на 11% в сравнении с 2020 г. (рис. 4). По мнению экспертов «BusinessStat», «в 2022 г в России также снизился и объём медицинского рынка — на 6% до 2,2 млрд приёмов. Аналитики считают, что причиной спада в коммерческом секторе стало ухудшение платежеспособности потребителей на фоне санкционного кризиса и отчасти стабилизация спроса после сильного роста в пандемийный период. Также на показатели повлияли нестабильность курсов валют, проблемы с импортом и оплатой по внешнеэкономическим сделкам, что привело к росту цен на услуги частных клиник»².

Проведённый в статье анализ демонстрирует увеличение числа ЧМК в России по итогам 2022 г., что в свою очередь доказывает их рентабельность. «Заместитель начальника управления статистики по аналитической работе Центрального НИИ организации и информатизации Минздрава РФ Надежда Несветайло на научно-практической конференции «Нормирование труда и расчёт потребности в медицинских кадрах: методология, оценка, перспективы» рассказала о снижении численности сотрудни-

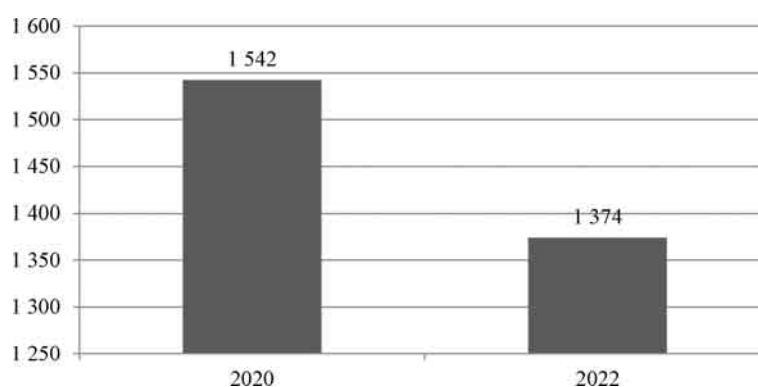


Рис. 4. Динамика доходов ЧМК в России за 2020 и 2022 гг., млрд руб.

ков в госсекторе российского здравоохранения. Наиболее выраженная негативная динамика за последний год — в Южном ФО (—2,4%). Численность среднего медицинского персонала упала на 4,7%. Существенный дефицит врачебных кадров отмечен в 22 субъектах, среди них Калужская область, Чукотский автономный округ, Республики Чувашия, Тыва, Марий Эл, Калмыкия, Хакасия, Татарстан, Челябинская, Брянская, Липецкая, Кемеровская области, Краснодарский край и Севастополь. Фактическая численность врачей в этих регионах значительно ниже потребности в специалистах, необходимых для выполнения территориальной программы госгарантий»³. Данная ситуация, по мнению автора, связана с переходом медицинского персонала в ЧМК.

В рамках темы настоящей работы автором был проведён социологический опрос на предмет выявления потребительских предпочтений на рынке платных медицинских услуг, предоставляемых ЧМК, перед государственными медицинскими организациями (ГМО). В опросе приняли участие 434 респондента (327 женщин и 107 мужчин), прожи-

² Анализ рынка медицинских услуг в России в 2018—2022 гг., прогноз на 2023—2027 гг. в условиях санкций. BusinessStat. URL: <https://statprivat.ru/privateclinics> (дата обращения: 02.10.2023).

³ Бескаравайная Т. Государственные медорганизации в России потеряли за прошлый год 9,7 тыс. врачей. Медвестник. URL: <https://medvestnik.ru/content/news/Gosudarstvennyye-medorganizacii-v-Rossii-poteryali-za-proshlyi-god-9-7-tys-vrachei.html> (дата обращения: 02.10.2023).

Результаты авторского опроса по оценке степени удовлетворения от приёма в ГМО или ЧМК, %

	Крайне плохо		Плохо		Удовлетворительно		Хорошо		Отлично	
	ГМО	ЧМК	ГМО	ЧМК	ГМО	ЧМК	ГМО	ЧМК	ГМО	ЧМК
Вежливость и внимательность врача	2	0	16	0	64	0	12	18	6	82
Вежливость и внимательность медицинского персонала	3	0	39	0	47	0	11	7	0	93
Разъяснения врачом назначений	0	0	3	0	32	5	48	24	17	71
Наличие работающих туалетов, обеспеченных мылом, бумагой, полотенцами	11	0	26	0	59	0	4	0	0	100
Наличие работающего лифта	0	0	0	0	18	0	68	0	14	100
Наличие бесплатных бахил	72	0	19	0	9	0	0	0	0	100
Возможность предварительной записи	0	0	2	0	71	0	2	0	0	100
Отсутствие ожидания в очереди	32	0	27	0	41	4	0	4	0	92

вающих в Краснодарском крае. Возрастные категории респондентов представлены на рис. 5. Анкета содержала 10 вопросов.

На вопрос «Как часто Вы обращаетесь к медицинским услугам?» 53% опрошенных ответили «при необходимости», мнения оставшихся респондентов разделились между вариантами: «1 раз в месяц» (19%) и «1 раз в полгода» (28%).

Вопрос «Куда Вы обращаетесь чаще: в государственную или частную клинику?» касался определения предпочтений респондентов. Из общего числа опрошенных 48% чаще обращаются в частную клинику, 31% — в государственную, 21% ответили, что выбор зависит от обстоятельств.

Вопрос «Чем Вы руководствуетесь, выбирая услуги частной клиники?» был направлен на выявление предпочтений респондентов.

Ответы были следующими:

- 94% от общего числа опрошенных руководствуются отзывами о врачах;
- 88% довольны возможностью выбрать время приёма;
- 86% ответили о наличии индивидуального подхода к пациенту;
- 79% отметили наличие парковочных мест;
- 71% подчеркнули отсутствие очередей;
- 22% упомянули о скидках и акциях.

При ответе на вопрос «Согласны ли Вы с утверждением о том, что платные медицинские услуги лучше бесплатных?» мнения разделились незначительно. Так, 46% дали отрицательный ответ, 43% — положительный, 11% затруднились с ответом.

На вопрос «Остались ли Вы довольны платными медицинскими услугами?» 71% респондентов ответили утвердительно, и лишь 23% отрицательно. При этом на вопрос «Остались ли Вы довольны бесплат-

ными медицинскими услугами?» утвердительно ответивших респондентов оказалось 49%, 14% затруднились с ответом, 37% ответили отрицательно.

Последние два вопроса касались оценки степени удовлетворения от приёма в ГМО или ЧМК. Результаты опроса, представленного в таблице, показывают высокую степень удовлетворения респондентов от приёма в ЧМК, 82 и 93% отметили вежливость и внимательность врача и медперсонала соответственно. Лишь 5% опрошенных удовлетворительно оценили разъяснения врачом назначений. Единственно респонденты оценили наличие работающих туалетов, лифтов и бесплатных бахил. Из общего числа опрошенных лишь 8% респондентов ожидали приёма в очереди.

Степень удовлетворения респондентов от приёма в ГМО гораздо ниже. Большинство опрошенных посчитали, что врачи и медицинский персонал ГМО не всегда вежливы и внимательны. При этом около половины опрошенных (48%) оценили разъяснения врача на «хорошо». Ситуация с отсутствием бесплатных бахил также отразилась в ответах респондентов. Кроме того, большинство опрошенных недовольны ожиданиями приёма в очередях.

Заключение

Проведённый в работе анализ позволяет заключить, что потребители больше склоняются к получению платной медицинской услуги в ЧМК. Это объясняется клиентоориентированным сервисом, который отличает частный медицинский сервис от государственного. Преимущества ЧМК оказались очевидными:

1) из-за заинтересованности в пациентах это индивидуальный подход, повышенное внимание к проблемам пациента и вежливое обращение;

2) зачастую оснащение высокотехнологичным оборудованием, что, несомненно, влияет на процесс диагностики и лечения;

3) отсутствие ожидания за счёт скорректированного расписания приёма и заблаговременной записи к специалисту в удобное для пациента время;

4) комфортные условия, что обусловлено чистой комнатой, удобными местами ожидания, наличием в рабочем состоянии туалетов и комнат для гигиены, предоставлением бесплатного подключения к Wi-Fi, питьевой воды;

5) высококвалифицированные специалисты.

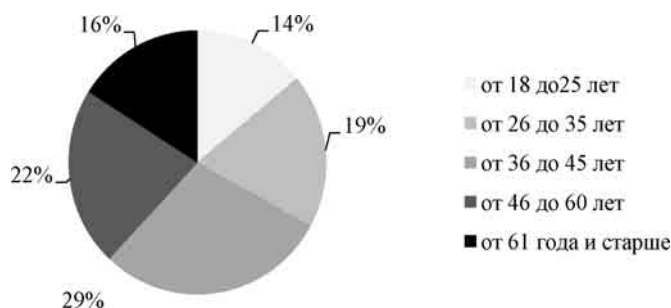


Рис. 5. Возрастные категории респондентов социологического опроса, проведённого автором.

В связи с выявленными преимуществами ЧМК в сравнении с ГМО очевидным становится выбор пациентов в пользу первых. Это подтверждается результатами исследования по выявлению предпочте-

ний пациентов, связанных с качественным и вежливым обслуживанием, быстрой диагностикой, комфортными условиями, а также профессионализмом специалистов.

Автор заявляет об отсутствии конфликта интересов.

The author declares no conflicts of interests.

Статья поступила в редакцию 25.04.2023; одобрена после рецензирования 06.06.2023; принята к публикации 07.11.2023.

The article was submitted 25.04.2023; approved after reviewing 06.06.2023; accepted for publication 07.11.2023.

Лекарственные средства и медицинские технологии

Научная статья

УДК 615.03

doi:10.32687/1561-5936-2023-27-4-338-343

Персонализированный подход к лекарственной терапии — актуальное направление совершенствования алгоритмов фармацевтического консультирования

Татьяна Александровна Бредихина^{1✉}, Сергей Сергеевич Попов²,
Елена Владимировна Михайлова³

^{1–3}Воронежский государственный медицинский университет им. Н. Н. Бурденко Минздрава России, Воронеж, Россия

¹bredichina-tat@yandex.ru, <https://orcid.org/0000-0003-2300-0313>

²popov-endo@mail.ru, <https://orcid.org/0000-0002-4438-9201>

³milenok2007@mail.ru, <https://orcid.org/0000-0002-1862-065X>

Аннотация. Изучено мнение фармацевтических работников Воронежа о преимуществах проведения информационной работы при отпуске лекарственных препаратов для аптечных организаций и потребителей. Дальнейшее совершенствования алгоритмов консультирования и информирования специалисты считают необходимым, а как одно из актуальных направлений развития рассматривают использование подходов персонализированной медицины к оптимизации лекарственной терапии. Требования профессионального роста, оказания квалифицированной помощи покупателям, обновления документации стандартных операционных процедур обуславливают значимость повышения уровня знаний фармацевтических работников по данному направлению.

Ключевые слова: аптечная организация; фармацевтический работник; фармацевтическое консультирование; персонализированная лекарственная терапия

Для цитирования: Бредихина Т. А., Попов С. С., Михайлова Е. В. Персонализированный подход к лекарственной терапии — актуальное направление совершенствования алгоритмов фармацевтического консультирования // Ремедиум. 2023. Т. 27, № 4. С. 338–343. doi:10.32687/1561-5936-2023-27-4-338-343

Medicines and medical technologies

Original article

Personalized approach to drug therapy is a current direction in improving algorithms of pharmaceutical counseling

Tatyana A. Bredikhina^{1✉}, Sergey S. Popov², Elena V. Mikhailova³

^{1–3}Voronezh State Medical University named after N. N. Burdenko, Voronezh, Russia

¹bredichina-tat@yandex.ru, <https://orcid.org/0000-0003-2300-0313>

²popov-endo@mail.ru, <https://orcid.org/0000-0002-4438-9201>

³milenok2007@mail.ru, <https://orcid.org/0000-0002-1862-065X>

Annotation. The opinion of pharmaceutical workers in the city of Voronezh on the benefits of conducting information work when dispensing drugs for pharmacy organizations and consumers was studied. Experts consider that it is necessary to further improve the algorithms for counseling and informing. Also experts believe that one of the topical areas of development is the use of personalized medicine approaches to optimize drug therapy. Requirements for professional growth, providing qualified assistance to customers, updating the documentation of standard operating procedures determine the importance of increasing the level of knowledge of pharmaceutical workers in this sphere.

Key words: pharmacy organization; pharmaceutical worker; pharmaceutical counseling; personalized drug therapy

For citation: Bredikhina T. A., Popov S. S., Mikhailova E. V. Personalized approach to drug therapy is a current direction in improving algorithms of pharmaceutical counseling. *Remedium*. 2023;27(4):338–343. (In Russ.). doi:10.32687/1561-5936-2023-27-4-338-343

Введение

Нормативные правовые акты, регламентирующие требования к системе качества фармацевтических организаций, указывают на необходимость стандартизации основных видов деятельности, в том числе реализации лекарственных препаратов (ЛП) конечным потребителям [1]. Этапы фармацевтического консультирования (отпуск безрецептурных ЛП) или информирования (отпуск ЛП, назначенных медицинским работником) входят в алгоритмы стандартных операционных процедур (СОП) по данному направлению, утверждаются руководителями аптекных организаций (АО) и являются обязательными для исполнения каждым сотрудником (организационный уровень документации)¹. Предоставление потребителям неверной информации и другие нарушения правил консультирования влекут административную ответственность специалистов и руководящих работников².

В практической деятельности крупных АО дополнительно к СОП разрабатываются документы по стандартизации процессов работы с покупателями — «Стандарты работы с покупателями/обслуживания покупателей», в которых учитываются не только положения нормативной документации (вопросы проведения фармацевтической экспертизы рецептов, фармацевтического консультирования и информирования), но и маркетинговые рекомендации по проведению презентации товара, особенностей коммуникаций с покупателями и продажи. Значимым и сложным этапом такой работы для специалистов АО является «Ответы на вопросы», который требует умения квалифицированно информировать о дозировках, формах выпуска и торговых названиях ЛП в рамках одного международного непатентованного наименования, о правилах применения, хранения и других сведений, связанных с использованием ЛП [2—4]. Покупатели АО часто обращаются к фармацевтическим работникам

¹Приказ Министерства здравоохранения РФ от 31.08.2016 № 647н «Об утверждении правил надлежащей аптечной практики лекарственных препаратов для медицинского применения». URL: <http://ivo.garant.ru/#/document/71582810/paragraph/1/doclist/5438/showentries/0/highlight/приказ%20минздрава%20рф%20от%2031-08-2016%20н%20647н:3> (дата обращения: 10.06.2023).

²Приказ Министерства здравоохранения РФ от 24.11.2021 № 1093н «Об утверждении Правил отпуска лекарственных препаратов для медицинского применения аптечными организациями, индивидуальными предпринимателями, имеющими лицензию на осуществление фармацевтической деятельности, медицинскими организациями, имеющими лицензию на осуществление фармацевтической деятельности, и их обособленными подразделениями (амбулаториями, фельдшерскими и фельдшерско-акушерскими пунктами, центрами (отделениями) общей врачебной (семейной) практики), расположенными в сельских поселениях, в которых отсутствуют аптечные организации, а также Правил отпуска наркотических средств и психотропных веществ, зарегистрированных в качестве лекарственных препаратов для медицинского применения, лекарственных препаратов для медицинского применения, содержащих наркотические средства и психотропные вещества в том числе Порядка отпуска аптечными организациями иммунобиологических лекарственных препаратов». URL: <http://ivo.garant.ru/#/document/403136823/paragraph/1/doclist/5247/showentries/0/highlight/Приказ%20Министерства%20здравоохранения%20Российской%20Федерации%20от%2024.11.2021%20н%201093н:1> (дата обращения: 10.06.2023).

с просьбой разъяснить информацию, содержащуюся в инструкции по медицинскому применению ЛП: о различиях в биодоступности, метаболизме и экскреции, режимах дозирования ЛП с учётом индивидуальных особенностей пациентов и т. д. Такие вопросы имеют тесную связь с направлениями персонализированной медицины (ПМ), которая активно развивается во всём мире [5]. Проблема выбора стандартной или индивидуальной схемы применения ЛП связана с тем, что эффективность стандартной схемы может существенно отличаться от прогнозируемой [6, 7]. Концепция ПМ включает оценку влияния индивидуальных особенностей людей: восприимчивости к определённым заболеваниям, их ответную реакцию на проводимое лечение, которое должно быть адаптировано к потребностям отдельных пациентов, учитывать влияние фармакогенетических факторов на метаболизм ЛП³. Использование новых технологий в изучении генетической (оценка ферментативной активности, обуславливающей скорость метаболизма ряда ЛП) и эпигенетической информации (состав микробиома, история болезни, образ жизни и диета, влияние факторов окружающей среды и т. д.) даёт возможность прогнозировать, какие ЛП будут безопасными и эффективными для каждого пациента, а какие требуют проведения дополнительных анализов, индивидуального подбора режимов дозирования, повышенного контроля за эффективностью и безопасностью лекарственной терапии [8].

Высокий уровень доверия фармацевтическим работникам со стороны потребителей, готовность специалистов оказать информационно-консультативную помощь, в том числе по вопросам выбора ЛП и особенностям его дозирования, обуславливает значимость знаний в области ПМ для профессиональной деятельности сотрудников АО. Важную роль также имеет направление практического применения — использование при обновлении алгоритмов СОП, что повышает качество фармацевтического консультирования при отпуске ЛП и, следовательно, эффективность их применения [9].

Цель исследования — оценка уровня информированности работников фармацевтического профиля о подходах ПМ к оптимизации лекарственной терапии и возможности их введения в схемы консультирования и информирования.

Материалы и методы

В работе использованы методы контент-анализа и анкетирования. Изучены нормативные документы и публикации по вопросам консультирования посетителей в АО; современные нормативные документы, регламентирующие государственную политику в области ПМ.

³Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 24.04.2018 № 186 «Об утверждении Концепции прецизионной, превентивной и персонализированной медицины». URL: <https://www.consultant.ru/cons/cgi/online.cgi?req=doc&base=EXP&n=612584#KAt9ogTYSho7G3Xu> (дата обращения: 10.06.2023).

Основной этап исследования включал анкетирование специалистов АО Воронежа (КП ВО «Воронежфармация», ООО «АМП», ООО «Апрель Воронеж», ООО «Аптека 36», ЗАО «Картинки», ЗАО «Фармпрепараты», ООО «Фарм Север») с января по март 2023 г. С целью привлечения сотрудников к опросу во вступительной части анкеты акцентировано внимание на значимой и растущей роли АО в системе медицинской и фармацевтической помощи населению, необходимости дальнейшего совершенствования и стандартизации алгоритмов информирования и консультирования при отпуске ЛП [10].

Анкета включала блоки вопросов по изучению:

- 1) социально-демографических характеристик респондентов;
- 2) мнения фармацевтических работников об организации информационной работы при отпуске ЛП и её значимости для потребителей и сотрудников АО;
- 3) мнения фармацевтических работников об актуальности развития алгоритмов консультирования и информирования с учётом инновационных подходов ПМ к оптимизации лекарственной терапии.

Опрошено 196 респондентов разных возрастных групп, имеющих среднее или высшее образование, в том числе вступивших в систему непрерывного фармацевтического образования (НФО).

Статистическая обработка результатов проведена с помощью программы «Microsoft Office Excel». Для определения влияния социально-демографических характеристик на оценки респондентов использован метод χ^2 Пирсона. Уровень значимости α был принят равным 0,05.

Результаты

Специалисты АО, принявшие участие в опросе, были разделены на четыре возрастные группы: до 25 лет — 59,7%; 26—40 лет — 24%; 41—55 лет — 11,2%; 56 лет и старше — 5,1%. Распределение респондентов по уровню образования было следующим: 28,1% — среднее фармацевтическое образование; 71,9% — высшее образование; 93,9% опрошенных на момент исследования вступили в систему НФО. Руководящих работников (заведующий/директор аптеки, заместитель заведующего) было 16,8%; специалистов (провизор, фармацевт) — 83,2%.

Анализ ответов на вопросы анкеты, связанные с организацией информационной работы при отпуске ЛП, позволил установить, что большинство респондентов (95,9%) знакомы с регламентирующей нормативной документацией, 86,2% различают термины «фармацевтическое консультирование» и «фармацевтическое информирование». В качестве основного отличительного критерия направлений информирования и консультирования 96,9% опрошенных назвали «Категория специалистов в области здравоохранения (медицинские или фармацевтические работники), принимающие решение о выборе ЛП для пациента». На вопрос анкеты «Используете ли Вы в работе алгоритмы консультирования и информирования, утверждённые в организации?» 89,3% респондентов ответили положительно.

Оценка значимости информационной работы при отпуске ЛП для потребителей и для специалистов АО представлена на рис. 1.

В качестве критериев значимости информационной работы для потребителей большинством респондентов отмечены разъяснение/напоминание

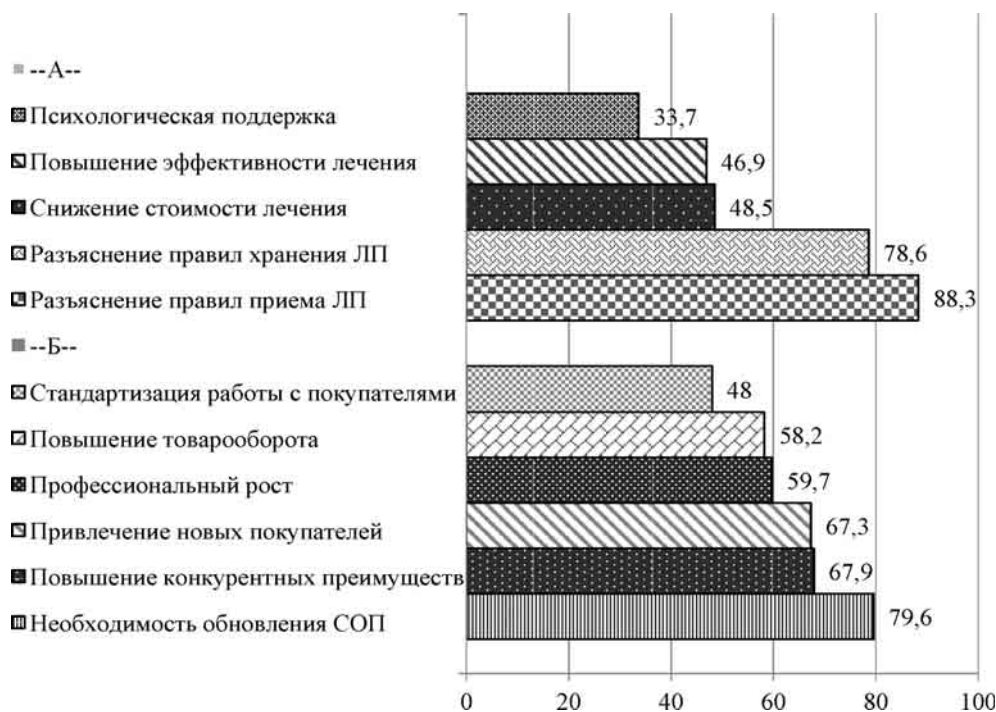


Рис. 1. Мнение (%) фармацевтических работников о значимости информационной работы для потребителей (А) и для специалистов АО (Б).

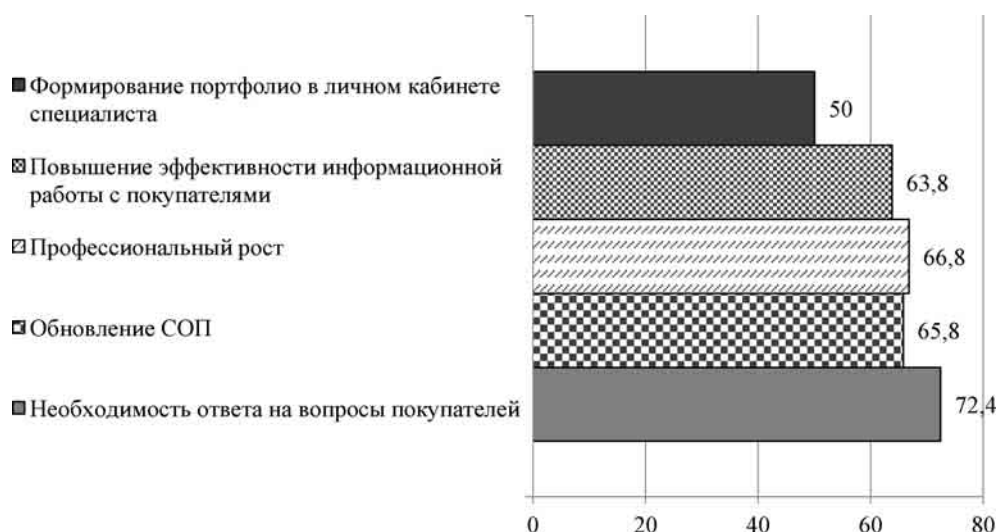


Рис. 2. Мнение фармацевтических работников о значимости знаний о ПМ для специалистов АО, %.

информации о правилах приёма ЛП (88,3%) и о правилах хранения ЛП в домашних условиях (78,6%). Значительная часть фармацевтических работников (48,5%) считают, что информационная работа способствует снижению стоимости лечения (приобретение препарата на курс, приобретение необходимой дозировки). Фактор «Повышение эффективности лечения» отметили 46,9% респондентов, «Психологическая поддержка» — 33,7%.

В выборе факторов разъяснение/напоминание информации о правилах приёма и о правилах хранения ЛП не обнаружено статистически значимых отличий среди респондентов разных возрастных групп и уровня образования. Факторы «Повышение эффективности лечения» и «Снижение стоимости лечения» более значимыми считают фармацевтические работники в возрасте 26—40 лет ($p < 0,05$), фактор психологической поддержки является более важным для респондентов в возрасте 41—55, 56 и более лет ($p < 0,05$).

При проведении оценки значимости консультирования для АО определены следующие основные критерии, отмеченные специалистами: стандартизация работы с покупателями (48%), повышение товарооборота (58,2%), мотивация работников к обучению и профессиональному росту (59,7%), привлечение новых покупателей (67,3%), повышение конкурентных преимуществ организации (67,9%). Наиболее высокую оценку значимости фармацевтические работники дали критерию «Необходимость обновления СОП» — 79,6%, что определяется нормативными требованиями¹.

Статистически значимые отличия в оценке важности информационной работы для сотрудников АО, данной респондентами разных возрастных категорий, не установлены. Критерий «Необходимость обновления СОП» имеет большую значимость для категории руководящих работников ($p < 0,05$), что может быть обусловлено их участием в процедуре обновления документации системы качества АО.

Следующим этапом стал анализ ответов на вопросы анкеты, связанные с ПМ, в том числе возможностью использования подходов ПМ в развитии алгоритмов консультирования и информирования. По результатам опроса установлено, что термин ПМ большинство специалистов (55,6%) понимают как комплекс мероприятий, направленный на подбор индивидуальных схем лечения в соответствии с особенностями пациентов, отличающихся от стандартов лечения определённой болезни. Только 12,8% респондентов знакомы с нормативной документацией, регламентирующей развитие ПМ в России. Специалистами аптек отмечены основные положения Концепции ПМ: выявление предрасположенностей к заболеванию — 61,7%, индивидуальное применение ЛП — 75%, мониторинг эффективности лечения с использованием биомаркеров — 36,7%. Из перечисленных целей Концепции ПМ в качестве приоритетных респонденты отметили значимость «Повышения эффективности традиционных методов лечения» — 49,5%; среди направлений решения задач — «Персонализация медикаментозной терапии» — 57,1%.

Анализ ответов на вопросы о необходимости знаний в области ПМ для работников фармацевтического профиля позволил установить, что большинство (71,9%) специалистов считают данное направление актуальным и отмечают следующие факторы, обуславливающие необходимость повышения уровня знаний: общий высокий уровень осведомлённости потребителей о характеристиках ЛП и назначаемых схемах лечения — необходимость ответа на вопросы покупателей — выбор 72,4% специалистов; необходимость актуализации «Стандартов работы с покупателями» и СОП — 65,8%; профессиональный рост — 66,8%; повышение эффективности информационной работы с покупателями — 63,8%; необходимость ведения портфолио в личном кабинете для прохождения государственной аккредитации — 50,0% (рис. 2).

Актуальным направлением практического применения знаний о ПМ в деятельности АО специали-

сты считают совершенствование алгоритмов фармацевтического консультирования — 77,0% респондентов в общей схеме консультирования отметили этап «Определение особенностей применения ЛП для конкретного пациента». В качестве оптимальной формы получения новой информации о ПМ указаны образовательные мероприятия, аккредитованные в системе непрерывного фармацевтического образования (74,3%).

Обсуждение

Рост значимости фармацевтической помощи населению для медицины и фармации обуславливает необходимость дальнейшего совершенствования алгоритмов консультирования и информирования в АО [11, 12]. Повышение качества информационной работы при отпуске ЛП имеет положительные стороны не только для потребителей, но и для фармацевтических работников. Специалисты АО Воронеж считают наиболее значимыми преимуществами фармацевтического консультирования: для аптек — повышение конкурентоспособности (67,9%) и привлечение новых покупателей (67,3%), для потребителей — разъяснение информации о правилах приёма (88,3%) и хранения препаратов (78,6%). Использование алгоритмов консультирования и информирования помогает в практической работе при реализации ЛП, поэтому 89,3% респондентов используют стандарты, утверждённые в АО, при этом 79,6% считают их обновление необходимым. Оценка уровня информированности работников фармацевтического профиля о подходах ПМ к оптимизации лекарственной терапии позволяет сделать вывод о том, что специалисты считают данное направление одним из актуальных для развития алгоритмов консультирования. Значимость индивидуального подхода обусловлена не только требованиями стандартов медицинской помощи, но и возможностью оптимизации режимов дозирования ряда ЛП, получения достоверной информации о состоянии организма, в том числе в процессе проводимой терапии для прогнозирования эффективности лечения и корректировки режимов дозирования. Большинство специалистов отмечают необходимость знаний о подходах ПМ, связанных с обращением (реализация, использование) лекарственных средств: «Повышение эффективности традиционных методов лечения» и «Персонализация медикаментозной терапии». Дальнейшее развитие концепции ПМ требует достаточного уровня информированности не только от медицинских, но и от фармацевтических работников. Сотрудниками АО отмечены критерии значимости знаний в области ПМ: необходимость квалифицированных ответов на вопросы покупателей (72,4%) и профессиональный рост (66,8%). Критерий «Необходимость обновления СОП» является важным фактором как для реализации алгоритмов консультирования, утверждённых в АО, так и для приобретения фармацевтическими работниками новых знаний, в том числе о персонализированном подходе к лечению.

В качестве важного результата проведённого исследования можно отметить, что фармацевтические работники считают оптимальной формой получения новой информации конференции и вебинары с участием научных работников и практикующих врачей, посвящённые актуальным вопросам лекарственного обеспечения, терапии и профилактики заболеваний. Рекомендации по вопросам консультирования посетителей АО могут быть представлены и обсуждены на образовательных мероприятиях, аккредитованных для медицинских и фармацевтических специальностей в системе непрерывного образования. При этом алгоритмы информирования должны формироваться в активном взаимодействии врачей и фармацевтических работников, что окажет положительное влияние на качество информационной помощи населению при реализации ЛП.

Заключение

Организация информационно-консультативной работы при отпуске ЛП является одной из наиболее значимых функций АО, которая направлена на формирование у пациентов ответственного отношения к здоровью, выполнение врачебных назначений, проведение возможных мер профилактики. Необходимость дальнейшего совершенствования стандартов фармацевтического консультирования обусловлена внедрением инновационных технологий в медицине и фармации, а также изменениями в сфере нормативного регулирования. Фармацевтические работники считают использование подходов ПМ к лекарственной терапии одним из актуальных направлений развития алгоритмов консультирования — в общей схеме консультирования для этапа «Определение особенностей применения ЛП для конкретного пациента».

ЛИТЕРАТУРА

1. Клименкова А. А., Скрипко А. А., Геллер Л. Н., Голубенко Р. А. Процессный подход в управлений деятельностью аптечной организации // Вестник российской военно-медицинской академии. 2022. Т. 24, № 3. С. 475—480.
2. Израфилова В. А., Егорова С. Н., Гарифуллина Г. Х. и др. Проблемы ответственного самолечения при симптомах аллергии и фармацевтическое консультирование // Фармация и фармакология. 2020. Т. 8, № 5. С. 354—361.
3. Соболева М. А., Амелина И. В. Возможности фармацевтического консультирования при отпуске и реализации сердечно-сосудистых препаратов // Вопросы обеспечения качества лекарственных средств. 2017. № 2. С. 18—25.
4. Чернявская М. А., Наркевич И. А. Оценка уровня информированности фармацевтических специалистов о фармакотерапии климактерического синдрома по результатам анкетирования // ФАРМАКОЭКОНОМИКА. Современная фармакоэкономика и фармакоэпидемиология. 2021. Т. 14, № 2. С. 225—233.
5. Короткова М. Н. Социальная политика государства: персонализированная медицина в контексте модернизации Российской системы здравоохранения // Общество: политика, экономика, право. 2020. Т. 82, № 5. С. 34—37.
6. Коробко И. В. Персонализированная медицина: изменение парадигмы здравоохранения // Вестник Росздравнадзора. 2018. № 2. С. 16—21.
7. Драпкина О. М., Иванова А. А. Возможности персонализированной медицины в борьбе с хроническими неинфекционными заболеваниями: достижения и перспективы // Кардиология. 2021. Т. 61, № 11. С. 98—103.

8. Кукес В. Г., Сычев Д. А. Персонализированная медицина: новые возможности для повышения безопасности фармакотерапии // Ремедиум. 2010. № 1. С. 38—40.
9. Петрова С. В., Кононова С. В., Пономарева А. А. и др. Фармацевтическое консультирование: эффективность и безопасность // Ремедиум. 2019. № 11. С. 40—46.
10. Олейникова Т. А., Барыбина Е. С. Рациональный подход к вопросу ответственного самолечения через призму фармацевтического консультирования // Ремедиум. 2022. № 1. С. 26—29.
11. Дорофеева В. В., Чан В. Д. Изучение факторов, влияющих на фармацевтическое консультирование в аптеках Вьетнама // Ремедиум. 2019. № 4. С. 32—35.
12. Чупандина Е. Е., Куролап М. С., Терновская Н. А. Выявление резервов повышения эффективности фармацевтического консультирования населения // Сеченовский вестник. 2017. Т. 30, № 4. С. 70—73.

REFERENCES

1. Klimenkova A. A., Skripko A. A., Geller L. N., Golubenko R. A. Process approach in pharmacy organization management. *Bulletin of the Russian military medical academy*. 2022;24(3):475—480. (In Russ.)
2. Izrafilova V. A., Egorova S. N., Garifullina G. Kh. et al. Problems of responsible self-medication of allergy symptoms and pharmaceutical counseling. *Pharmacy & Pharmacology*. 2020;8(5):354—361. (In Russ.)
3. Soboleva M. A., Amelina I. V. Opportunities for pharmaceutical consulting in the dispensing and sale of cardiovascular drugs. *Journal of pharmaceuticals quality assurance issue*. 2017;(2):18—25. (In Russ.)
4. Chernyavskaya M. A., Narkevich I. A. Survey-based evaluation of the awareness of pharmaceutical specialists on the pharmacotherapy of climacteric syndrome. *FARMAKOEKONOMIKA. Modern Pharmacoconomics and Pharmacoepidemiology*. 2021;14(2):225—233. (In Russ.)
5. Korotkova M. H. Social policy of the state: personalized medicine as part of the Russian Healthcare system modernization. *Society: politics, economics, law*. 2020;82(5):34—37. (In Russ.)
6. Korobko I. V. Personalized medicine: changing healthcare paradigm *Bulletin of Roszdravnadzor*. 2018;(2):16—21. (In Russ.)
7. Drapkina O. M., Ivanova A. A. Personalized medicine in non-communicable diseases: latest advances and future prospects. *Cardiology*. 2021;61(11):98—103. (In Russ.)
8. Kukes V. G., Sychev D. A. Personalized medicine: new ways to improve drug efficiency. *Remedium*. 2010;(1):38—40. (In Russ.)
9. Petrova S. V., Kononova S. V., Ponomareva A. A. et al. Pharmaceutical consulting: efficacy and safety. *Remedium*. 2019;(11):40—46. (In Russ.)
10. Oleinikova T. A., Baribina E. S. A rational approach to the issue of responsible self-treatment through the prism of pharmaceutical counseling. *Remedium*. 2022;(1):26—29. (In Russ.)
11. Dorofeeva V. V., Tran V. D. A study of factors influencing pharmaceutical counseling in Vietnamese community pharmacies. *Remedium*. 2019;(4):32—35. (In Russ.)
12. Chupandina E. E., Kurolap M. S., Ternovaya N. A. Identification of reserves to increase the effectiveness of pharmaceutical counseling for the population. *Sechenovskij vestnik*. 2017;30(4):70—73. (In Russ.)

Вклад авторов: все авторы сделали эквивалентный вклад в подготовку публикации. Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

Contribution of the authors: the authors contributed equally to this article. The authors declare no conflicts of interests.

Статья поступила в редакцию 25.04.2023; одобрена после рецензирования 06.06.2023; принята к публикации 07.11.2023. The article was submitted 25.04.2023; approved after reviewing 06.06.2023; accepted for publication 07.11.2023.

Научная статья

УДК 614.2

doi:10.32687/1561-5936-2023-27-4-344-349

Доступность медицинской помощи при онкологических заболеваниях взрослых при применении лекарственных препаратов off-label: анализ клинических рекомендаций и стандартов медицинской помощи

Юлия Анатольевна Ледовских

Центр экспертизы и контроля качества медицинской помощи, Москва, Россия; Национальный научно-исследовательский институт общественного здоровья имени Н. А. Семашко, г. Москва, Российская Федерация; Российская медицинская академия непрерывного профессионального образования, Москва, Россия

jledovskih@gmail.com, <http://orcid.org/0000-0002-7567-6027>

Аннотация. Применение лекарственных препаратов не в соответствии с инструкцией по медицинскому применению (off-label) является актуальной проблемой во всём мире. Вопрос применения лекарственных препаратов off-label в российском законодательстве урегулирован не в полной мере.

Цель исследования — анализ клинических рекомендаций, размещённых в Рубрикаторе клинических рекомендаций Минздрава России по лечению онкологических заболеваний для возрастной категории «взрослые» на предмет наличия противоопухолевых лекарственных препаратов off-label и оценки согласованности перечней противоопухолевых лекарственных препаратов в клинических рекомендациях и стандартах медицинской помощи.

Результаты исследования показали, что в ряде клинических рекомендаций по лечению онкологических заболеваний описано применение лекарственных препаратов off-label. Однако ввиду законодательных ограничений данные лекарственные препараты не включены в стандарты медицинской помощи взрослым при онкологических заболеваниях, разработанных на основе клинических рекомендаций. Создаётся ситуация, которая приводит к несогласованности стандартов медицинской помощи взрослым и клинических рекомендаций. Для системы здравоохранения является актуальным вопрос урегулирования порядка включения в стандарты медицинской помощи взрослым лекарственных препаратов off-label на основе научно обоснованной информации, представленной в клинических рекомендациях, с целью гармонизации документов, регулирующих в системе здравоохранения России вопросы как оказания медицинской помощи, так и её финансирования с целью повышения доступности.

Ключевые слова: лекарственные препараты; off-label; клинические рекомендации; стандарты медицинской помощи; онкологические заболевания; нормативные правовые акты

Для цитирования: Ледовских Ю. А. Доступность медицинской помощи при онкологических заболеваниях взрослых при применении лекарственных препаратов off-label: анализ клинических рекомендаций и стандартов медицинской помощи // Ремедиум. 2023. Т. 27, № 4. С. 344—349. doi:10.32687/1561-5936-2023-27-4-344-349

Original article

Accessibility of medical care for adult cancer diseases using off-label drugs: clinical recommendations and standards of medical care analysis

Yulia A. Ledovskikh

Center for Healthcare Quality Assessment and Control, Moscow, Russia; N. A. Semashko National Research Institute of Public Health, Moscow, Russian Federation; Russian Medical Academy of Continuous Professional Education, Moscow, Russia

jledovskih@gmail.com, <http://orcid.org/0000-0002-7567-6027>

Annotation. Currently, the use of off-label drugs is an actual problem all over the world. Use of off-label drugs are not fully regulated in Russian legal system. While the study, clinical guidelines for the treatment of cancer for the adult age group posted in the Rubricator of the Ministry of Health of Russia were analyzed for the presence of off-label anticancer drugs and an assessment was made of the consistency of the lists of anticancer drugs in clinical guidelines and standards of medical care. The results of the study showed that a number of clinical guidelines for the treatment of cancer describe the use of off-label drugs. However, due to legislative restrictions, these drugs are not included in the standards of medical care for adults with cancer developed on the basis of clinical guidelines. This creates a situation that leads to inconsistency between the standards of medical care for adults and clinical recommendations.

For the healthcare system, the issue of regulating the procedure for including off-label drugs in the standards of medical care for adults on the basis of evidence-based information presented in clinical guidelines is an urgent issue in order to harmonize documents that regulate both the provision and financing of medical care in the healthcare system of the Russian Federation to improve its accessibility.

Keywords: drugs; off-label; clinical guidelines; standards of medical care; cancer diseases; regulations

For citation: Ledovskikh Yu.A. Accessibility of medical care for adult cancer diseases using off-label drugs: clinical recommendations and standards of medical care analysis. *Remedium*. 2023;27(4):344–349. (In Russ.). doi:10.32687/1561-5936-2023-27-4-344-349

Введение

Таблица 1

Проблема применения лекарственных препаратов (ЛП) не в соответствии с инструкцией по медицинскому применению, т. е. «вне инструкции» (off-label), в клинической практике актуальна во всём мире. Применение ЛП off-label подразумевает использование ЛП по показаниям, в возрастной популяции, в дозе и способе применения, не утверждённым в зарегистрированной в стране инструкции по медицинскому применению ЛП. Общепринято считать, что проблема применения ЛП off-label наиболее актуальна для педиатрической и акушерской практики, что обусловлено ограничениями возможности включения в клинические испытания детей и беременных женщин [1].

Вопросы нормативного правового регулирования применения ЛП off-label в России также актуальны [2]. В федеральном законодательстве, регулирующем правоотношения в сфере здравоохранения, вопросы применения ЛП off-label при оказании медицинской помощи освещены не в полной мере, а также имеется несогласованность положений отдельных документов. В приказе Минздрава России¹, определяющем требования к клиническим рекомендациям (КР), имеется указание на возможность включения в тезис-рекомендации КР информации о применении ЛП с соблюдением определённых условий, если рекомендуется его применение не в соответствии с показаниями и противопоказаниями, способами применения и дозами, указанными в инструкции по медицинскому применению ЛП. При этом в стандарты медицинской помощи, разрабатываемые на основе КР и являющиеся нормативными правовыми актами (НПА), которые наряду с КР следует считать документами, регулирующими вопросы организации и финансирования медицинской помощи в системе здравоохранения России, до 2022 г. не допускалось включение ЛП off-label. Вступление в силу ч. 14.1 ст. 37 Федерального закона № 323² обозначило возможность включения ЛП off-label в КР, разработанные для возрастных категорий «взрослые» и «дети», а в стандарты медицинской помощи — только для возрастной категории «дети». В настоящее время НПА допускается включение ЛП off-label не во все КР и стандарты медицинской помощи детям, а только в относящиеся к определённому перечню заболеваний, при которых допускается применение ЛП вне инструкции по его применению. Данный перечень заболеваний утверждён распоряжением Правительства РФ³. В целом вопрос

Перечень КР, включённых в исследование

Локализация онкологического заболевания	Доля в структуре онкологической заболеваемости, %	Наименование КР
Молочная железа	12,1	Рак молочной железы
Кожа (кроме меланомы)	11,8	Плоскоклеточный рак кожи Базальноклеточный рак кожи
Трахея, бронхи, лёгкое	9,7	Злокачественное новообразование бронхов и лёгкого
Ободочная кишка	7,1	Злокачественное новообразование ободочной кишки
Предстательная железа	6,9	Рак предстательной железы
Желудок	5,5	Рак желудка

включения ЛП off-label в КР и стандарты медицинской помощи детям можно считать нормативно урегулированным, что нельзя сказать о стандартах медицинской помощи взрослым.

Целью данной работы является анализ КР по лечению онкологических заболеваний, размещённых в рубрикаторе КР Минздрава России, для возрастной категории «взрослые» на предмет наличия ЛП off-label, применяемых при проведении противоопухолевой лекарственной терапии, и оценка согласованности в части ЛП КР и стандартов медицинской помощи, разработанных на их основе.

Материалы и методы

Для проведения исследования на основании статистических данных о заболеваемости онкологическими заболеваниями для последующего анализа были отобраны КР, размещённые в Рубрикаторе клинических рекомендаций Минздрава России. В исследование были включены КР, описывающие диагностику и лечение наиболее распространённых онкологических заболеваний, занимающих в сумме не менее половины в структуре онкологической заболеваемости (табл. 1).

Все включённые в исследование КР относились к возрастной категории «взрослые».

Анализ КР проводили в два этапа. На первом этапе для каждой КР был определён перечень рекомендуемых схем противоопухолевой лекарственной терапии (ПОЛТ). Если в КР в рамках назначения схемы ПОЛТ указывались альтернативные ЛП, то в рамках данной работы такие схемы ПОЛТ считались одной схемой. Например, в КР «Рак молочной железы» указана схема ПОЛТ, предусматривающая альтернативные ЛП: «Анастрозол 1 мг/сут или летрозол 2,5 мг/сут или эксеместан 25 мг/сут внутрь ежедневно + палбоциклиб 125 мг/сут или рибоциклиб 600 мг/сут внутрь в 1—21-й дни, интервал 1 нед (длительность цикла 28 дней) или абемациклиб по 300 мг/сут внутрь (в 2 приёма) ежедневно до прогрессирования или неприемлемой токсичности»⁴.

На втором этапе проведён анализ наличия в схемах ПОЛТ ЛП, применение которых не соответствовало инструкциям по медицинскому применению.

¹ Приказ Минздрава России от 28.02.2019 № 103н «Об утверждении порядка и сроков разработки клинических рекомендаций, их пересмотра, типовой формы клинических рекомендаций и требований к их структуре, составу и научной обоснованности включаемой в клинические рекомендации информации».

² Федеральный закон от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации».

³ Распоряжение Правительства РФ от 16.05.2022 № 1180-р «Об утверждении перечня заболеваний или состояний (групп заболеваний или состояний), при которых допускается применение лекарственного препарата в соответствии с показателями (характеристиками) лекарственного препарата, не указанными в инструкции по его применению».

⁴ URL: https://cr.minzdrav.gov.ru/recomend/379_4

Таблица 2

Таблица 3

Количество схем ПОЛТ, определённых на основе КР

Наименование КР	Количество схем ПОЛТ	Количество схем с ЛП off-label	Доля схем с ЛП off-label, %
Плоскоклеточный рак кожи	10	10	100
Рак желудка	40	25	63
Злокачественное новообразование ободочной кишки	71	29	41
Рак молочной железы	101	23	23
Злокачественное новообразование бронхов и лёгкого	75	11	15
Рак предстательной железы	44	0	0
Базальноклеточный рак кожи	1	0	0

нию, размещённым в Государственном реестре лекарственных средств (ГРЛС)⁵, и сформирован перечень международных непатентованных наименований (МНН) ЛП. В рамках данного исследования использовались электронные образы инструкций по медицинскому применению, размещённые в ГРЛС в период с апреля 2022 г. по апрель 2023 г., на основании которых ЛП в схемах ПОЛТ классифицировались по трем категориям:

- «соответствие инструкции» — в случае, если показания к применению, указанные в инструкции по медицинскому применению ЛП, соответствовали онкологическому заболеванию, для которого в КР рекомендовано применение ЛП, а указанные в КР способ применения и дозы соответствовали информации о режиме дозирования, указанной в инструкции по медицинскому применению;
- «off-label по показаниям» — в случае, если показания к применению, указанные в инструкции по медицинскому применению ЛП, не соответствовали онкологическому заболеванию или клинической ситуации, для которых в КР рекомендован ЛП;
- «off-label по способу применения и/или дозы» — в случае, если способ применения и дозы, указанные в КР, не соответствовали информации о режиме дозирования, указанной в инструкции по медицинскому применению.

Полученный перечень МНН ЛП был сопоставлен с перечнями ЛП в стандартах медицинской помощи, разработанных на основе КР.

Результаты

В результате анализа включённых в исследование КР минимальное количество схем ПОЛТ было определено на основе КР «Базальноклеточный рак кожи» (1 схема ПОЛТ), максимальное — на основе КР «Рак молочной железы» (101 схема ПОЛТ) (табл. 2). В КР «Плоскоклеточный рак кожи» все схемы ПОЛТ включают в себя ЛП off-label, в то же время в КР «Рак предстательной железы» и «Базальноклеточный рак» в схемах ПОЛТ все ЛП соответствуют инструкции по медицинскому применению. В оставшихся четырех включённых в исследование

Перечень МНН ЛП в схемах ПОЛТ, отнесённых к категории «off-label по показаниям» и «off-label по способу применения и/или дозы» для КР

Наименование КР	Off-label по показаниям	Off-label по способу применения и/или дозы
Плоскоклеточный рак кожи	Доксорубин Капецитабин Карбоплатин Ниволумаб Паклитаксел Панитумумаб Пембролизумаб Фторурацил Цетуксимаб Цисплатин	Нет
Рак желудка	Иринотекан Кальция фолинат Оксалиплатин Паклитаксел Цисплатин	Доцетаксел Иринотекан Капецитабин Рамуцирумаб Трастузумаб
Злокачественное новообразование ободочной кишки	Афлиберцепт Бевацизумаб Вемурафениб Дабрафениб Кобиметиниб Лапатиниб Панитумумаб Пертузумаб Рамуцирумаб Траметиниб Трастузумаб Цетуксимаб	Ипилимумаб Регорафениб Цетуксимаб
Рак молочной железы	Бевацизумаб Капецитабин Карбоплатин Метотрексат Цисплатин Этопозид	Бевацизумаб Гемцитабин Капецитабин Лапатиниб Циклофосфамид
Злокачественное новообразование бронхов и лёгкого	Иринотекан Пембролизумаб Этопозид	Бевацизумаб Ниволумаб Винорелбин Пеметрексед Ипилимумаб
Рак предстательной железы	Нет	Нет
Базальноклеточный рак кожи	Нет	Нет

КР доля схем ПОЛТ с ЛП off-label, составляет 15—63%.

Перечень МНН ЛП в схемах ПОЛТ, отнесённых к категории «off-label по показаниям» и «off-label по способу применения и/или дозы» для КР, представлен в табл. 3. Для одной КР МНН ЛП мог быть отнесён одновременно к двум категориям ЛП off-label, например, ЛП цетуксимаб в схемах ПОЛТ, описанных в КР «Злокачественное новообразование ободочной кишки». Одновременно с этим в ряде схем ПОЛТ, рекомендованных в данных КР, ЛП цетуксимаб применяется в соответствии с инструкцией по медицинскому применению.

На основании сформированных перечней МНН ЛП по 3 категориям был проведён расчёт доли МНН ЛП off-label для КР (табл. 4). Из семи включённых в исследование КР ЛП off-label имеются в пяти, их доли составляют 23—100%. Так, в КР «Плоскоклеточный рак кожи» все противоопухолевые ЛП являются ЛП off-label.

Сопоставление перечней МНН ЛП, полученных в рамках данного исследования, с перечнями МНН ЛП, представленных в стандартах медицинской помощи, дало следующие результаты. В стандартах медицинской помощи взрослым при раке предста-

⁵ URL: <https://grls.rosminzdrav.ru/Default.aspx>

Таблица 4
Количество МНН ЛП, определённых на основе КР

Наименование КР	Количество МНН	Количество МНН ЛП off-label	Доля МНН ЛП off-label, %
Плоскоклеточный рак кожи	11	11	100
Рак желудка	13	9	69
Злокачественное новообразование ободочной кишки	24	14	58
Рак молочной железы	43	9	21
Злокачественное новообразование бронхов и лёгкого	31	7	23
Рак предстательной железы	15	0	0
Базальноклеточный рак кожи	1	0	0

тельной железы⁶ и базальноклеточном раке коже⁷, перечень МНН ЛП соответствует перечню ЛП, рекомендованных в КР. В стандарте медицинской помощи взрослым при плоскоклеточном раке кожи⁸ раздел с ЛП отсутствует, т. к. все ЛП off-label. В стандарте медицинской помощи взрослым при раке желудка⁹ отсутствует одно МНН ЛП, указанное в КР (кальция фолинат). Также на одно МНН ЛП отличается перечень ЛП в проекте стандарта медицинской помощи взрослым при раке лёгкого¹⁰ от перечня ЛП, указанного в КР (ириротекан). Наибольшее количество МНН ЛП, отсутствующих в стандарте медицинской помощи по сравнению с КР, было получено для проекта стандарта медицинской помощи взрослым при злокачественном новообразовании ободочной кишки¹¹ (вемурафениб, дабрафениб, кобиметиниб, лапатиниб, пертузумаб, траметиниб, тразостумаб).

Ограничением проведённого сопоставления перечней МНН ЛП в КР и стандартах медицинской помощи является отсутствие возможности оценить значения усреднённых показателей частоты предоставления МНН ЛП, указанных в стандарте медицинской помощи, т. е. невозможно оценить объём включённых в стандарт медицинской помощи схем ПОЛТ, рекомендованных в КР.

Обсуждение

Анализ КР и стандартов медицинской помощи показал, что для ряда онкологических заболеваний взрослых проблема применения ЛП off-label актуальна не в меньшей степени, чем для педиатрической и акушерской практики [3]. В последние годы количество назначений ЛП off-label при онкологических заболеваниях увеличивается [4, 5], особенно

⁶ Приказ Минздрава России от 08.02.2022 № 63н «Об утверждении стандартов медицинской помощи взрослым при раке предстательной железы».

⁷ Приказ Минздрава России от 18.02.2021 № 102н «Об утверждении стандартов медицинской помощи взрослым при базальноклеточном раке кожи».

⁸ Приказ Минздрава России от 10.03.2021 № 177н «Об утверждении стандартов медицинской помощи взрослым при плоскоклеточном раке кожи».

⁹ Приказ Минздрава России от 01.03.2021 № 144н «Об утверждении стандартов медицинской помощи взрослым при раке желудка».

¹⁰ URL: <https://regulation.gov.ru/Regulation/Npa/PublicView?npaID=138077>

¹¹ URL: <https://regulation.gov.ru/Regulation/Npa/PublicView?npaID=138376>

остро стоит вопрос применения ЛП off-label при назначении таргетных препаратов [6], воздействующих на мишени в зависимости от молекулярно-генетических свойств опухоли.

В то же время в законодательстве России в части применения ЛП off-label имеется ряд вопросов, требующих урегулирования. Отсутствует определение ЛП off-label и прямое разрешение или запрет на их применение. В то же время НПА Евразийского экономического союза (ЕАЭС) дано определение применению ЛП не в соответствии с инструкцией по медицинскому применению или общей характеристикой ЛП как «*намеренное применение* лекарственного препарата с медицинской целью не в соответствии с условиями, определяемыми общей характеристикой лекарственного препарата или инструкцией по медицинскому применению»¹², что позволяет сделать вывод о том, что согласно законодательству ЕАЭС применение ЛП off-label допустимо. В настоящее время видится целесообразным внесение изменений в законодательство РФ об обращении лекарственных средств в части определения ЛП off-label в рамках проводимой гармонизации законодательства государств — членов ЕАЭС в сфере обращения лекарственных средств.

Вступление в силу распоряжения Правительства РФ¹³ обозначило перечень заболеваний, при которых допускается применение ЛП off-label, но остаётся открытым вопрос о возможности применения ЛП off-label для заболеваний, не включённых в данный перечень. Следует отметить, что онкологические заболевания включены в перечень и согласно ч. 14.1 ст. 37 Федерального закона № 323 включение ЛП off-label допустимо в КР, относящиеся к кодам МКБ-10: C00—C97, D01—D30, D32—D48. При этом сохраняются ограничения на законодательном уровне на включение ЛП off-label в стандарты медицинской помощи взрослым при онкологических заболеваниях, разрабатываемых на основе КР. Создаётся ситуация несогласованности в части ЛП КР и стандартов медицинской помощи взрослым, когда согласно законодательству медицинская помощь организуется и оказывается на основе КР и с учётом стандартов медицинской помощи, что не позволяет решать задачи при планировании бюджета программы государственных гарантий бесплатного оказания медицинской помощи и противоречит основным принципам оказания медицинской помощи.

Вступление в силу ч. 14.1 ст. 37 Федерального закона № 323 решило проблему согласованности КР и стандартов медицинской помощи в части ЛП off-label только для возрастной категории «дети» и

¹² Решение Совета Евразийской экономической комиссии от 03.11.2016 № 87 «Об утверждении Правил надлежащей практики фармаконадзора Евразийского экономического союза».

¹³ Распоряжение Правительства РФ от 16.05.2022 № 1180-р «Об утверждении перечня заболеваний или состояний (групп заболеваний или состояний), при которых допускается применение лекарственного препарата в соответствии с показателями (характеристиками) лекарственного препарата, не указанными в инструкции по его применению».

только для отдельных заболеваний, обозначенных в распоряжении Правительства.

Следует отметить, что в НПА, регулирующих взаимоотношения в сфере здравоохранения, первое упоминание о возможности применения ЛП не в соответствии с инструкцией по медицинскому применению было обозначено в требованиях к КР. Кроме того, были обозначены условия, при которых информация о применении ЛП off-label может быть отражена в тезис-рекомендации КР: «указываются сведения о способе применения лекарственного препарата и дозе, длительности его приёма с указанием ссылок на клинические исследования эффективности и безопасности применяемого режима дозирования при данном заболевании либо ссылок на соответствующие источники литературы»¹⁴. Можно считать, что КР являются основным источником информации в системе здравоохранения РФ о режиме дозирования ЛП off-label, эффективности и безопасности их применения при определённом заболевании.

Несмотря на распространённое мнение о возможности назначения ЛП off-label по решению врачебной комиссии, согласно приказу о деятельности врачебной комиссии¹⁵ данными функциями она не наделена. В функции врачебной комиссии входит принятие решения только о назначении ЛП, не входящих в соответствующий стандарт медицинской помощи, а также по торговым наименованиям, что вовсе не тождественно решению о возможности назначения ЛП off-label, т. к. в приказе о деятельности врачебной комиссии не закреплена возможность принятия решения о назначении ЛП не в соответствии с инструкцией по медицинскому применению [7].

Одновременно с этим НПА, регулирующие вопросы оплаты медицинской помощи, оказанной в рамках программы государственных гарантий бесплатного оказания медицинской помощи, не накладывают ограничений по возмещению затрат медицинским организациям при применении ЛП off-label. Единственным ограничением для возмещения затрат на ЛП при оказании медицинской помощи является отсутствие ЛП в перечне жизненно необходимых и важнейших лекарственных препаратов. Кроме того, НПА, регулирующие экспертизу качества медицинской помощи, также не устанавливаются ограничений по применению ЛП off-label¹⁶. Отсутствие ограничений в части возмещения медицинской организации затрат за оказанную меди-

цинскую помощь при использовании ЛП, применяемых off-label, подтверждает и тот факт, что в расшифровке клинико-статистических групп в справочнике схем лекарственной терапии указаны схемы с режимом дозирования ЛП, не зарегистрированных в России, но рекомендованных в КР. Например, sh0969 «Цетуксимаб 500 мг/м² в/в в 1-й день; цикл 14 дней», согласно инструкции по медицинскому применению ЛП цетуксимаб дозируется в начальной дозе 400 мг/м² и далее в дозе 250 мг/м² еженедельно. При этом в проекте стандарта медицинской помощи при злокачественном новообразовании ободочной кишки ЛП цетуксимаб с режимом дозирования 500 мг/м² отсутствует, что подтверждает факт несогласованности КР и стандартов медицинской помощи взрослым в части ЛП.

Заключение

Требуется урегулирование порядка включения ЛП off-label в стандарты медицинской помощи взрослым на основе научно обоснованной информации, представленной в КР, что позволит гармонизировать документы, регулирующие в системе здравоохранения России вопросы оказания и финансирования медицинской помощи с целью повышения её доступности. В настоящее время применение в клинической практике ЛП off-label при онкологических заболеваниях взрослых согласно НПА можно считать допустимым.

ЛИТЕРАТУРА

1. Цыганкова О. В., Батлук Т. И., Латынцева Л. Д. и др. Юридические и медицинские аспекты назначения лекарственных средств вне инструкции. Точка зрения // Рациональная фармакотерапия в кардиологии. 2019. Т. 15, № 1. С. 130—134. DOI: 10.20996/1819-6446-2019-15-1-130-134
2. Хадарцев А. А., Иванов Д. В., Хадарцева К. А. Юридические аспекты применения лекарственных средств по иному назначению (обзор литературы) // Вестник новых медицинских технологий. Электронное издание. 2020. № 3. С. 115—123. DOI: 10.24411/2075-4094-2020-16654
3. Марцевич С. Ю., Навасардян А. Н., Комкова Н. А. Назначение лекарственных средств не в соответствии с официальной инструкцией по медицинскому применению (off-label). Возможные причины, виды и последствия. Правовое регулирование в Российской Федерации // Рациональная фармакотерапия в кардиологии. 2017. Т. 13, № 5. С. 667—674. DOI: 10.20996/1819-6446-2017-13-5-667-674
4. Saiyed M. M., Ong P. S., Chew L. Off-label drug use in oncology: a systematic review of literature // J. Clin. Pharm. Ther. 2017. Vol. 42, N 3. P. 251—258. DOI: 10.1111/jcpt.12507
5. Joerger M., Schaer-Thuer C., Koeberle D. et al. Off-label use of anticancer drugs in eastern Switzerland: a population-based prospective cohort study // Eur. J. Clin. Pharmacol. 2014. Vol. 70, N 6. P. 719—725. DOI: 10.1007/s00228-014-1662-5
6. Levêque D. Off-label use of targeted therapies in oncology // World J. Clin. Oncol. 2016. Vol. 7, N 2. P. 253—257. DOI: 10.5306/wjco.v7.i2.253
7. Навасардян А. Р., Марцевич С. Ю., Габай П. Г. Назначение лекарственных препаратов не в соответствии с официальной инструкцией по медицинскому применению (off-label), клинические рекомендации, стандарты оказания медицинской помощи и правовое регулирование в Российской Федерации. Часть 2 // Рациональная фармакотерапия в кардиологии. 2021. Т. 17, № 2. С. 286—293. DOI: 10.20996/1819-6446-2021-04-01

REFERENCES

1. Tsygankova O. V., Batluk T. I., Latyntseva L. D. et al. Legal and medical aspects of off-label medication use. Point of view. *Rational*

¹⁴ Приказ Минздрава России от 28.02.2019 № 103н «Об утверждении порядка и сроков разработки клинических рекомендаций, их пересмотра, типовой формы клинических рекомендаций и требований к их структуре, составу и научной обоснованности включаемой в клинические рекомендации информации».

¹⁵ Приказ Минздравсоцразвития России от 05.05.2012 № 502н «Об утверждении порядка создания и деятельности врачебной комиссии медицинской организации».

¹⁶ Приказ Минздрава России от 19.03.2021 № 231н «Об утверждении Порядка проведения контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию застрахованным лицам, а также её финансового обеспечения».

- Pharmacotherapy in Cardiology*. 2019;15(1):130—134. (In Russ.) DOI: 10.20996/1819-6446-2019-15-1-130-134
2. Khadartsev A. A., Ivanov D. V., Khadartseva K. A. Legal aspects off-label-use of drugs (literature review). *Journal of New Medical Technologies, e-edition*. 2020;(3):115—123. (In Russ.) DOI: 10.24411/2075-4094-2020-16654
 3. Martsevich S. Y., Navasardjan A. R., Komkova N. A. Off-label prescribing, possible causes, types and consequences. Legal regulation in the Russian Federation. *Rational Pharmacotherapy in Cardiology*. 2017;13(5):667—674. (In Russ.) DOI: 10.20996/1819-6446-2017-13-5-667-674
 4. Saiyed M. M., Ong P. S., Chew L. Off-label drug use in oncology: a systematic review of literature. *J. Clin. Pharm. Ther.* 2017;42(3):251—258. DOI: 10.1111/jcpt.12507
 5. Joerger M., Schaer-Thuer C., Koeberle D. et al. Off-label use of anticancer drugs in eastern Switzerland: a population-based prospective cohort study. *Eur. J. Clin. Pharmacol.* 2014;70(6):719—725. DOI: 10.1007/s00228-014-1662-5
 6. Levêque D. Off-label use of targeted therapies in oncology. *World J. Clin. Oncol.* 2016;7(2):253—257. DOI: 10.5306/wjco.v7.i2.253
 7. Navasardyan A. R., Martsevich S. Y., Gabay P. G. Prescribing drugs not in accordance with the official instructions for medical use (offlabel), clinical guidelines, standards of medical care and legal regulation in the Russian Federation. Part 2. *Rational Pharmacotherapy in Cardiology*. 2021;17(2):286—293. (In Russ.) DOI: 10.20996/1819-6446-2021-04-01

Автор заявляет об отсутствии конфликта интересов.

The author declares no conflicts of interests.

Статья поступила в редакцию 25.04.2023; одобрена после рецензирования 06.06.2023; принята к публикации 07.11.2023.

The article was submitted 25.04.2023; approved after reviewing 06.06.2023; accepted for publication 07.11.2023.

Вопросы управления, права, этики, психологии

Научная статья

УДК 614.2

doi:10.32687/1561-5936-2023-27-4-350-357

Андрагогика в разрезе подготовки специалистов столичного здравоохранения

Андрей Викторович Старшинин¹,
Елена Ивановна Аксенова², Анастасия Васильевна Камашева³,
Мария Юрьевна Филатова⁴, Виктория Михайловна Кураева⁵

¹Департамент здравоохранения города Москвы, Москва, Россия;

^{2,5}ГБУ города Москвы «Научно-исследовательский институт организации здравоохранения и медицинского менеджмента Департамента здравоохранения города Москвы», Москва, Россия;

^{3,4}ГБУ города Москвы «Московский центр аккредитации и профессионального развития в сфере здравоохранения», Москва, Россия

¹a.v.starshinin@mail.ru, <https://orcid.org/0009-0000-1685-9379>

²aksenovaei2@zdrav.mos.ru, <https://orcid.org/0000-0003-1600-1641>

³kamashevaav1@zdrav.mos.ru, <https://orcid.org/0009-0006-8942-1603>

⁴filatovamy1@zdrav.mos.ru, <https://orcid.org/0009-0004-2579-9362>

⁵kuraevavm@zdrav.mos.ru, <https://orcid.org/0000-0002-1437-5861>

Аннотация. Процесс подготовки кадров для системы здравоохранения призван обеспечивать доступность качественных образовательных услуг на протяжении всей трудовой деятельности. При организации профессионального обучения, где ключевыми моментами являются активные формы и методы обучения взрослых, следует обращать внимание в том числе на психологию обучаемых — взрослых: мотивацию, самостоятельное принятие решения о необходимости обучения в рамках своей профессиональной деятельности и заинтересованность в результатах своего обучения.

Ключевые слова: высшее медицинское образование; среднее профессиональное образование; мотивация; дополнительное профессиональное образование

Для цитирования: Старшинин А. В., Аксенова Е. И., Камашева А. В., Филатова М. Ю., Кураева В. М. Андрагогика в разрезе специалистов столичного здравоохранения // Ремедиум. 2023. Т. 27, № 4. С. 350—357. doi:10.32687/1561-5936-2023-27-4-350-357

Issues of management, law, ethics, psychology

Original article

Andragogy in the context of training specialists of the capital's healthcare

Andrey V. Starshinin¹, Elena I. Aksenova², Anastasia V. Kamasheva³, Maria Yu. Filatova³, Victoria M. Kuraeva²

¹The Department of Healthcare of the City of Moscow, Moscow, Russia;

^{2,5}Scientific Research Institute of Healthcare Organization and Medical Management of the Department of Healthcare of the City of Moscow, Moscow, Russia;

^{3,4}Moscow Center for Accreditation and Professional Development in the Field of Healthcare (Personnel Center), Moscow, Russia

¹a.v.starshinin@mail.ru, <https://orcid.org/0009-0000-1685-9379>

²aksenovaei2@zdrav.mos.ru, <https://orcid.org/0000-0003-1600-1641>

³kamashevaav1@zdrav.mos.ru, <https://orcid.org/0009-0006-8942-1603>

⁴filatovamy1@zdrav.mos.ru, <https://orcid.org/0009-0004-2579-9362>

⁵kuraevavm@zdrav.mos.ru, <https://orcid.org/0000-0002-1437-5861>

Annotation. The process of personnel training for the healthcare system is designed to ensure the availability of high-quality educational services throughout the entire working life. When organizing vocational training, where the key points are active forms and methods of adult education, one should pay attention, among other things, to the psychology of adult trainees: motivation, independent decision-making about the need for training within the framework of their professional activities and interest in the results of their training.

Key words: higher medical education; secondary vocational education; motivation; additional vocational education

For citation: Starshinin A. V., Aksenova E. I., Kamasheva A. V., Filatova M. Yu., Kuraeva V. M. Andragogy in the context of specialists of the capital's healthcare. *Remedium*. 2023;27(4):350–357. (In Russ.). doi:10.32687/1561-5936-2023-27-4-350-357

Введение

Обеспечение медицинских организаций, системы здравоохранения Российской Федерации квалифицированными кадрами является основной целью кадровой политики в стране¹. Необходимо учитывать не только изменение государственного регулирования медицинской деятельности, но и ежегодное возрастающий уровень ответственности медицинских работников в процессе осуществления трудовой деятельности². Стремительное развитие технологий диагностики, лечения и профилактики заболеваний требует от медицинского работника непрерывного совершенствования знаний и практических навыков, что отвечает концепции развития непрерывного медицинского образования³.

Столичная система здравоохранения, ориентированная на применение передовых технологий диагностики и лечения, на фоне укрепления материальной базы медицинских организаций требует повышения уровня знаний врачей, медсестёр и прочего немедицинского персонала. Для удовлетворения потребности в высококвалифицированных кадрах в Москве была создана вся необходимая инфраструктура (Кадровый центр ДЗМ), позволяющая обеспечивать процессы непрерывного медицинского образования и повышения квалификации московских врачей, медицинских сестёр и прочего персонала.

В настоящее время при обучении взрослых необходимо использовать наиболее эффективные методики и процессы. Можно отметить наиболее популярные современные теории обучения: андрагогика, нейронаука, эмпирическое (или экспериментальное) обучение и самостоятельное обучение.

Андрагогика — эта теория сегодня ассоциируется прежде всего с именем М. S. Knowles, посвятившего множество научных работ особенностям аудитории взрослых слушателей и приёмам, позволяющим повысить эффективность их обучения и выделял 6 ключевых принципов обучения взрослых: потребность в знаниях, мотивация, желание, фундамент или опыт, самостоятельность, отношение к учёбе. По мнению М. S. Knowles, взрослые учатся ради решения конкретных жизненных задач, а не ради абстрактных оценок и отвлечённых знаний, которые когда-то пригодятся [1—3].

На III Международной научно-практической конференции «Особенности профессионального

мастерства специалистов постдипломного образования» (Санкт-Петербург, 2003) были определены проблемы образования взрослых: «неэффективность традиционных академических подходов в современном образовании специалистов как взрослых людей; отсутствие в системе образования взрослых в целом достаточно развитой научно-методической базы и специалистов, подготовленных к работе со взрослыми людьми. Так, преподаватели часто не обладают достаточным уровнем профессионализма в использовании современных методов образования взрослых. Отсутствие целенаправленной подготовки в области андрагогики современных работников, занимающихся образованием взрослых в системе постдипломного образования, ощущается как при корпоративном обучении, так и в государственных вузах» [5].

Проект Межгосударственной Программы развития образования взрослых, разработанный в Институте образования взрослых РАО, должен стать основой для реализации устойчивого развития общества⁴.

В России проблема образования взрослых стала особенно актуальной на рубеже XX и XXI вв., на это указывают многочисленные публикации советских и российских учёных, просветителей, исследователей в области андрагогики: Б. М. Бим-Бада, осуществившего в нашей стране переосмысление характера и особенностей историко-педагогического знания, а также разработку антропологического фундамента теории и практики образования; Т. Г. Браже, основателя научной школы с андрагогическим, компетентностным подходом; А. А. Вербицкого, разработавшего концепцию контекстного обучения; С. Г. Вершловского, одного из основателей современной андрагогики, представившего в многочисленных трудах методологию и теорию непрерывного образования взрослых и многих других выдающихся педагогов, чьи труды отличаются неординарностью и представляют интерес для широкой общественности.

В российской науке термин «андрагогика» появился после выхода в свет «Теории обучения взрослых (андрагогика) за рубежом на современном этапе» (Змеёв С.И., 1990), где автор впервые разработал основные положения технологии обучения взрослых в отечественной науке об образовании [4]. Со второй половины XX в. основные функции и роль обучения взрослых претерпевали закономерные изменения: если прежде требовалось ликвидировать пробелы и недостатки знаний с активной актуализацией уже устаревших знаний, то в последующем, к концу века, центр тяжести сместился на удовлетворение прежде всего запросов работодателя к знаниям и умениям работников и текущие тенденции рынка труда, связанные с научно-техническим про-

¹ Постановление Правительства от 26.12.2017 № 1640 «Об утверждении Государственной программы Российской Федерации «Развитие здравоохранения» на 2020—2024 годы».

² Федеральный закон от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации»; Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 22.12.2017 № 1043н «Об утверждении сроков и этапов аккредитации специалистов, а также категорий лиц, имеющих медицинское, фармацевтическое или иное образование и подлежащих аккредитации специалистов»; Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 02.06.2016 № 334н «Об утверждении положения об аккредитации специалистов».

³ Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 21.11.2017 № 926 «Об утверждении Концепции развития непрерывного медицинского и фармацевтического образования в Российской Федерации на период до 2021 года».

⁴ Конференция министров образования государств — участников СНГ. Решение от 13.05.2003 «О развитии системы образования взрослых и просветительской деятельности в государствах — участниках СНГ». URL: <https://www.znание.org/docs/reshsng.pdf> (дата обращения: 12.03.2023).

грессом. Данные изменения легли в основу разделения процесса образования на «андрогогику» и «педагогику для взрослых» [5].

В настоящее время в стране остаются нерешёнными вопросы подготовки и переподготовки взрослых, что связано с отсутствием научных исследований по разработке теоретических и практических подходов, что характеризует образование взрослых как бессистемное, фрагментарное и «непрофессиональное» [5].

Сложность процесса мотивирования взрослых к обучению заключается в отличных от детской аудитории ценностях поощрения, повышенной загруженности в быту и на работе, а также необходимости актуализации уже существующих и выработки новых навыков приобретения знаний [6]. Для понимания процессов и условий, повышающих мотивацию у взрослой аудитории, какие методы и приёмы образовательным учреждениям для этого лучше использовать, было проведено исследование, позволяющее выяснить цели обучения, факторы, мотивирующие и помогающие респондентам сохранять интерес к образованию.

Материалы и методы

Цель исследования заключается в изучении мнения слушателей о целях обучения, мотивирующих факторах в рамках дополнительного профессионального образования. При работе были использованы социологический метод исследования и контент-анализ. Анализ полученных данных был проведён методами описательной статистики, в том числе были рассчитаны показатели средних величин, стандартного отклонения и доверительных интервалов (уровень достоверности 95%).

Для проведения анкетирования слушателей была специально разработана анкета, состоящая из 13 вопросов, разделённых на 4 тематических блока. В первый блок входили вопросы, дающие общую характеристику аудитории; во второй — вопросы о мотивации и целях обучения, а также удобстве применяемых дистанционных форматов; в третий — вопросы оценки практических форматов и применения симуляционного оборудования при обучении и в четвёртый — вопросы о техническом доступности дистанционного формата обучения. Анкета заполнялась слушателями (по желанию в формате онлайн), прошедшими обучение в Московском центре аккредитации и профессионального развития в сфере здравоохранения (Кадровый центр). Слушатели были разделены на две группы: в первую группу были включены слушатели с высшим медицинским образованием (ВО), включающим в себя специалитет, магистратуру, бакалавриат, аспирантуру, интернатуру/ординатуру, во вторую — слушатели со средним медицинским (СПО) и иным немедицинским образованием (НМО).

Результаты

Всего в опросе приняли участие 45 223 человека — работники медицинских организаций, подведомственных ДЗМ, из них 45,9% участников опроса

Таблица 1

Сравнительная характеристика опрошенных слушателей по полу, возрасту, стажу работы и месту работы в медицинских организациях ДЗМ

Показатель	Респонденты с ВО			Респонденты с СПО			p
	абс.	%	95% ДИ	абс.	%	95% ДИ	
<i>n</i>	20 736	45,9		24 487	54,1		
Возраст							
31—35 лет	2770	13,4	12,9—13,8	2195	9,0	8,6—9,3	<i>p</i> < 0,001
36—40 лет	2745	13,2	12,8—13,7	2818	11,5	11,1—11,9	<i>p</i> < 0,001
41—50 лет	4625	22,3	21,7—22,9	7708	31,5	30,9—32,1	<i>p</i> < 0,001
51—60 лет	3897	18,8	18,3—19,3	6203	25,3	24,8—25,9	<i>p</i> < 0,001
до 30 лет	4049	19,5	19,0—20,1	3261	13,3	12,9—13,7	<i>p</i> < 0,001
старше 60 лет	2650	12,8	12,3—13,2	2302	9,4	9,0—9,8	<i>p</i> < 0,001
Пол							
женский	15395	74,2	73,6—74,8	22516	92	91,6—92,3	<i>p</i> < 0,001
мужской	5341	25,8	25,2—26,4	1971	8	7,7—8,4	<i>p</i> < 0,001
Стаж работы в здравоохранении							
11—15 лет	2642	12,7	12,3—13,2	2951	12,1	11,6—12,5	<i>p</i> < 0,001
16—20 лет	2384	11,5	11,1—11,9	3075	12,6	12,1—13,0	<i>p</i> < 0,001
21—25 лет	2406	11,6	11,2—12,0	3152	12,9	12,5—13,3	<i>p</i> < 0,001
6—10 лет	2854	13,8	13,3—14,2	2603	10,6	10,2—11,0	<i>p</i> < 0,001
более 25 лет	6220	30,0	29,4—30,6	9689	39,6	39,0—40,2	<i>p</i> < 0,001
до 5 лет	4230	20,4	19,9—21,0	3017	12,3	11,9—12,7	<i>p</i> < 0,001
Место работы							
диспансер	946	4,6	4,3—4,9	977	4,0	3,7—4,2	<i>p</i> < 0,001
другое	970	4,7	4,4—5,0	2007	8,2	7,9—8,5	<i>p</i> < 0,001
женская консультация	561	2,7	2,5—2,9	401	1,6	1,5—1,8	<i>p</i> < 0,001
поликлиника	11 324	54,6	53,9—55,3	9548	39,0	38,4—39,6	<i>p</i> < 0,001
скорая помощь	776	3,7	3,5—4,0	2073	8,5	8,1—8,8	<i>p</i> < 0,001
стационар	5844	28,2	27,6—28,8	9093	37,1	36,5—37,7	<i>p</i> < 0,001
стоматология	315	1,5	1,4—1,7	388	1,6	1,4—1,7	<i>p</i> < 0,001

имеют ВО, а 54,1% — СПО либо НМО. Около 51,5% респондентов имеют стаж работы 21—25 и более 25 лет, 46,2% респондентов работают в поликлиниках, ещё 33,0% — в стационарах, а оставшиеся участники опроса указали в качестве места работы женскую консультацию, диспансер, скорую помощь и стоматологию. Большинство опрошенных (84%) составляют женщины, самые многочисленные возрастные группы респондентов 41—50 и 51—60 лет, что составило 49,6% участников опроса (табл. 1).

На вопрос «С какой целью вы учитесь?» анкетироваемым было предложено выбрать несколько наиболее подходящих вариантов ответов.

В группе слушателей с высшим медицинским образованием (75,4%; 95% ДИ 74,9—76,0%) выбрали в качестве ответа «Повышение квалификации». Помимо цели повысить свою квалификацию, (60,4%; 95% ДИ 59,8—61,1%) выбрали в качестве ответа «чтобы эффективнее помогать пациентам» и 49,9% (95% ДИ 49,2—50,6%) выбрали вариант «чтобы получить баллы НМО» (рис. 1).

Аналогичные результаты были получены при опросе респондентов с СПО и НМО: 71% (95% ДИ 70,4—71,5%) выбрали «повышение квалификации», 52,6% (95% ДИ 52,0—53,2%) — «получение баллов непрерывного медицинского образования», 44,5% (95% ДИ 43,9—45,1%) — «чтобы эффективнее помогать пациентам». Поскольку участники имели возможность выбрать все подходящие для себя варианты ответа, то достаточно ясно обозначаются цели

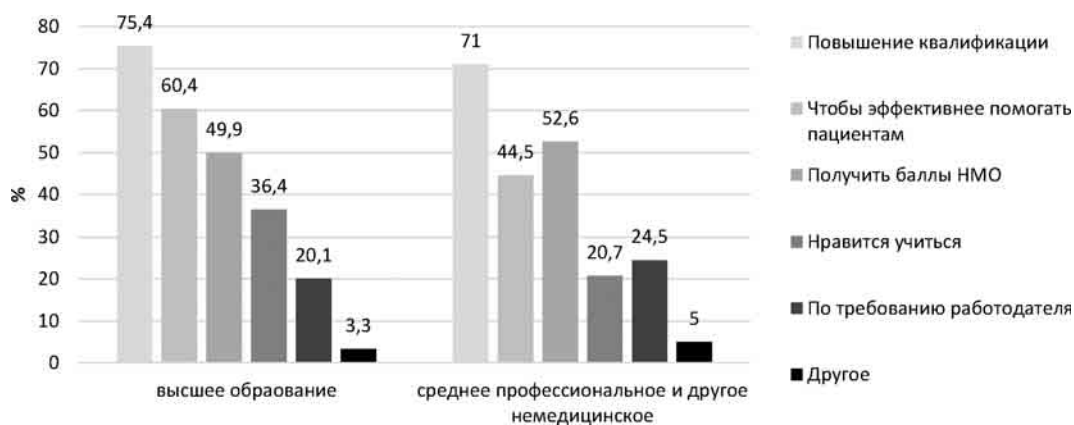


Рис. 1. Распределение мнений респондентов о цели обучения, %.

обучения врачей, и одной из основных целей названо «повышение квалификации».

На вопрос «Что для вас сейчас более актуально?» 60,0% (95% ДИ 59,3—60,7%) слушателей с ВО и 51,7% (95% ДИ 51,1—52,3%) слушателей с СПО и НМО выбрали в качестве ответа «расширение/формирование новых знаний, умений, навыков в рамках имеющихся компетенций». Наименее актуальным для слушателей с ВО стало «получение новой специализации (хочу сменить профиль работы, пройдя программу профессиональной переподготовки/ординатуру)» — 8,9% (95% ДИ 8,5—9,3%), аналогичная тенденция отмечена в ответах респондентов с СПО и НМО — 6,8% (95% ДИ 6,5—7,1%; рис. 2).

Среди наиболее удобных форматов для восприятия дистанционного обучения респонденты отметили варианты «Вебинары» и «Просмотр записей видео-лекций на портале», для слушателей с ВО эти варианты были одинаково удобны, что составило 74,9% (95% ДИ 74,3—75,5%), для слушателей с СПО и НМО наиболее часто выбираемым стал вариант «Просмотр записей видео-лекций на

портале» — 62,8% (95% ДИ 62,2—63,4%), а вариант «Вебинары» — 60,1% (95% ДИ 59,5—60,7%; рис. 3).

Наименее удобными форматами для восприятия дистанционного обучения респонденты с ВО отметили варианты «Чат-бот» (11,8%; 95% ДИ 11,3—12,2%) и «Самостоятельное изучение аудиозаписей» (12,9%; 95% ДИ 12,4—13,3%), с СПО и НМО — 11,4% (95% ДИ 11,0—11,8%) и 11,5% (95% ДИ 11,1—11,9%) соответственно.

При оценке практических форматов и применения симуляционного оборудования при обучении неоспоримую пользу от «разбора на учебных занятиях реальных клинических случаев с последующим решением контрольных вопросов по освещённой теме» отметили 57% (95% ДИ 56,3—57,6%) респондентов с ВО и 56,3% (95% ДИ 55,7—57,0%) — с СПО и НМО, на отсутствие пользы указали 1,7% (95% ДИ 1,6—1,9%) и 4,2% (95% ДИ 3,9—4,4%) респондентов соответственно (рис. 4).

При применении симуляционного оборудования отмечали пользу только при одновременном применении других видов учебных занятий (лекции/семи-

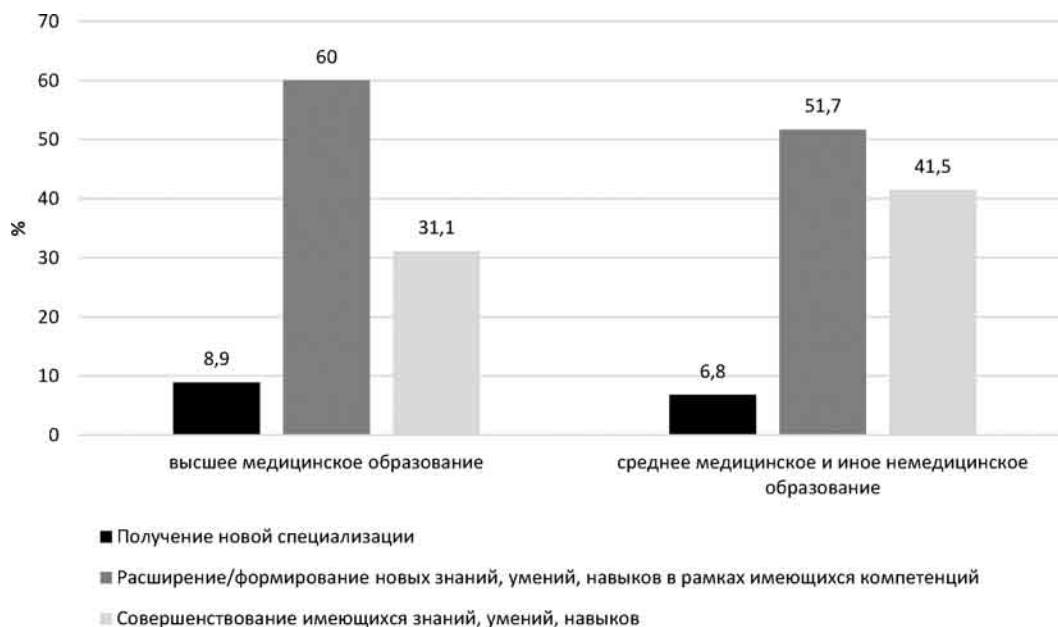


Рис. 2. Распределение ответов респондентов на вопрос «Что для Вас сейчас наиболее актуально?», %.

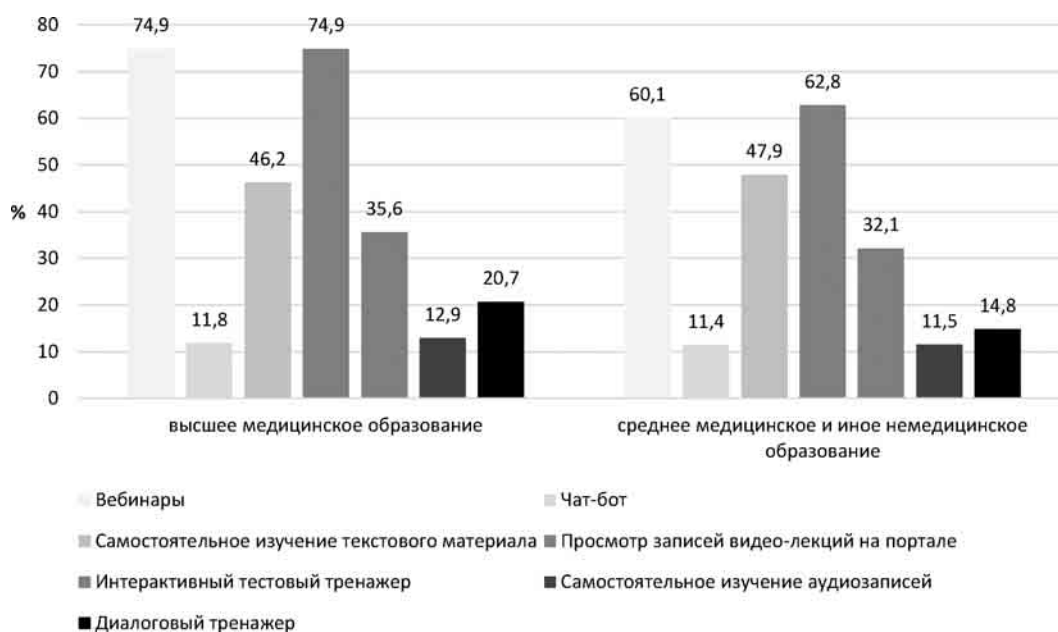


Рис. 3. Распределение ответов респондентов на вопрос «Отметьте все наиболее удобные для вашего восприятия форматы дистанционного обучения», %.

нары и т. п.) 61,7% (95% ДИ 61,1—62,4%) респондентов с ВО и 50,9% (95% ДИ 50,3—51,5%) — с СПО и НМО. Не видят смысла в использовании симуляционного оборудования 7,2% (95% ДИ 6,9—7,6%) респондентов с ВО и 7,7% (95% ДИ 7,4—8,1%) — с СПО и НМО.

Отвечая на вопросы о пользе проведения практических занятий на территории вивария и кадаверного центра для отработки практических навыков на животных и трупном материале, респонденты с ВО ответили, что «в рамках моей специализации нет надобности в таком обучении» — 52,5% (95% ДИ 51,8—53,2%) и 58,8% (95% ДИ 58,2—59,4%) соответственно. Аналогичные результаты были и у респондентов с СПО и НМО — 58,8% (95% ДИ 58,2—59,4%) и 57,1% (95% ДИ 56,4—57,5%) соответственно.

На вопрос «Испытывали ли Вы технические проблемы при прохождении дистанционного обучения» слушатели с ВО и с СПО и НМО в подавляющем большинстве отмечали «Не испытывали или были незначительные проблемы, связанные с плохой интернет-связью у меня», что составило 70,8% (95% ДИ 70,1—71,4%) и 79,4% (95% ДИ 78,9—79,9%) соответственно (рис. 8).

Кроме того среди опрошенных нашлись те, кто испытывал проблемы и выбрал другие варианты ответа, как например среди лиц с ВО: «мне не пришёл логин/пароль для входа в личный кабинет» — 11,6% (95% ДИ 11,2—12,0%) человека; «курс не отображался в личном кабинете/отображался иной курс» — 3,0% (95% ДИ 2,8—3,2%); «техническая поддержка мне не отвечала или ответ был получен после прохождения 12 часов» — 7,9% (95% ДИ 7,5—8,3%); «у

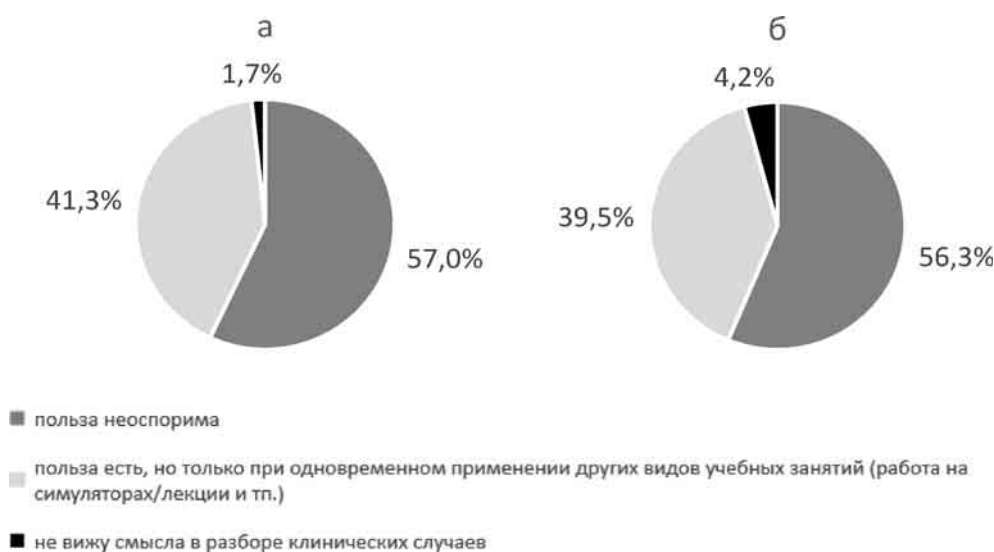


Рис. 4. Распределение ответов респондентов (%) с ВО (а) и с СПО и НМО (б) на вопрос «Как бы Вы оценили пользу от разбора на учебных занятиях реальных клинических случаев с последующим решением контрольных вопросов по освещённой теме?».



Рис. 5. Распределение ответов респондентов (%) с ВО (а) и с СПО и НМО (б) на вопрос «Как бы Вы оценили пользу применения симуляционного оборудования при обучении?».

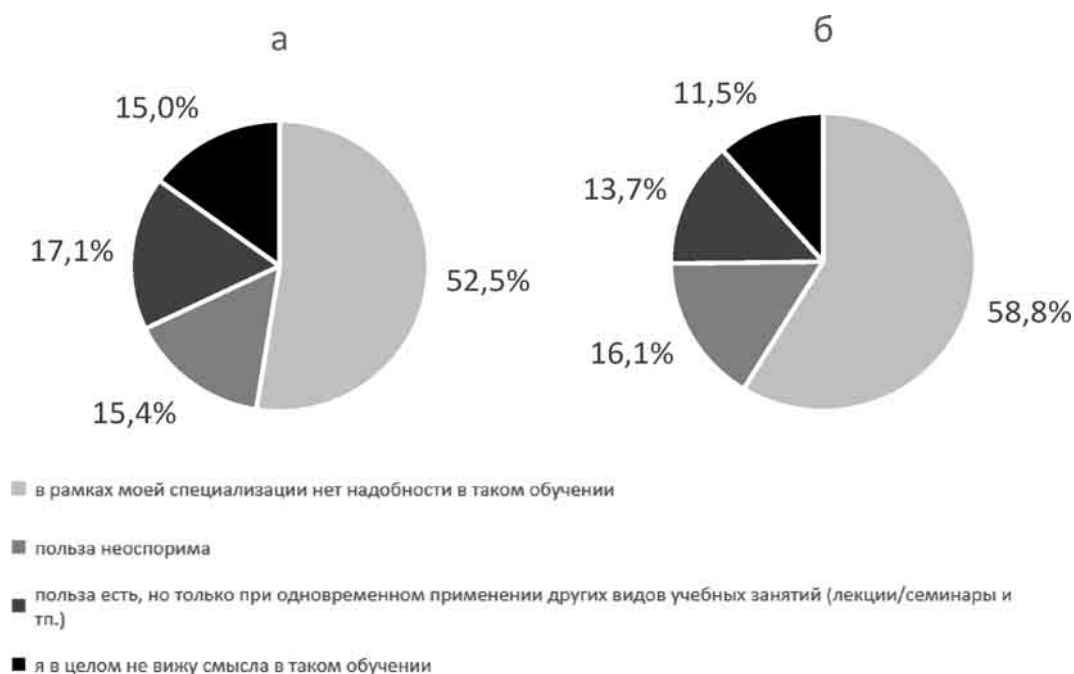


Рис. 6. Распределение ответов респондентов (%) с ВО (а) и с СПО и НМО (б) на вопрос «Как бы Вы оценили пользу от проведения практических занятий на территории вивария — учреждения, предназначенного для содержания лабораторных животных, которые используются в учебном процессе для отработки практических навыков?».

меня не скачивались материалы с отметкой «доступно для скачивания» — 6,6% (95% ДИ 6,3—6,9%), я не мог (могла) перейти на другую тему» — 5,8% (95% ДИ 5,5—6,1%). Интересно, что ответ «доступ на образовательный портал закрылся раньше установленного срока» выбрали 4,2% (95% ДИ 3,9—4,5%) слушателей, а ответ «другое» — 9,0% (95% ДИ 8,6—9,4%). Аналогичные результаты были получены у лиц с СПО и НМО.

Обсуждение

В 2022 г. Институт ЮНЕСКО по обучению на протяжении всей жизни отметил свое 70-летие⁵, а курируемое им непрерывное образование в настоящее время становится всё более актуальным с точки

зрения не только обучения взрослых на протяжении всей жизни, но и приобретения ими новых навыков в рамках профессиональной деятельности. В связи с увеличением информационного воздействия, цифровизации, проникающей во все сферы жизни, взрослым постоянно необходимо осваивать новые навыки для применения в повседневной деятельности. Для специалиста, работающего в системе здравоохранения, непрерывное обучение позволяет оставаться не только в тренде новых медицинских технологий диагностики и лечения и даёт возможность оставаться конкурентоспособным на рынке

⁵Global report on adult learning and education. URL: <https://unesdoc.unesco.org/ark:/48223/pf0000384704>

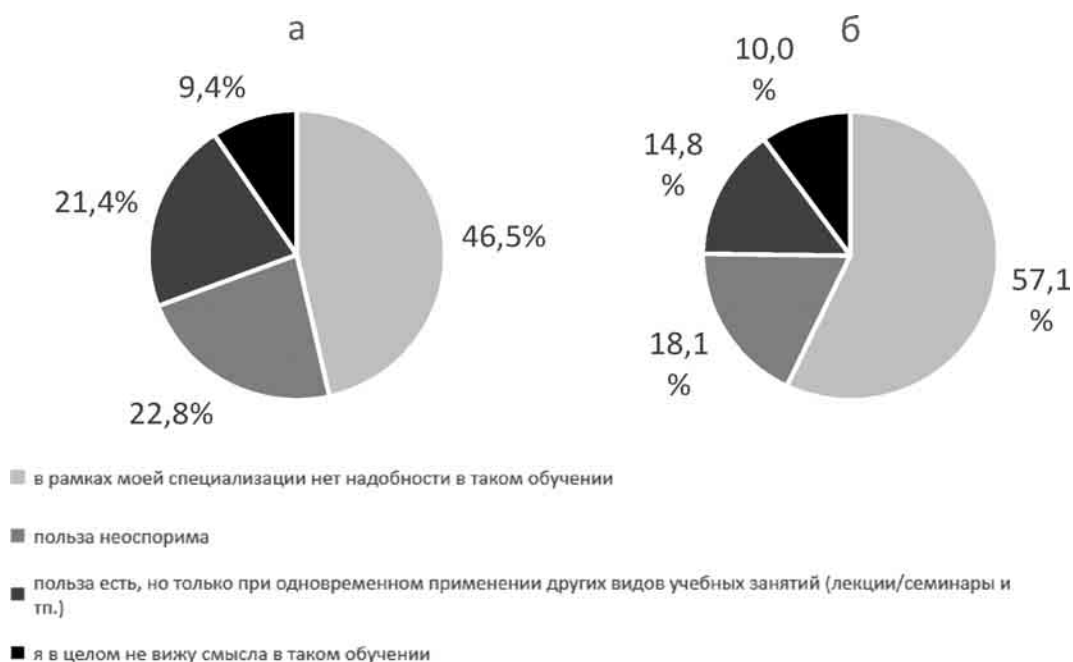


Рис. 7. Распределение ответов респондентов (%) с ВО (а) и с СПО и НМО (б) на вопрос «Как бы Вы оценили пользу от проведения практических занятий на территории кадаверного центра (отработка практических навыков на группном материале)?».

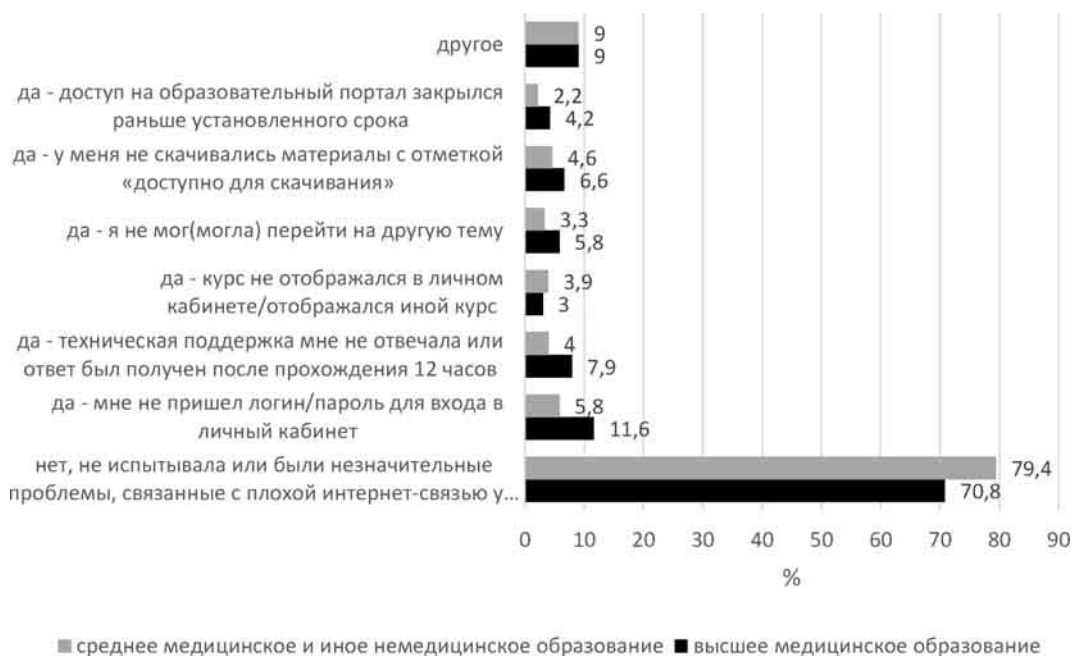


Рис. 8. Распределение ответов респондентов (%) на вопрос «Испытывали ли Вы технические проблемы при прохождении дистанционного обучения (выберите все подходящие варианты)?» в зависимости от образования.

труда, но и соответствовать всем предъявляемым работодателем требованиям, в рамках действующего законодательства.

Современная система подготовки кадров для системы здравоохранения включает в себя освоение основных образовательных профессиональных программ, дополнительных профессиональных программ, не менее 1 раза в 5 лет и в объеме не менее 144 академических часов^{6,7} на протяжении всей

профессиональной деятельности. Весомым фактором в непрерывном медицинском образовании остается максимально комфортное обучение, в связи с чем возникает потребность в совершенствовании уже существующих образовательных технологий, направленных на обучение взрослых.

⁶ Федеральный закон от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации».

⁷ Приказ Министерства здравоохранения РФ от 03.08.2012 № 66н «Об утверждении Порядка и сроков совершенствования медицинскими работниками и фармацевтическими работниками профессиональных знаний и навыков путем обучения по дополнительным профессиональным образовательным программам в образовательных и научных организациях».

При организации профессионального образования, где основными являются активные формы и методы обучения взрослых, следует обратить внимание на цели обучаемых взрослых: возможность самостоятельного принятия решения о необходимости того или иного блока, заинтересованность в результатах обучения и мотивацию на практическое применение результатов обучения знаний и навыков.

В отличие от детей и подростков, которыми движет, как правило, интерес, взрослые обучаются в соответствии с имеющейся мотивацией, и первым препятствием может стать повышенная загруженность на фоне многозадачности и необходимости держать в голове массу вещей.

Результаты исследования демонстрируют, что слушатели, вне зависимости от образования, имеют чёткую цель обучения — повышение квалификации, что подтверждает теорию M. S. Knowles — взрослые учатся ради решения конкретных жизненных задач, ради знаний, которые они могут применить в работе.

Вторым препятствием может стать не такое быстрое, как хотелось бы, появление результатов обучения. Необходимо учитывать, что взрослые потеряли навыки приобретения новых знаний, и формирование новых знаний, умений, навыков в рамках имеющихся компетенций, а также совершенствование имеющихся знаний, умений, навыков должно лежать в основе проводимых программ обучения. С точки зрения респондентов, наименее удобные формы — это чат-боты и самостоятельное изучение аудиозаписей.

Полученные результаты демонстрируют, что большинство слушателей как с ВО, так и с СПО и НМО справляются с дистанционными форматами обучения, владеют компьютерной грамотностью и не испытывают технических проблем при прохождении программ.

Со стороны образовательной организации стоит задача сделать прохождение дистанционных программ максимально удобным и обеспечить слушате-

лей оперативной поддержкой технической группы, при возможности учитывать скорость интернета в общественных учреждениях.

Заключение

Ключевые принципы обучения, описанные M. S. Knowles ещё в 1968 г., находят всё больше понимания в наши дни. Мотивация — это движущая сила образовательного процесса у взрослых. В андрагогическом подходе важно уметь раскрывать свой ресурс внутренней мотивации, пользоваться и управлять им. В завершение следует отметить, что исследование мнения работников медицинских организаций ДЗМ даёт научное обоснование для практического применения в системе непрерывного образования, позволяет выявить скрытые резервы и сделать подготовку специалистов столичного здравоохранения наиболее эффективным.

ЛИТЕРАТУРА

1. Knowles M. S. Informal adult education. N.Y.; 1950.
2. Knowles M. S. The modern practice of adult education: andragogy versus pedagogy. N.Y.; 1980.
3. Knowles M. S. The adult learner: a neglected species. Houston; 1973.
4. Змеёв С. И. Теория обучения взрослых (андрагогика) за рубежом на современном этапе. — М., НИИ общего образования АПН СССР, 1990.
5. Кукуев А. И. Андрагогический подход в педагогике: дис. ... д. пед. н. Ростов-на-Дону; 2010.
6. Суйкова О. А. Андрагогические аспекты непрерывного образования // Инновационное развитие профессионального образования. 2019. № 1. С. 16—22.

REFERENCES

1. Knowles M. S. Informal adult education. N.Y.; 1950.
2. Knowles M. S. The modern practice of adult education: andragogy versus pedagogy. N.Y.; 1980.
3. Knowles M. S. The adult learner: a neglected species. Houston; 1973.
4. Zmееv S. I. The theory of adult learning (andragogy) abroad at the present stage. — M., Research Institute of General Education. APN USSR, 1990.
5. Kukuev A. I. Andragogical approach in pedagogy: Dis. ... D. Sci. (Pedagogy). Rostov-on-Don, 2010. (In Russ.)
6. Suikova O. A. Andragogical aspects of continuing education. In: *Innovative development of professional education*. 2019;(1):16—22. (In Russ.)

Вклад авторов: все авторы сделали эквивалентный вклад в подготовку публикации. Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

Contribution of the authors: the authors contributed equally to this article. The authors declare no conflicts of interests.

Статья поступила в редакцию 25.04.2023; одобрена после рецензирования 06.06.2023; принята к публикации 07.11.2023. The article was submitted 25.04.2023; approved after reviewing 06.06.2023; accepted for publication 07.11.2023.

Научная статья

УДК 316.4

doi:10.32687/1561-5936-2023-27-4-358-361

Роль личного бренда медицинских работников в формировании спроса на медицинские услуги

Нина Олеговна Майкова^{1✉}, Мария Олеговна Боровская², Юлия Александровна Ерёмкина³

¹Многопрофильная клиника «Бирюлево» сети клиник «ИНТЕЛмед», Москва, Россия;

²ООО «Лекарь-2006», Москва, Россия;

³Тамбовский государственный университет им. Г. Р. Державина, Тамбов, Россия

¹maini1@mail.ru, <https://orcid.org/0009-0007-7227-3664>

²kipka2024@mail.ru, <https://orcid.org/0009-0008-3550-3931>

³ulya-eremina96@rambler.ru, <https://orcid.org/0000-0002-4525-3875>

Аннотация. Цель данного исследования заключается в рассмотрении влияния личного бренда врача в формировании спроса на рынке медицинских услуг. В статье рассматриваются вопросы маркетинга в медицине, влияние личного бренда медицинских работников на востребованность специалистов, доверие пациентов и формирование спроса на медицинские услуги. Происходящие в современном обществе перемены социально-экономического, психологического и культурно-этического характера вынуждают трансформировать привычные подходы и наработки как в маркетинге, так и в организации бизнес-процессов в сфере медицинских услуг, обуславливая актуальность темы исследования в условиях высокой конкуренции. Доверие пациентов является важным и актуальным вопросом в современной медицине и ключевым фактором во взаимодействии врач—пациент. Поэтому врачу очень важно уметь расположить пациента к себе и завоевать его доверие, что сегодня решается с помощью личного бренда врача. Сделан вывод о том, что росту врача во всех отношениях помогает кропотливая работа над личным брендом, которая формирует спрос на медицинские услуги.

Ключевые слова: медицинская организация; имидж; репутация врача; личный бренд; медицинские услуги; маркетинг в медицине

Для цитирования: Майкова Н. О., Боровская М. О., Ерёмкина Ю. А. Роль личного бренда медицинских работников в формировании спроса на медицинские услуги // Ремедиум. 2023. Т. 27, № 4. С. 358—361. doi:10.32687/1561-5936-2023-27-4-358-361

Original article

The role of the personal brand of medical workers in the formation of demand for medical services

Nina O. Maikova^{1✉}, Maria O. Borovskaya², Yulia A. Eremina³

¹High-profile clinic «Biryulyovo» of the network of clinics «INTELmed», Moscow, Russia;

²LLC «Lekar-2006», Moscow, Russia;

³Tambov State University named after G. R. Derzhavin, Tambov, Russia

¹maini1@mail.ru, <https://orcid.org/0009-0007-7227-3664>

²kipka2024@mail.ru, <https://orcid.org/0009-0008-3550-3931>

³ulya-eremina96@rambler.ru, <https://orcid.org/0000-0002-4525-3875>

Annotation. The purpose of this study is to consider the influence of a doctor's personal brand in the formation of demand in the medical services market. The article discusses the issues of marketing in medicine, the influence of the personal brand of medical workers on the demand for specialists, patient confidence and the formation of demand for medical services. The socio-economic, psychological, cultural and ethical changes taking place in modern society force us to transform the usual approaches and practices both in marketing and in the organization of business processes in the field of medical services, causing the relevance of the research topic in conditions of high competition. Patient trust is an important and relevant issue in modern medicine and a key factor in doctor-patient interaction. Therefore, it is very important for a doctor to be able to win the patient over and gain his trust, which is being solved today with the help of a doctor's personal brand. In conclusion, it is concluded that the growth of a doctor in all respects is helped by painstaking work on a personal brand, which forms the demand for medical services.

Key words: medical organization; image, reputation of a doctor; personal brand; medical services; marketing in medicine

For citation: Maikova N. O., Borovskaya M. O., Eremina Yu. A. The role of the personal brand of medical workers in the formation of demand for medical services. *Remedium*. 2023;27(4):358–361. (In Russ.). doi:10.32687/1561-5936-2023-27-4-358-361

Введение

Современное общество развивается на фоне обострения проблем социально-экономического, психологического и культурно-этического характера, предъявляя высокие требования к специалистам в медицинской сфере. Происходящие на современ-

ном этапе перемены вынуждают трансформировать привычные подходы и наработки как в маркетинге, так и в организации бизнес-процессов в сфере медицинских услуг [1].

Маркетинг медицинских услуг имеет социальную ориентированность, поэтому является одним из сложных видов маркетинга. Обусловлено это

двумя факторами: «медицинские услуги связаны с сохранением жизни и здоровья человека и с использованием бюджетных средств в установленных размерах, что вынуждает специалистов по медицинскому маркетингу искать внебюджетные источники финансирования. В этой связи на современном этапе приспособления отрасли здравоохранения к рыночной экономике наблюдается активный рост платной медицинской помощи» [2].

Сфера практического здравоохранения «испытывает потребность в специалистах, которые, наряду с профессиональным выполнением своих трудовых функций, способны к личностному росту и непрерывному совершенствованию в профессии, умеют достойно отвечать на технические и информационные вызовы времени» [1]. Потребители медицинских услуг в настоящее время ищут медицинские организации, оказывающие качественные услуги и имеющие высокий уровень сервиса.

Цель данного исследования — рассмотрение влияния личного бренда врача в формировании спроса на рынке медицинских услуг.

Материалы и методы

В работе использованы исследования российских учёных [1, 2], показатели Росстата [3], материалы социологического опроса россиян. Автором применены анализ теоретических положений и сравнительный анализ статистических показателей и данных социологического опроса.

Результаты

Медицинские услуги относят к особому виду услуг, напрямую зависящих от человеческого фактора, поскольку полностью исключить участие медицинских специалистов невозможно, и определяющих главную потребность в удовлетворении потребности человека в восстановлении, сохранении и улучшении здоровья. К особенностям рынка медицинских услуг можно отнести бесплатность медицинской помощи и оказание медицинских услуг на платной основе, при этом нормы бесплатного лечения регламентируются законодательством РФ. Следует также отметить, что выход на рынок медицинских услуг сопряжён с соблюдением достаточно высоких требований и сильной конкуренцией [3].

Общая численность врачей на начало 2022 г. составила 741,9 тыс. человек. Структура врачей по отдельным специальностям представлена на рис. 1.

В исследовании роли личного бренда врача в формировании спроса на медицинские услуги в медицинских учреждениях важное место занимает мнение самих пациентов. Всероссийский центр изучения общественного мнения (ВЦИОМ) в июне 2022 г. представил результаты опроса россиян о врачах, доверии к ним, престиже и доходности медицинской профессии⁸. Рассмотрим некоторые результаты этого исследования.

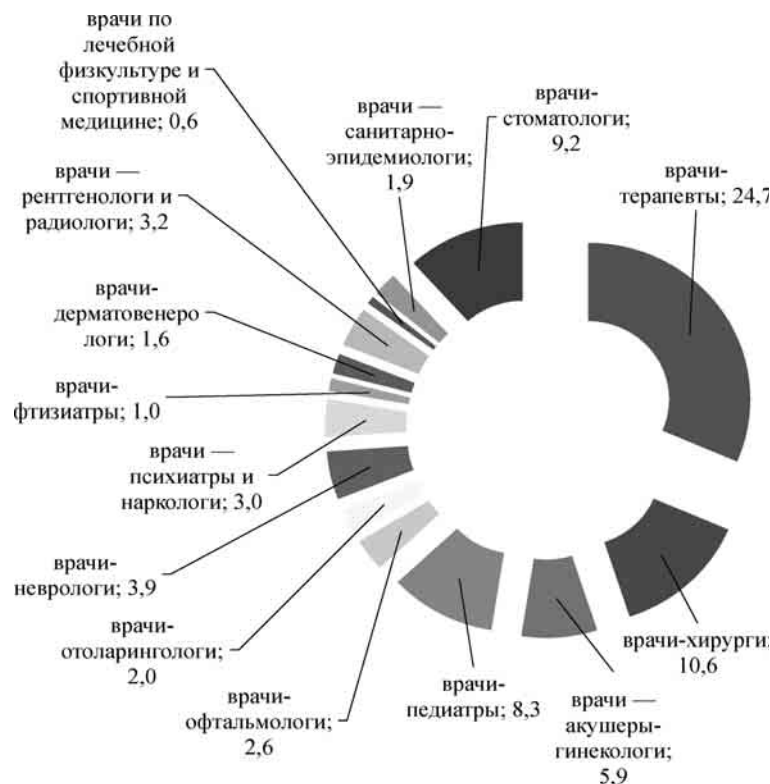


Рис. 1. Структура врачей по специальностям в 2022 г.

Источник: Здравоохранение // Федеральная служба государственной статистики. URL: <https://rosstat.gov.ru/folder/13721> (дата обращения: 02.09.2023).

Так, средний балл доверия медицинским работникам в 2022 г. составил 3,28 из 5 возможных — показатель ниже пандемийных значений на 0,5 балла (3,81 в 2020 г.; рис. 2).

В отчёте по исследованию отмечается, что чаще других высокий уровень доверия медицинским работникам выражают молодые люди в возрасте 18—24 лет (3,75 балла), высокодоходная аудитория (3,63 балла), работники бюджетной сферы (3,51 балла), жители городов-миллионников (3,43 балла). Средний балл оценки россиянами положения врача в обществе составил 3,19 (–0,3 балла к значениям 2020 г.). Молодежь возрастной группы 18—24 лет в большей степени, чем другие социально-демографические группы, воспринимает врачей как статусную профессию (3,54 балла). Чем меньше размер населённого пункта, тем выше оценки положения врачей в обществе: на селе статус профессии врача оценивается на 3,37 балла, а в городах-миллионниках и в столице — на 3,17—3,19 балла. Данные исследования 2021 г. свидетельствуют о том, что профессия медицинского специалиста возглавляет список наиболее престижных профессий, за 15 лет показатель престижности профессии вырос в 3 раза (11% в 2006 г. против 31% в 2021 г.).

Средний балл доходности работы в медицинской сфере сегодня составляет 3,05 из 5 возможных, за

⁸ Аналитический обзор: Врачи: доверие, престиж, доходность профессии. URL: <https://wciom.ru/analytical-reviews/analiticheski-obzor/vrachi-doverie-prestizh-dokhodnost-professii> (дата обращения: 02.09.2023).

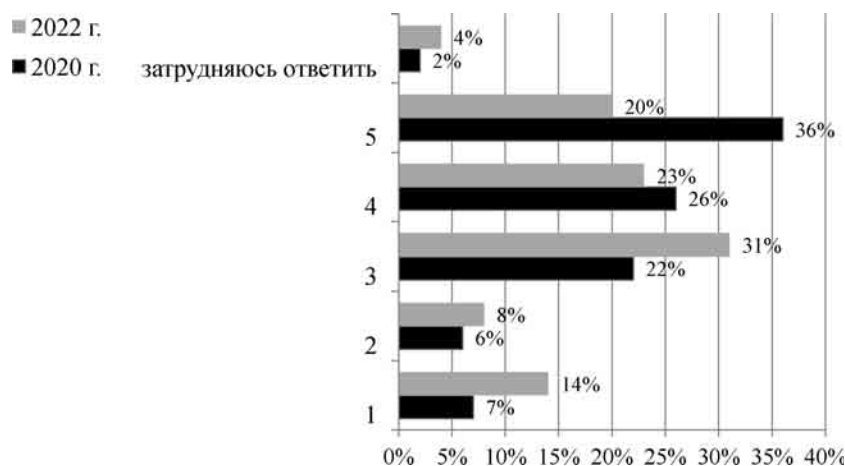


Рис. 2. Распределение ответов на вопрос: «Насколько Вы доверяете врачам? Оцените по пятибалльной шкале, где 1 — «совершенно не доверяю», 5 — «полностью доверяю», %.

Источник: Аналитический обзор: Врачи: доверие, престиж, доходность профессии.

URL: <https://wciom.ru/analytical-reviews/analiticheskii-obzor/vrachi-doverie-prestizh-dokhodnost-professii> (дата обращения: 02.09.2023).

последние 2 года восприятие этой характеристики профессии практически не изменилось (2,95 балла в 2020 г.). Профессия врача выглядит более высокооцениваемой в глазах женщин (3,18 балла), граждан старше 45 лет (3,26—3,20 баллов) и жителей села (3,21 балла).

Россияне по-прежнему хотят видеть своих подрастающих детей и внуков работниками медицинской сферы: за прошедший год средний балл этого показателя снизился на 0,5 и составил 3,41 из 5 (в 2020 г. — 3,98 балла). Оценки выше в возрастной группе 35—44-летних (3,64 балла); жителей поселков городского типа и сёл (3,64—3,53 балла соответственно); россиян с высокими потребительскими возможностями (3,58 балла).

Таким образом, для поддержания престижа профессии медицинского работника и развития личного бренда в современных реалиях медицинский работник «не должен довольствоваться только профессиональными умениями и навыками, которые он получил в вузе. Современный врач для того, чтобы быть востребованным, должен обладать и так называемыми «мягкими навыками» — Soft Skills: коммуникабельностью, умением работать в команде, навыками межличностного общения, способностью воспринимать межкультурные различия, эмпатией, навыками самопрезентации, в том числе в Интернет-пространстве» [1].

Обсуждение

Одной из ключевых проблем рынка медицинских услуг в российском здравоохранении является нехватка квалифицированного медицинского персонала. Этот фактор связан с тем, что выпускники медицинских вузов не имеют возможности после окончания обучения приступить к полноценному оказанию медицинской помощи ввиду отсутствия опыта в профессии. Образовательные организации, занимающиеся профессиональной подготовкой медицинских специалистов высшей категории по широкому спектру специальностей, по мнению ряда

исследователей, зачастую «не имеют собственной ресурсной клинической базы, а процесс обучения имеет слабое оснащение современным медицинским оборудованием и расходными материалами. Такая проблема в кадровых вопросах медицинской сферы характерна и для постдипломной подготовки медицинских специалистов. Поэтому выпускники отечественных медицинских вузов имеют недостаточную квалификацию в области современных технологий лечения. Опытные и квалифицированные врачи выбирают более выгодные условия профессиональной деятельности и не склонны часто менять место работы, так как работодатели стараются удержать таких специалистов» [4]. В то же время в частном секторе отечественной медицины распространена комиссионная форма

оплаты труда врачей, мотивирующая их оказывать медицинскую помощь на высоком уровне и привлекать пациентов личным брендом.

Для решения проблемы нехватки медицинских кадров крупные клиники по собственной инициативе проводят подготовку молодых специалистов. Многие организации в различных отраслях занимаются развитием бренда компании, вкладывая большие средства в рекламные акции и пропаганду своего продукта. Личный бренд в медицине — это новое направление в формировании спроса на медицинские услуги, предлагаемой специалистом по маркетингу.

Развитие личного бренда медицинских работников в современном обществе становится нормой, современным трендом и необходимостью для продвижения услуг медицинской организации в условиях жёсткой конкуренции. Медицинских организаций разного профиля на российском рынке медицинских услуг много, но выделиться среди других крайне сложно, поскольку стратегий позиционирования выработано на современном этапе недостаточно. Однако завоевать доверие и расположение пациентов способен отдельно взятый медицинский специалист. Нужно лишь сформировать и развивать личный бренд для выбранной целевой аудитории.

Работа над личным брендом медицинского работника заключается в работе над продвижением качественной медицинской услуги, и заниматься развитием личного бренда врача нужно тогда, когда есть мануальные навыки, уверенность врача в себе и он несёт ценность своим пациентам. Для продвижения личного бренда у врача не обязательно должна быть собственная клиника, он может оказывать медицинские услуги как в личном кабинете, так и в медицинской организации поликлинического профиля.

Личный бренд медицинского специалиста базируется на трёх китах: узнаваемости, любви и доверии. Врач получает популярность среди целевой ау-

дитории только в том случае, если о нём знают и говорят, любят и разделяют ценности, доверяют как специалисту. Личный бренд врача — это мощный психологический инструмент, который помогает медицинскому работнику почувствовать свою значимость в профессиональном плане и в обществе. Работа над личным брендом также помогает повысить самооценку за счёт работы над своей репутацией, корректировки поведенческих норм, имиджа, коммуникабельности.

В последнее время тема развития личного бренда врача стала довольно популярной, многие медицинские работники отечественного рынка медицинских услуг успешно занимаются развитием и продвижением личного бренда. Однако наблюдаются и негативные случаи, когда брендинговые и рекламные агентства, не знакомые со спецификой оказания медицинских услуг и функционирования системы здравоохранения, активно применяют методы и технологии маркетинга без учёта специфики рынка медицинских услуг.

Потребители медицинских услуг в настоящее время имеют возможность активного поиска информации о медицинских организациях, услугах и врачах на Интернет-ресурсах перед принятием решения о выборе медицинской организации. Пациенты сравнивают цены на медицинские услуги в секторе государственной и частной медицины, «знакомятся с отзывами о медицинских услугах и врачах, делятся собственным пользовательским опытом в социальных сетях. В современном обществе набирает популярность цифровой маркетинг, который трансформирует потребительское поведение. Преимущества цифрового маркетинга — высокая эффективность в пересчёте на один контакт, лёгкость измерения эффекта, более глубокое вовлечение покупателей, возможность равной конкуренции небольших компаний с крупными организациями» [4].

Заключение

В медицинском маркетинге существуют свои особенности, которые задают правила игры на рынке медицинских услуг. Доверие пациентов является важным и актуальным вопросом в современной медицине и ключевым фактором во взаимодействии врач—пациент.

Вклад авторов: все авторы сделали эквивалентный вклад в подготовку публикации. Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

Contribution of the authors: the authors contributed equally to this article. The authors declare no conflicts of interests.

Статья поступила в редакцию 25.04.2023; одобрена после рецензирования 06.06.2023; принята к публикации 07.11.2023. The article was submitted 25.04.2023; approved after reviewing 06.06.2023; accepted for publication 07.11.2023.

Нужно понимать, что полностью решить проблему боли и стоимости лечения, которые являются наиболее значимыми факторами маркетинга медицинских услуг, не получится, но можно добиться доверия пациента к предлагаемым методам лечения и необходимости оплаты такого лечения. Для этого врачу нужно уметь расположить пациента к себе и завоевать его доверие, что сегодня решается с помощью личного бренда врача. Пациенты в современном информационном обществе легко могут получить информацию о том или ином медицинском работнике, его профессиональных успехах. Для врача быть успешным — значит иметь большую базу преданных пациентов, которые безусловно доверяют его профессионализму и рассказывают об этом своим знакомым.

Таким образом, росту врача во всех отношениях помогает кропотливая работа над личным брендом, которая формирует спрос на медицинские услуги.

ЛИТЕРАТУРА

1. Безубенко О. И. Бренд-статус врача как основа профессионального и личного роста медицинского специалиста // Кардиоваскулярная терапия и профилактика. 2022. Т. 21, № 7. С. 103—104. DOI: 10.15829/1728-048800-2022-3349
2. Колесник В. И. Маркетинг медицинских услуг как инструмент эффективной деятельности учреждений здравоохранения // Научный вестник: финансы, банки, инвестиции. 2020. № 2. С. 24—39.
3. Капустина Л. М., Белобородова О. Г. Маркетинговое исследование платных медицинских услуг // Практический маркетинг. 2020. № 10. С. 3—4.
4. Головина Т. А., Плотников В. А., Трещевский Ю. И. Современные тенденции развития менеджмента и государственного управления // Материалы всероссийской очной научно-практической конференции «Современные тенденции развития менеджмента и государственного управления». Орел; 2021. С. 94—99.

REFERENCES

1. Bezzubenko O. I. Brand-status of a doctor as the basis of professional and personal growth of a medical specialist. *Cardiovascular Therapy and Prevention*. 2022;21(7):103—104. (In Russ.). DOI: 10.15829/1728-8800-2022-3349
2. Kolesnik V. I. Marketing of medical services as a tool for effective activity of healthcare institutions. *Scientific Bulletin: finance, banks, investments*. 2020;2(51):24—39. (In Russ.)
3. Kapustina L. M., Beloborodova O. G. Marketing research of consumers of paid medical services. *Practical marketing*. 2020;(10):3—9. (In Russ.)
4. Golovina T. A., Plotnikov V. A., Treshchevsky Yu. I. Modern trends in the development of management and public administration. In: Materials of the All-Russian full-time scientific and practical conference «Modern trends in the development of management and public administration». Ore; 2021:94—99. (In Russ.)

Обзорная статья

УДК 65.01

doi:10.32687/1561-5936-2023-27-4-362-365

Корпоративные программы укрепления здоровья сотрудников как элемент социально-ответственной политики компаний

Юрий Гарегинovich Егиазаров

Научно-исследовательский институт организации здравоохранения и медицинского менеджмента
Департамента здравоохранения города Москвы, Москва, Россия

urijegiazarov@gmail.com, <https://orcid.org/0009-0005-0679-7350>

Аннотация. Здоровье работников рассматривается компаниями как ресурс, позволяющий обеспечивать рост производительности, эффективности и конкурентоспособности. Офисные работники проводят большую часть своего рабочего времени в сидячем состоянии, что способствует малоподвижному образу жизни, повышающему риск развития заболеваний и инвалидности. Постепенное снижение кардиореспираторной подготовленности среди взрослых наряду с увеличением числа неинфекционных заболеваний в развитых странах делает рабочее место важной возможностью для пропаганды здорового образа жизни. Прогрессивные, хорошо управляемые, ответственные компании готовы реализовывать программы оздоровления сотрудников в рамках корпоративной социальной ответственности. Компании имеют возможности для разработки стратегий поощрения ответственного отношения работников к своему здоровью на рабочем месте и в процессе осуществления должностных обязанностей.

Ключевые слова: здоровье работников; корпоративные программы оздоровления; управление здоровьем; рабочее место; работодатель; корпоративная социальная ответственность; производительность; текучесть кадров

Для цитирования: Егиазаров Ю. Г. Корпоративные программы укрепления здоровья сотрудников как элемент социально-ответственной политики компаний // Ремедиум. 2023. Т. 27, № 4. С. 362—365. doi:10.32687/1561-5936-2023-27-4-362-365

Review article

Corporate employee health promotion programs as an element of socially responsible policy of companies

Yuri G. Egiazarov

Scientific Research Institute of Healthcare Organization and Medical Management of the Moscow Department of Healthcare, Moscow, Russia

urijegiazarov@gmail.com, <https://orcid.org/0009-0005-0679-7350>

Annotation. The health of employees is currently considered by companies as a resource that allows them to ensure the growth of productivity, efficiency and competitiveness. It is well known that office workers spend most of their working time in a sedentary state, which contributes to a sedentary lifestyle that increases the risk of developing diseases and disabilities. The gradual decline in cardiorespiratory fitness among adults, along with an increase in the number of non-communicable diseases in developed countries, makes the workplace an important opportunity to promote a healthy lifestyle. Progressive, well-managed, responsible companies are ready to implement employee wellness programs within the framework of corporate social responsibility. Companies have opportunities to develop strategies to encourage employees to take a responsible attitude to their health at the workplace and in the process of performing their official duties.

Key words: employee health; corporate wellness programs; health management; workplace; employer; corporate social responsibility; productivity; staff turnover.

For citation: Egiazarov Yu. G. Corporate employee health promotion programs as an element of socially responsible policy of companies. *Remedium*. 2023;27(4):362–365. (In Russ.). doi:10.32687/1561-5936-2023-27-4-362-365

Введение

Физически активный образ жизни во время и после рабочего дня полезен как для отдельного человека, так и для компании-работодателя. В настоящее время многие компании вознаграждают своих сотрудников не только зарплатой; они также предлагают полисы медицинского страхования, финансовые консультации, семинары и питание, которые привлекают, мотивируют и удерживают нынешних и будущих потенциальных работников. По-настоящему внедряя укрепление здоровья на рабочем месте на организационном уровне, компании могут

уделять больше внимания устранению барьеров и созданию инфраструктуры психологической разгрузки и физической активности для охвата всех работников, не только создавая условия для управления, но и стимулируя самоуправление здоровьем среди сотрудников.

Чаще всего подобные инициативы реализуются в рамках программ корпоративной социальной ответственности, ориентированных на внутреннюю среду компаний и являющихся частью целенаправленной и стратегического развития. Корпоративные социальные программы выступают частью имиджа компании как работодателя и при их эффективно-

сти обеспечивают снижение текучести кадров и устойчивость репутации, что положительно влияет на конкурентоспособность.

Цель настоящей работы — провести обзор корпоративных практик управления здоровьем сотрудников в рамках инициатив по корпоративной социальной ответственности.

Материалы и методы

Основным методом исследования выступил контент-анализ публикаций и аналитических материалов коммерческих компаний, отражающих практику разработки и реализации корпоративных программ профилактики заболеваний, оздоровления и стимулирования здорового образа жизни сотрудников. Исследование проводилось на материалах международных транснациональных компаний — лидеров рынка в своих отраслях.

Результаты и обсуждение

Практика крупных международных компаний по разработке программ корпоративной социальной ответственности, ориентированных на профилактику заболеваемости сотрудников, развитие здоровьесберегающего поведения и управления здоровьем, предлагает примеры эффективных системных мер.

Пионером в разработке и внедрении корпоративных программ управления здоровьем сотрудников считается компания «Johnson & Johnson» — крупная международная корпорация, имеющая подразделения в более чем 60 странах мира, обеспечивающая рабочим местом почти 130 тыс. человек.

Программы корпоративного оздоровления рабочих мест и стимулирования применения здоровьесберегающих практик сотрудниками компания начала осуществлять в 1978 г. в рамках программы «Живи ради жизни», идеология которой сфокусирована на так называемых 3Р: Protection — защита (гигиена труда и техника безопасности); Prevention — профилактика (управление болезнями и травмами); Performance — производительность (лидерство в бизнесе), которая реализуется посредством ряда мероприятий:

- рабочие места, свободные от курения;
- биометрический скрининг;
- проблемы с физической активностью;
- медицинские центры;
- занятия фитнесом;
- кампании и занятия по санитарному просвещению;
- здоровый коучинг;
- программы обеспечения баланса между работой и личной жизнью.

Для этого в компании создана экосистема корпоративного здоровья, которая включает две медицинские клиники на территории компании, аптеку, фитнес-центры, предложения здоровой пищи в ресторанах и торговых автоматах. Кроме того, в компании разработана и эффективно действует система стимулирования работников, придерживающихся здорового образа жизни. Например, сотрудники мо-

гут получить кредит в размере до 500 долл. на свои страховые взносы по медицинскому страхованию. «Johnson & Johnson» признаёт, что забота об укреплении здоровья своих сотрудников — это не просто хорошая инвестиция, но и правильный поступок. Они верят, что сотрудники — их самый важный актив, и если работники счастливы и здоровы, они будут хорошо работать. «Johnson & Johnson» также утверждает, что здоровье и безопасность взаимосвязаны: у здоровых сотрудников меньше несчастных случаев. В компании большое внимание уделяется поддержанию культуры здоровья, забота о здоровье и благополучии сотрудников и их семей является основополагающим принципом.

Ключевым фактором успеха корпоративных программ здоровья сотрудников компании «Johnson & Johnson» является то, что она предоставляет множество программ для удовлетворения различных потребностей и интересов сотрудников и делает эти программы удобными, что является одним из важнейших факторов, стимулирующих вовлечённость, даже в большей степени, чем финансовые стимулы. Кроме того, как многонациональной компании с высокой степенью децентрализации, «Johnson & Johnson» удаётся успешно внедрять свои стратегии укрепления здоровья в бизнес-подразделения по всему миру.

«Johnson & Johnson» в 2019 г. заявила, что их оздоровительная программа сэкономила организации 250 млн долл. за 6-летний период, в результате чего рентабельность инвестиций в оздоровительную программу составила 2,71 долл. на каждый вложенный доллар⁹.

Интересной для использования представляется система управления здоровьем сотрудников южнокорейской компании «Samsung». На общекорпоративном уровне она включает в себя:

1. Систему и мероприятия по укреплению здоровья сотрудников. В компании есть организационное подразделение, функционирующее в масштабах всей организации, а также подразделения на отдельных предприятиях, занимающиеся укреплением здоровья сотрудников, улучшением условий труда и профилактикой заболеваний. В 2010 г. компания открыла Samsung Health Research Institute — самую первую корпоративную исследовательскую инициативу в Корее, специализирующуюся на профилактике профессиональных заболеваний и охране здоровья рядовых работников.

2. Мероприятия по управлению здоровьем сотрудников, в том числе:

- проведение медицинских обследований работников;
- управление здоровьем групп высокого риска, разработка и реализация систем специализированного лечения, организация посещаемости и поддержка инфраструктуры здравоохранения);

⁹ Our Societal Impact. Aspiring to a sustainable, healthier world. URL: <https://www.jnj.com/caring> (дата обращения: 15.09.2023).

- функционирование учреждений по укреплению здоровья (функционирование внутренних клиник компании (кабинет физиотерапии, кабинет диагностических обследований, кабинет радиологии и т. д.), работа центра профилактических тренировок при заболеваниях опорно-двигательного аппарата, собственный фитнес-центр);
- реализация программы укрепления здоровья (программа «Walking Challenge»: 10 000 шагов в день с использованием приложения «Samsung Health»), программа снижения веса с помощью диеты и отказа от деликатесов, стимулирование отказа от курения, использование мобильных устройств для индивидуальных программ, составленных медицинскими специалистами);
- управление профилактическими мерами (управление гигиеной пищевых продуктов, инспектирование и контроль пунктов питания сотрудников (корпоративных кафе, обеденных зон, небольших кафе в зонах отдыха и т. д.), обработка и бактериологическое исследование питьевой воды (диспенсеры для горячей/холодной воды, большие питьевые фонтанчики и т. д.), программа профилактики пищевых отравлений);
- программы укрепления психического здоровья сотрудников (собственные центры лайф-коучинга в 15 филиалах и клиники психического здоровья в 11 филиалах в Корее, а также 20 центров лайф-коучинга и 11 зарубежных научно-исследовательских институтов с клиниками психического здоровья в 21 зарубежном филиале. Центр лайф-коучинга оснащён сертифицированными специалистами-консультантами и предлагает программы по снижению и контролю ежедневного стресса, такие как снятие напряжения, медитация, цветотерапия и обезболивание с помощью комнат для медитации. Дочерние компании и исследовательские центры, не имеющие собственных центров лайф-коучинга, используют внешнюю программу помощи сотрудникам);
- клиника психического здоровья, в которой работают психиатры, предоставляющие индивидуальные консультации, медикаменты/лечение психического здоровья и образовательные программы по широкому кругу вопросов, включая взаимоотношения на рабочем месте, жалобы, стресс, баланс между работой и личной жизнью и т. д. Конфиденциальность всей информации, полученной в ходе консультаций и врачебных осмотров, гарантируется в соответствии с кодексом этики консультантов и Законом о медицинском обслуживании);
- работа канала онлайн-консультирования, обеспечивающего неограниченный доступ к психологическим консультациям, используя онлайн-программы и каналы (видео, телефонные консультации и мессенджеры) в Корее и горячая линия консультирования в Индии.

«Chevron» способствует более здоровому питанию в своих кафетериях, в меньшей степени полагаясь на продукты высокой степени переработки и создавая полезные для здоровья блюда в меню. Профессиональные тренеры «Chevron» проводят ежедневные 10-минутные «растяжки» для групп сотрудников, занятых на напряжённой, сидячей работе.

В главном кампусе компании «SAS» сотрудники посещают местный центр отдыха и фитнеса 2—3 раза в неделю. Компания имеет годовой уровень добровольной текучести кадров всего 4%, а в 2010 г. она была признана журналом «Fortune» лучшей компанией для работы в США¹⁰.

«Lowe's» делает программы оздоровления увлекательными благодаря убеждению коллег (с отзывами участников на корпоративном интернет-портале), проведению интерактивных мероприятий с вовлечением большого числа сотрудников, соревновательным инициативам (например, соревнования по сбрасыванию лишнего веса), а также системой стимулов (бесплатные шагомеры и баллы за участие в wellness, которые можно обменять на подарки).

«Dell Inc.» — международная частная технологическая корпорация, ведущая деятельность в области компьютерных технологий. Во всех офисах и подразделениях компании суммарно работает 103 300 человек. Как и многие программы по укреплению здоровья, «Well at Dell» родилась из-за беспокойства по поводу роста расходов на здравоохранение. Ключевыми целями программы были улучшение здоровья сотрудников, сокращение роста расходов на здравоохранение, пропаганда культуры здорового образа жизни на рабочем месте, непоощрения курения, повышения производительности труда, привлечения и удержания талантливых сотрудников. С момента своего создания в 2004 г. программа постепенно расширялась и в настоящее время представляет собой совокупность следующих институционализированных корпоративных элементов:

Клиника здоровья на рабочем месте (с 2009 г.) с доплатой в размере 10 долл. за большинство услуг и без доплаты за профилактическую помощь;

- ежегодная оценка риска для здоровья и биометрические обследования;
- фермерский рынок, экскурсии по продуктовым магазинам и кулинария;
- лайф-коучинг (на месте, очные 30-минутные сессии);
- эргономичная программа (на месте и по телефону оценки, самопомощь онлайн, обучение и аттестация);
- использование социальных сетей для обмена индивидуальными успехами, создания групп и продвижения местных мероприятий.

Экосистемная поддержка программы предусматривает кампус, свободный от табака (с 2008 г.), дорожки на открытом воздухе для бега трусцой/ходьбы пешком, корпоративные рестораны и торговые

¹⁰ Данные Institute for Health and Productivity Studies, Johns Hopkins University, 2020.

автоматы на территории компании, которые предлагают широкий выбор полезных продуктов питания с маркировкой, а также дифференцированные цены, призванные ориентировать сотрудников на полезные блюда.

В последние годы компания «Dell» отошла от программы стимулирования, которая была основана исключительно на участии, и сменила её на программу, которая вознаграждает сотрудников за участие, прогресс и результаты, в том числе предоставляя скидки на страховые взносы до 975 долл. (по 910 долл. для супругов), поощрения, предоставляемые сотрудникам, которые прошли скрининги, продемонстрировали прогресс в достижении целей улучшения здоровья, приняли участие в соревновании по физической активности, записались на программу медицинского коучинга, завершили её и продемонстрировали улучшение, а также стимулирование, основанное на результатах, для сотрудников, которые не употребляют табак, и тех, кто достигает целей, связанных со снижением веса, артериального давления и повышением физической активности¹¹.

В соответствии с определением, принятым в документации Европейского Союза, укрепление здоровья на рабочем месте — это «совместные усилия общества, работодателей и работников по улучшению здоровья и благополучия сотрудников на работе»¹². Эти усилия включают методы, программы и политику, облегчающие выбор здорового образа жизни.

Представленный в настоящей работе и многие другие обзоры мероприятий по укреплению здоровья на рабочем месте подтверждают, что внедрение программ наилучшей практики оздоровления сотрудников в рамках инициатив по корпоративной социальной ответственности снижает количество невыходов на работу и расходы работодателя, а также повышает производительность труда и здоровье сотрудников [1]. Программы управления здоровьем сотрудников подчёркивают важность здорово-

го поведения и хорошего самочувствия работников, включая здоровое питание, физическую активность, отказ от курения, управление стрессом и скрининг заболеваний, психосоциальные факторы, организацию труда и рабочую среду.

Заключение

Прогрессивные, хорошо управляемые, ответственные компании готовы реализовывать программы оздоровления сотрудников в рамках корпоративной социальной ответственности. В свою очередь, медицинские организации могут расширить источники дохода, предоставляя бизнес-клиентам конкретные медицинские услуги, например, совместные программы мониторинга и лечения хронических заболеваний. Поставщики медицинских услуг могут сотрудничать с компаниями в рамках общесоциальных инициатив по укреплению здоровья. При этом медицинские организации, будучи также крупными работодателями, могут внедрять программы укрепления здоровья для своих сотрудников, адаптировав их под свои особенности.

Компании имеют возможности для разработки стратегий поощрения физической активности и поддержания здоровья сотрудников, а за счёт этого — привлечения и удержания лучших специалистов. Физическая активность и здоровые привычки должны стать частью повседневной офисной работы. Практические последствия внедрения корпоративных программ оздоровления сотрудников повышают уровень культуры здоровья каждого сотрудника и компании в целом, что способствует индивидуальному и корпоративному устойчивому развитию и эффективности.

ЛИТЕРАТУРА

1. Grimani A., Aboagye E., Kwak L. The effectiveness of workplace nutrition and physical activity interventions in improving productivity, work performance and workability: A systematic review // *BMC Public Health*. 2019. Vol. 19. P. 1676. doi: 10.1186/s12889-019-8033-1

REFERENCES

1. Grimani A., Aboagye E., Kwak L. The effectiveness of workplace nutrition and physical activity interventions in improving productivity, work performance and workability: A systematic review. *BMC Public Health*. 2019;19:1676. doi: 10.1186/s12889-019-8033-1

¹¹ Dell, Inc. URL: <http://thehealthproject.com/winner/dell-inc/> (дата обращения: 15.09.2023).

¹² European Network for Workplace health Promotion. Luxembourg Declaration on Workplace Health Promotion in the European Union. 2017. URL: <https://www.enwhp.org/?i=portal.en.workplace-health-promotion> (дата обращения: 15.09.2023).

Автор заявляет об отсутствии конфликта интересов.

The author declares no conflicts of interests.

Статья поступила в редакцию 25.04.2023; одобрена после рецензирования 06.06.2023; принята к публикации 07.11.2023.

The article was submitted 25.04.2023; approved after reviewing 06.06.2023; accepted for publication 07.11.2023.

Информатика и цифровые технологии

Обзорная статья

УДК 65.01

doi:10.32687/1561-5936-2023-27-4-366-370

Инновационные технологии и цифровые продукты в системе оказания скорой (в том числе неотложной) медицинской помощи

Александра Леонидовна Дашкова¹, Виталий Сергеевич Зубков²✉

^{1,2}Научно-исследовательский институт организации здравоохранения и медицинского менеджмента Департамента здравоохранения города Москвы, Москва, Россия

¹miss.dashkova@yandex.ru, <https://orcid.org/0000-0002-0300-9495>

²vitaliizubkov@yandex.ru, <https://orcid.org/0000-0003-4956-9516>

Аннотация. В статье рассматриваются современные инновационные технологии и цифровые продукты (платформы и приложения для смартфонов), способные существенно повысить эффективность оказания скорой (в том числе неотложной) медицинской помощи. Выделены такие направления технологического совершенствования, как использование искусственного интеллекта при сортировке пациентов, использование приложений для оптимизации процесса оказания неотложной помощи, применение портативных диагностических устройств на месте оказания медицинской помощи, использование медицинских дронов для оказания помощи с воздуха, системы упрощения транспортировки, применение беспилотных машин скорой помощи, оснащение транспортных средств скорой помощи.

Ключевые слова: скорая помощь; неотложная помощь; инновационные технологии; внедрение; распространение; эффективность; удовлетворённость; пациенты

Для цитирования: Дашкова А. Л., Зубков В. С. Инновационные технологии и цифровые продукты в системе оказания скорой (в том числе неотложной) медицинской помощи // Ремедиум. 2023. Т. 27, № 4. С. 366—370. doi:10.32687/1561-5936-2023-27-4-366-370

Computer science and digital technologies

Review article

Innovative technologies and digital products in the ambulance system (including emergency) medical care

Alexandra L. Dashkova¹✉, Vitaly S. Zubkov²

^{1,2}Scientific Research Institute of Healthcare Organization and Medical Management of the Moscow Department of Healthcare, Moscow, Russia

¹miss.dashkova@yandex.ru, <https://orcid.org/0000-0002-0300-9495>

²vitaliizubkov@yandex.ru, <https://orcid.org/0000-0003-4956-9516>

Annotation. The article discusses modern innovative technologies and digital products (platforms and applications for smartphones) that can significantly improve the efficiency of emergency (including emergency) medical care. The following areas of technological improvement are highlighted, such as the use of artificial intelligence in sorting patients, the use of applications to optimize the process of emergency care, the use of portable diagnostic devices at the place of medical care, the use of medical drones to provide assistance from the air, systems for simplifying transportation and the use of unmanned ambulances, as well as equipping ambulance vehicles.

Key words: ambulance; emergency care; innovative technologies; implementation; distribution; efficiency; satisfaction; patients

For citation: Dashkova A. L., Zubkov V. S. Innovative technologies and digital products in the system of emergency (including emergency) medical care. *Remedium*. 2023;27(4):366–370. (In Russ.). doi:10.32687/1561-5936-2023-27-4-366-370

Введение

Неотложная медицина — один из наиболее динамично развивающихся секторов здравоохранения в системе глобального здравоохранения. Развитие служб скорой (в том числе неотложной) медицинской помощи приходится на период начала

1960-х гг., чему способствовал рост производства автомобилей и, как следствие, повышение числа дорожно-транспортных происшествий, пострадавшие в которых требовали экстренного медицинского вмешательства. Сначала США, Австралия, Канада, затем Гонконг, Соединённое Королевство, Сингапур и многие другие страны мира создали в 1970—

1980-х гг. системы экстренной медицинской помощи. «В России деление скорой медицинской помощи на экстренную и неотложную произошло еще в 1920-е годы. Пункты неотложной помощи при поликлиниках, оказывающие помощь больным на дому, просуществовали до 1968 г. В 1988 г. вновь была принята попытка разделения, успешно реализованная в Санкт-Петербурге, однако в большинстве городов скорая и неотложная помощь так и остались объединены» [1].

Более поздние системы экстренной медицинской помощи используются почти во всех европейских странах, что означает, что врачи и парамедики могут оказывать помощь большему количеству пациентов на месте аварии или в машине скорой помощи по дороге в больницу. В американской модели перед парамедиками стоит задача как можно быстрее транспортировать пациента в отделение неотложной помощи для лечения. В настоящее время развивающиеся страны используют методы обеих моделей, однако новейшие достижения цифровых технологий продвинули медицину неотложной помощи дальше в направлении «из больницы к пациенту».

Вопросы доступности и качества медицинской помощи являются приоритетными в развитии отрасли

Цель настоящей работы — рассмотреть современные технологические инновационные продукты, оказывающие влияние на развитие и повышение эффективности служб скорой (в том числе неотложной) медицинской помощи.

Материалы и методы

В исследовании были использованы общенаучные методы анализа и синтеза, а также контент-анализ научных публикаций, отражающих современные технологические решения и их внедрение в деятельность служб скорой (в том числе неотложной) медицинской помощи, повышающих её эффективность и результативность.

Результаты и обсуждение

Использование искусственного интеллекта при сортировке пациентов

Отделения неотложной помощи (ОНП) — это очень сложные медицинские учреждения, которые должны быть устойчивы к непредсказуемым требованиям реальности неотложных состояний. В ОНП регулярно внедряются новые технологии для улучшения ухода за пациентами и рабочих процессов.

В Европе неотложная помощь в основном оказывается на месте происшествия — врачи при поддержке парамедиков оказывают помощь пациентам на месте аварии, прежде чем доставить их в больницу, или по дороге в медицинское учреждение. Подобная однородная модель была бы предпочтительнее различных подходов к координации служб скорой (в том числе неотложной) медицинской помощи, однако американская практика предлагает иной подход — оказание минимальной помощи при

взаимодействии с пациентом в пользу быстрого его перемещения и доставки в ОНП.

Необходимо отметить, что количество посещений ОНП в США составляет около 130 млн в год, а в сочетании с тем фактом, что в США на 100 человек приходится примерно 40 посещений ОНП и 70% этих пациентов проводят в ОНП более 2 ч, делает эффективную сортировку крайне важной¹.

Сортировка пациентов используется, в частности, в экстренной медицине для классификации пациентов по травмам и/или тяжести заболевания и для инструктирования поставщиков медицинских услуг о том, кого лечить в первую очередь [2]. Сортировка осуществляется как на догоспитальном этапе поставщиками служб неотложной медицинской помощи, так и в стационарных условиях медсестрами и врачами, и цифровые инновации становятся важнейшей частью такого ухода за пациентами.

Как правило, сортировка включает личное взаимодействие между пациентом и поставщиком медицинских услуг, включая измерение жизненно важных показателей, расспросы о травме и передаче информации другому медицинскому персоналу. Однако для облегчения интенсивного движения пациентов в чрезвычайных ситуациях появляются цифровые вмешательства в области здравоохранения, такие как искусственный интеллект, технологии машинного обучения, носимые устройства и дистанционная сортировка.

Искусственный интеллект (ИИ) и, в частности, машинное обучение (МО), уже используются при оказании помощи пациентам в области медицины, особенно при анализе медицинских изображений и поддержке принятия клинических решений². Однако на протяжении пандемии COVID-19 ИИ всё чаще разрабатывался и исследовался для множества дополнительных медицинских применений, включая сортировку пациентов. В частности, системы ИИ и МО используют данные для прогнозирования потребностей в неотложной помощи и шансов госпитализации наряду с другими важными исходами, такими как смертность [3]. ИИ и ML также могут использоваться в условиях неотложной помощи для определения или прогнозирования конкретных исходов или диагнозов. Например, некоторые исследователи стремятся разработать интерфейсы ML, которые смогут идентифицировать сепсис и остановку сердца с большей точностью, чем современные, более традиционные методы [4]. В этих исследованиях, хотя и предварительных, утверждается, что системы, использующие AI и ML, могут идентифицировать эти конкретные диагнозы более точно, чем традиционные методы, что может привести к раннему выявлению исходов высокого риска в ОНП. Программы ИИ и МО — это новые технологии, которые могут быть применены для помощи в

¹ Cairns C., Kang K., Santo L. National Hospital Ambulatory Medical Care Survey: 2018 emergency department summary tables. URL: https://www.cdc.gov/nchs/data/nhamcs/web_tables/2018_ed_web_tables-508.pdf (дата обращения: 12.09.2023).

² Artificial intelligence in medicine. URL: <https://www.ibm.com/topics/artificial-intelligence-medicine> (дата обращения: 12.09.2023).

сортировке в ОНП, причём практика демонстрирует явные признаки их эффективности, точности и адаптивности.

Центры сортировки и диспетчеризации всё чаще используют программное обеспечение для обнаружения неотложных состояний, оптимизации планирования и улучшения расстановки приоритетов. Программное обеспечение «Business intelligence» используется для предоставления обзора имеющихся ресурсов в режиме реального времени и точного отслеживания местоположения вызывающего абонента. Например, центры сортировки в Копенгагене используют «Corti» — искусственный интеллект, предназначенный для обнаружения остановок сердца. «Corti» может помочь диспетчерам достичь точности 92% при обнаружении остановок сердца вне больницы и может обнаруживать остановку сердца в среднем на 30 с быстрее, чем люди-операторы.

Приложения для оптимизации процесса оказания неотложной помощи

Процесс оказания неотложной помощи очень часто сопровождается коммуникационными проблемами, которые обуславливают до 80% ошибок со стороны медицинского персонала. Необходимость сведения их к минимуму обусловила рост технологических разработок и программных продуктов.

Одним из них является «Pulsara» — платформа, совместимая с персональными смартфонами для управления процессом оказания неотложной медицинской помощи. В частности, приложение самостоятельно проводит расчёт времени прибытия автомобиля скорой помощи в приёмное отделение, а также имеет функцию передачи видео- и фотоизображений в процессе транспортировки пациента. За счёт своевременного получения предварительной информации медики имеют возможность лучше подготовиться к приёму пациента, что, по оценкам разработчиков, сокращает время лечения почти на 30%.

Экстренное реагирование происходит как на земле, так и в воздухе. Неотложная медицинская помощь в полете — это нередкая реальная практика, и цифровые медицинские решения могут очень помочь в этих условиях. Приложение «airRx» включает библиотеку сценариев, сюжет которых предлагает наиболее распространённые случаи неотложной медицинской помощи для того, чтобы обеспечить тренировочную практику врачам по оказанию помощи пассажирам в полёте. Приложение «MedAire Aviation» предназначено для бортпроводников и связывает их с врачами для проведения обследования пациентов. Некоторые авиакomпании, например, «Icelandair», уже внедрили эту технологию³.

Портативные диагностические устройства на месте оказания медицинской помощи

Наличие удобных в использовании портативных диагностических устройств размером с ладонь зна-

чительно ускоряет и упрощает лечение пациентов на месте происшествия. Будь то ЭКГ, лабораторные исследования или ультразвук, гигантские аппараты остались в прошлом. Сегодня врачи могут носить в своем портфеле инструменты целого отделения.

Некоторое время назад ультразвуковая диагностика была доступна только радиологам. В современном мире специалисты скорой медицинской помощи могут использовать ультразвуковые устройства у постели больного. «Claruis» и «Philips Lumify» — это портативные ультразвуковые устройства, которые позволяют врачам и службам экстренного реагирования легко распознать тяжелообольного пациента.

Всего несколько лет назад инновация в виде смартфона, позволяющего делать ЭКГ в одном отведении, была огромной. Однако, несмотря на то, что он задаёт ритм, он не заменит обычную ЭКГ в 12 отведениях. Во многих случаях, когда врачи не видят 12 отведений, сердечный приступ можно пропустить. Новое приложение «Smart Health Pro» позволяет пользователям делать ЭКГ в 12 отведениях с помощью планшета или смартфона по беспроводной сети. Приложение точно такое же, как обычный осмотр у постели больного, за исключением того, что оно доступно в любой точке мира.

Долгое ожидание результатов лабораторного анализа крови также уходит в прошлое, благодаря инновациям. Такое устройство, как «i-STAT» от «Abbott», представляющее собой облегчённое устройство для тестирования на месте оказания медицинской помощи, делает это возможным. Устройство проверяет образец крови пациента на месте и передаёт результаты по беспроводной сети. В чрезвычайных ситуациях достигается значительная экономия времени.

Медицинские дроны

Дроны обладают огромными возможностями по транспортировке вакцин, лекарств и медицинской помощи. Компания «Zipline» производит медицинские дроны, доставляющие медикаменты в медицинские центры. Служба доставки дронами позволяет медицинским учреждениям, обслуживаемым «Zipline», получать ценные экстренные запасы крови в течение нескольких минут, а не часов. Во время пандемии COVID-19 служба «Zipline» была распространена по США, чтобы можно было доставлять медикаменты и средства индивидуальной защиты бесконтактно.

В учреждениях неотложной помощи дроны также используются для доставки автоматических внешних дефибрилляторов (AED) непосредственно пациентам, только что перенесшим сердечный приступ. Беспилотные летательные аппараты, которые уже были испытаны в Нидерландах и Канаде, были протестированы в Стокгольме с отличными результатами: беспилотники прибыли к пациенту за четверть времени, затраченного машиной скорой помощи.

Более того, дроны — это не только транспортные средства, они также могут давать указания людям на

³ Emergency care on the aircraft board.
URL: <https://www.internationalsos.com/> (дата обращения: 25.09.2023).

месте происшествия по проведению сердечно-лёгочной реанимации с помощью аппарата AED и обеспечивать обратную связь через собственную видеосистему. Шведский разработчик «Everdrone» объявил о своём партнерстве с Каролинским институтом в 2019 г. В дальнейшем он займется исследованием экстренных поставок оборудования и медикаментов критическим пациентам, где бы они ни находились.

Упрощение транспортировки и эра беспилотных машин скорой помощи

Существенным препятствием для доступа в систему здравоохранения во всём мире является надлежательный транспорт. Более 3,6 млн человек по всему миру пропускают приёмы у врача из-за отсутствия транспорта. Однако с такими сервисами, как «Luft» и «Uber», проблемы с транспортом могут остаться в прошлом.

«Uber» запустила «Uber Health» — сервис, основанный на транспортировке без оказания неотложной медицинской помощи и совместимый со смартфонами. «Luft» также распространяется на аналогичные поездки. Они являются быстрорастущими стартапами, помогающими пациентам добраться до больницы и сокращающими количество неявок пациентов на 68%.

Разрабатываются беспилотные автомобили, которые потенциально смогут стать пунктом оказания медицинской помощи. Эта новая технология может частично облегчить работу служб экстренной медицинской помощи и обеспечить более качественный уход за пациентами. Некоторые правительства уже рассматривают возможность создания беспилотных машин скорой помощи, которые могли бы работать как «медицинские такси». Они забирали бы пациентов с низким риском и доставляли их в ближайшую клинику или стационар для лечения. Внедрение этих машин скорой помощи приведёт к сокращению потребности в парамедиках, реагирующих на каждый вызов.

Оснащение транспортных средств скорой помощи

Чтобы сократить время до лечения, различные страны оснащают машины скорой помощи специализированным оборудованием, системами для передачи данных о состоянии на догоспитальном этапе в электронные карты больниц, миниатюрными компьютерными томографами, лабораториями для анализа крови на месте оказания медицинской помощи, а также телемедициной, которая позволяет парамедикам лечить такие состояния, как аритмия, инфаркты миокарда и ишемические инсульты.

С. С. Алексанин и соавт. исследовали преимущества инновационных технологий, в частности экстракорпоральной мембранной оксигенации (ЭКМО) на догоспитальном этапе во время транспортировок [5]. На основе данных 2202 транспортировок (из них 221 авиамедицинских) с оказанием помощи специализированной бригадой и описывая клинический случай, авторы отметили, что ЭКМО является эффективной технологией, позволяющей

оказать первую медицинскую помощь и обеспечить транспортировку в медицинскую организацию пациентов, традиционно считающихся нетранспортабельными (агонирующих, с продолжающимся кровотечением, напряжённым пневмотораксом, тампонадой сердца, внутрочерепным кровоизлиянием, циркуляторным шоком с преобладанием вазоплегического компонента). Как отмечают авторы, «применение инновационных технологий специально подготовленным персоналом позволяет оказывать специализированную скорую медицинскую помощь и транспортировать на любые расстояния, в том числе санавиацией, пациентов с критической сердечно-лёгочной недостаточностью, тяжёлой жизнеугрожающей интоксикацией и нарушениями ритма, ранее относившихся к категории „нетранспортабельных“» [5].

Заключение

Использование современных инновационных технологий может помочь пациентам быстрее и эффективнее получать медицинскую помощь, однако они также могут оказывать поддержку подразделениям неотложной помощи для более уверенного и безопасного разрешения ситуаций. Благодаря широкому внедрению передовых технологий пациенты в критических состояниях могут быстрее получать помощь, которая раньше была невозможна, а службы неотложной помощи станут более ориентированными на пациента и эффективными.

ЛИТЕРАТУРА

1. Болотников И. Ю. Совершенствование служб скорой и неотложной медицинской помощи в условиях города с полумиллионным населением // *Современные тенденции развития науки и технологий*. 2016. № 3—2. С. 12—19.
2. Yancey C. C., O'Rourke M. C. *Emergency department triage*. Treasure Island; 2021.
3. Liu Q., Yang L., Peng, Q. Artificial intelligence technology-based medical information processing and emergency first aid nursing management // *Computational and Mathematical Methods in Medicine*. 2022. N 4. P. 1—9.
4. Tsai C. L., Lu T. C., Fang C. C. et al. Development and validation of a novel triage tool for predicting cardiac arrest in the emergency department // *Western J. Emerg. Med*. 2022. Vol. 23, N 2. P. 258—267.
5. Алексанин С. С., Кочетков А. В., Шелухин Д. А., Павлов А. И. Возможности применения инновационных технологий при оказании специализированной скорой медицинской помощи на догоспитальном этапе // *Кремлевская медицина. Клинический вестник*. 2015. № 2. С. 22—25.

REFERENCES

1. Bolotnikov I. Y. Improvement of ambulance and emergency medical services in a city with a population of half a million. *Modern trends in the development of science and technology*. 2016;(3—2):12—19. (In Russ.)
2. Yancey C. C., O'Rourke M. C. *Emergency department triage*. Treasure Island; 2021.
3. Liu Q., Yang L., Peng, Q. Artificial intelligence technology-based medical information processing and emergency first aid nursing management. *Computational and Mathematical Methods in Medicine*. 2022;(4):1—9.
4. Tsai C. L., Lu T. C., Fang C. C. et al. Development and validation of a novel triage tool for predicting cardiac arrest in the emergency department. *Western J. Emerg. Med*. 2022;23(2):258—267.

5. Aleksanin S. S., Kochetkov A. V., Shelukhin D. A., Pavlov A. I. The possibilities of using innovative technologies in the provision of

specialized emergency medical care at the pre-hospital stage. *Kremlin medicine. Clinical Bulletin*. 2015;(2):22—25. (In Russ.)

Вклад авторов: все авторы сделали эквивалентный вклад в подготовку публикации. Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

Contribution of the authors: the authors contributed equally to this article. The authors declare no conflicts of interests.

Статья поступила в редакцию 25.04.2023; одобрена после рецензирования 06.06.2023; принята к публикации 07.11.2023. The article was submitted 25.04.2023; approved after reviewing 06.06.2023; accepted for publication 07.11.2023.

Научная статья

УДК 65.01

doi:10.32687/1561-5936-2023-27-4-371-375

Влияние внедрения портала «Госуслуги» на обеспечение эффективности системы здравоохранения

Даниил Викторович Цветков

Научно-исследовательский институт организации здравоохранения и медицинского менеджмента
Департамента здравоохранения города Москвы», Москва, Россия

tsvet.dan@mail.ru, <https://orcid.org/0000-0003-4647-6891>

Аннотация. Система здравоохранения является существенной частью социальной сферы, эффективность которой определяется многими факторами, такими как доступность и качество медицинских услуг в соответствии с потребностями населения, а также налаженная система управления на макро- и микроуровне. Инструменты, направленные на повышение эффективности и результативности системы здравоохранения, должны быть ориентированы как на пользователей услуг — пациентов, так и на медицинский персонал, организации для достижения наилучшего эффекта. Данная научная работа рассматривает положительное влияние внедрения цифровизации в систему здравоохранения на примере портала «Госуслуги» в Москве и Московской области.

Ключевые слова: цифровизация; здравоохранение; эффективность работы; цифровые технологии; государственные услуги

Для цитирования: Цветков Д. В. Влияние внедрения портала «Госуслуги» на обеспечение эффективности системы здравоохранения // Ремедиум. 2023. Т. 27, № 4. С. 371—375. doi:10.32687/1561-5936-2023-27-4-371-375

Original article

The impact of the introduction of the State Services portal on ensuring the effectiveness of the healthcare system

Daniil V. Tsvetkov

Scientific Research Institute of Healthcare Organization and Medical Management, Moscow, Russia

tsvet.dan@mail.ru, <https://orcid.org/0000-0003-4647-6891>

Annotation. The healthcare system is an essential part of the social sphere, which effectiveness is determined by many factors, such as the availability and quality of medical services in accordance with the needs of the population, as well as an established management system on the macro and micro levels. Tools aimed at increasing the efficiency and effectiveness of the healthcare system should be focused on both patients and medical personnel, organizations to achieve the best effect. This study examines the positive impact of the introduction of digitalization in the healthcare system using the example of the State Services portal in Moscow and Moscow region.

Key words: digitalization, healthcare, efficiency, digital technologies, public services.

For citation: Tsvetkov D. V. The impact of the introduction of the State Services portal on ensuring the effectiveness of the healthcare system. *Remedium*. 2023;27(4):371–375. (In Russ.). doi:10.32687/1561-5936-2023-27-4-371-375

Введение

Эффективность системы здравоохранения — это не только доступность медицинских услуг, но и гармоничное взаимодействие между качеством медицинской помощи, квалифицированными работниками, инновационными методами лечения, грамотным управлением и профилактическими мерами. Эти факторы помогают формировать общество, где забота о здоровье становится неотъемлемой частью человеческого благосостояния.

Российская система здравоохранения имеет свои сильные и слабые стороны. С одной стороны, в России существует обширная сеть медицинских учреждений — как государственных, так и частных, позволяющих обеспечить широкий доступ к базовым медицинским услугам для населения. Однако есть проблемы, с которыми сталкиваются как сами учреждения, так и пациенты. Например, существует дефи-

цит квалифицированных врачей в различных областях, а также проблемы с оборудованием и технологиями в некоторых медицинских учреждениях. Пациенты сталкиваются с длительными ожиданиями, сложностями с оформлением документов, записью на приём и другими бюрократическими барьерами.

В целях решения данных проблем разрабатываются и внедряются различные инструменты повышения эффективности системы здравоохранения, в том числе с использованием информационных технологий. Внедрение Федеральной государственной информационной системы «Госуслуги» является одним из примеров имплементации инструмента цифровизации в работу государственных учреждений разных уровней и сфер деятельности. Система здравоохранения также входит в контур реализации данного портала.

Цель данной работы — предоставить краткие итоги исследования результативности работы пор-

тала «Госуслуги» и её влияния на повышение эффективности системы здравоохранения Москвы и Московской области.

Материалы и методы

В рамках данной статьи проведено количественное исследование среди пользователей услуг в сфере здравоохранения с помощью портала «Госуслуги». В опросе на платформе «Google Forms» приняли участие 218 человек, проживающих в Москве и Московской области, с нормальным распределением по возрасту и полу.

Исследуемыми факторами влияния стали доступность, качество предоставления услуг и скорость регистрации записи. Первоначальной гипотезой исследования стал тезис о том, что внедрение «Госуслуг» повысило уровень удовлетворённости по двум из трех факторов: доступность и скорость.

Для подтверждения гипотезы респонденты отвечали на парные вопросы в части, касающейся факторов эффективности системы здравоохранения до пользования порталом «Госуслуги» и после его апробации.

Первая пара касалась доступности медицинских услуг:

Оцените возможность записи на приём к нужному специалисту или на необходимую процедуру/обследование (наличие врачей и оборудования и ближайшее время записи) до пользования порталом «Госуслуги», где 1 — это невозможность получения услуг, а 5 — доступность всех необходимых специалистов и оборудования.

Оцените возможность записи на приём к нужному специалисту или на необходимую процедуру/обследование (наличие врачей и оборудования и ближайшее время записи) после использования портала «Госуслуги» для этих целей, где 1 — это невозможность получения услуг, а 5 — доступность всех необходимых специалистов и оборудования.

Следующая пара вопросов касалась качества предоставляемых услуг:

1. Оцените качество предоставляемых Вам услуг до пользования порталом «Госуслуги», где 1 — это полная неудовлетворённость приёмом/процедурой, а 5 — полная удовлетворённость предоставленными услугами?
2. Оцените качество предоставляемых Вам услуг после использования портала «Госуслуги», где 1 — это полная неудовлетворённость приёмом/процедурой, а 5 — полная удовлетворённость предоставленными услугами?

Следующая пара вопросов касалась скорости процесса регистрации на приём к врачу:

1. Оцените скорость записи на приём к нужному специалисту или на необходимую процедуру/обследование (время, необходимое на получение записи на приём) до пользования порталом «Госуслуги», где 1 — слишком долгое/затруднительное, а 5 — «в один клик»¹?

2. Оцените скорость записи на приём к нужному специалисту или на необходимую процедуру/обследование (время, необходимое на получение записи на приём) после использования портала «Госуслуги» для этих целей, где 1 — слишком долгое/затруднительное (более двух недель), а 5 — «в один клик»?

Результаты и обсуждение

Согласно Л. Ю. Василевской и соавт. цифровизация является следствием распространения и внедрения информационно-коммуникационных технологий во все сферы жизнедеятельности общества. Реализация инструментов цифровизации направлена на перевод документооборота с бумажного носителя на электронный, а также упрощение оказания услуг посредством сети Интернет. Это приводит к упрощению пользования государственными услугами, в которых внедрены инструменты цифровизации, в том числе в сфере здравоохранения [1].

О. В. Сертакова утверждает, что цифровизация и информатизация — это ключевой фактор социального и экономического прогресса [2]. В сфере здравоохранения, по мнению автора, необходимо построить организационно-функциональную модель медицинской помощи населению — сюда относится и развивающийся инструмент телемедицины, упрощающий оказание услуг многим группам населения, которые по тем или иным причинам не могут очно прийти на приём. О. В. Сертакова обсуждает эволюцию национальных систем здравоохранения и то, как цифровизация повлияла на этот прогресс.

Повышение комфорта и простоты получения услуг при внедрении цифровизации также отмечал Ю. Ю. Швец, анализируя распространённость использования интернета в медицинских учреждениях, получение услуг гражданами в электронном виде и инвестиции в развитие средств информатизации и связи [3]. Его исследование не ограничено федеральными округами и конкретными инструментами цифровизации.

Данная работа фокусируется на портале «Госуслуги» и регионах: Москве и Московской области.

Наблюдается положительная динамика роста доступности услуг: количество респондентов, оценивших доступность медицинских услуг на «4», увеличилось на 76% (с 59 до 104 человек; рис. 1). Число пациентов, которые не смогли найти нужную услугу или получить её вовремя, снилось на 75% (с 12 до 3 человек). Данное наблюдение позволяет утверждать, что «Госуслуги» повысили общий уровень доступности услуг для населения Москвы и Московской области.

Внедрение портала «Госуслуги» незначительно повлияло на качество предоставляемых услуг пациентам — разница по каждому из показателей оценки минимальна, достигая максимума в 18% по оценке «2» (рис. 2). Однако в целом позитивная динамика присутствует ввиду уменьшения недовольных респондентов качеством услуг и увеличением удовлетворённых:

- по оценке «1»: спад на 15%;
- по оценке «2»: спад на 18%;

¹ «В один клик» — моментально, за одно нажатие мышки на компьютере.

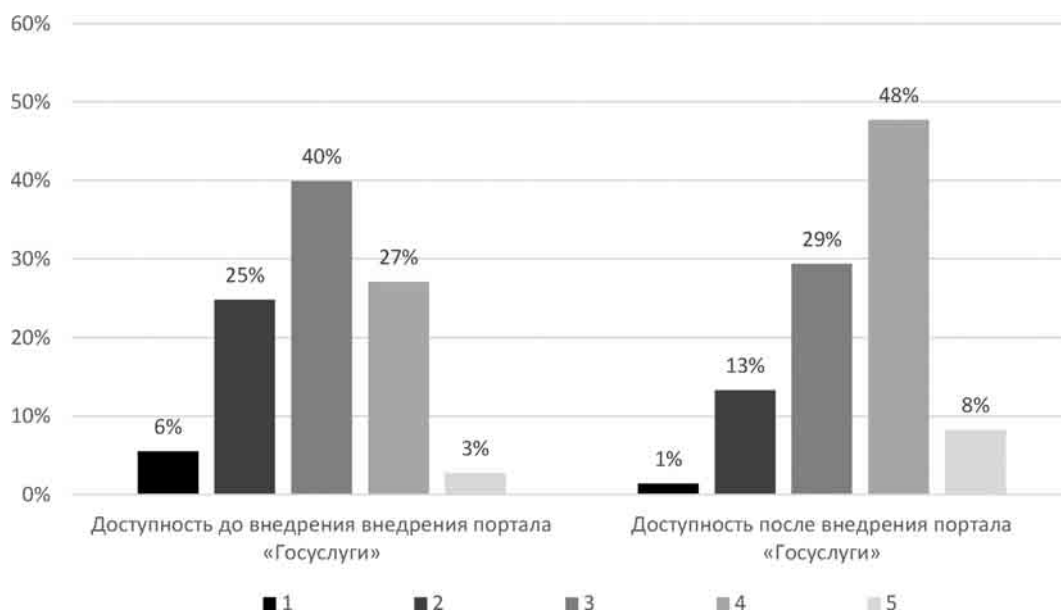


Рис. 1. Статистика изменения оценки доступности медицинских услуг.

Оценки соответствуют следующим критериям: 1 — невозможность получения услуг; 2 — возможность получения базовых медицинских услуг; 3 — возможность записи к некоторым специализированным врачам и получения базовых услуг; 4 — возможность записи к некоторым специализированным врачам и на определённые процедуры; 5 — доступность всех необходимых специалистов и оборудования.

- по оценке «3»: рост на 7%;
- по оценке «4»: спад на 8%;
- по оценке «5»: спад на 13%.

Несмотря на то что для пользователей системы здравоохранения портал «Госуслуги» изначально предоставляет возможности записи, обзора врачей и медицинских учреждений, на текущий момент активно развиваются новые услуги телемедицины, которые повышают комфорт и удобство предоставления услуг и косвенно влияют на качество приёма, что в свою очередь, потенциально могло по-

влиять на позитивную динамику по данной паре вопросов.

По вопросам о скорости записи на приём наблюдается существенная смена оценки респондентов до и после использования портала «Госуслуги» — по показателю оценки «5» рост составил более чем 50 раз — с 2 до 101 человек; более того, на 69% упала оценка «1» (рис. 3). Данная статистика отображает успешность работы портала «Госуслуги» с точки зрения увеличения скорости записи на приём к специалисту или на обследование.

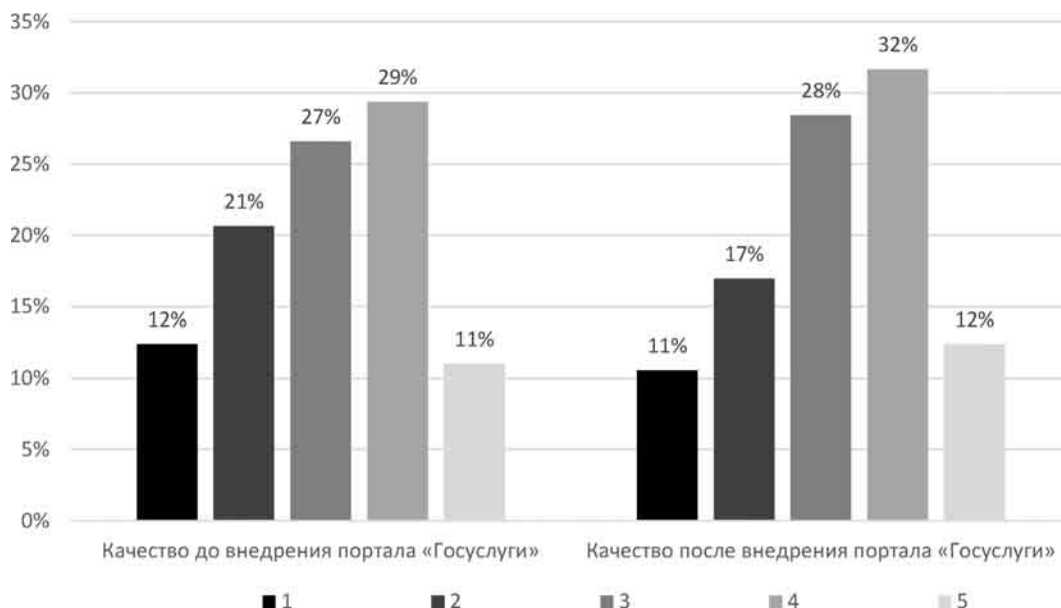


Рис. 2. Статистика изменения оценки качества медицинских услуг.

Оценки соответствуют следующим критериям: 1 — полная неудовлетворённость приёмом/процедурой; 2 — были решены некоторые вопросы/проблемы, качество услуг остается на низком уровне/оборудование находится в плохом состоянии и/или не может выполнить необходимую процедуру на должном уровне; 3 — были решены некоторые вопросы/проблемы, а качество услуг находится на удовлетворительном уровне/оборудование соответствует запросу по процедуре; 4 — в ходе приёма решались базовые вопросы/проблемы, а качество услуг находится на удовлетворительном уровне/оборудование соответствует запросу по процедуре; 5 — полная удовлетворённость предоставленными услугами.



Рис. 3. Статистика изменения оценки скорости записи на приём.

Оценки соответствуют следующим критериям: 1 — слишком долгое/затруднительное (более 2 нед); 2 — от 1 до 2 нед; 3 — от дня до недели; 4 — в течение дня; 5 — «в один клик».

Исходя из результатов количественного исследования, гипотеза подтвердилась: портал «Госуслуги» положительно повлиял на факторы «доступность предоставляемых услуг» и «скорость записи на приём», когда как фактор «качество предоставляемых услуг» не претерпел сильные изменения.

Заключение

Таким образом, внедрение портала «Госуслуги» в России оказало значительное влияние на эффективность системы здравоохранения. Портал предоставляет гражданам возможность получать медицинские услуги и информацию онлайн, что способствует оптимизации процессов и улучшению качества обслуживания. Граждане могут записываться на приём к врачу, получать результаты анализов и даже консультироваться с врачами удалённо через портал. Это уменьшает очереди, улучшает доступность услуг и снижает временные затраты на получение медицинской помощи. Более того, важно отметить, что внедрение электронных медицинских карт и их интеграция с порталом «Госуслуги» способствует более эффективному управлению медицинской информацией. Это улучшает координацию лечения, сокращает риски ошибок и повышает качество предоставляемых услуг.

Исследование имеет существенное ограничение: влияние портала «Госуслуги» на системы здравоохранения иных регионов не исследовалось. Это связано с низким уровнем тиражирования работы портала по территории России — не все регионы могут полноценно пользоваться всеми предоставляемыми услугами.

На основании результатов исследования можно утверждать, что внедрение портала «Госуслуги» способствует повышению эффективности системы здравоохранения, сделав процессы более прозрач-

ными, доступными и оперативными для граждан — пользователей услугами медицинских учреждений.

ЛИТЕРАТУРА

1. Василевская Л. Ю., Подузова Е. Б. Цифровизация гражданского оборота: проблемы и тенденции развития digital-медицины (цивилистическое исследование). М.; 2021. Т. 1.
2. Сертакова О. В. Организационно-функциональная модель совершенствования организации медицинской помощи в условиях информатизации и цифровизации социального сектора. М.; 2022.
3. Швец Ю. Ю. Цифровые технологии и развитие искусственного интеллекта как часть ценностно-ориентированного здравоохранения: перспективы и оценка // Труды Научно-исследовательского института организации здравоохранения и медицинского менеджмента. М.; 2023. С. 66—81.
4. Войтиков Е. В., Уруков Н. Ю. Цифровая трансформация: экономические последствия, проблемы и перспективы // Современная наука: прогнозы, факты, тенденции развития: сборник материалов XV Международной научно-практической конференции, посвященной 60-летию Чебоксарского кооперативного института (филиала) Российского университета кооперации. Чебоксары; 2022. С. 122—125.
5. Залогов В. Н. Цифровизация медицины: реалии и статистические оценки // Статистика в условиях формирования цифровой экономики: материалы Международной научно-практической конференции. Саранск; 2019. С. 74—77.

REFERENCES

1. Vasilevskaya L. Yu., Poduzova E. B. Digitalization of civil turnover: problems and trends in the development of digital medicine (civil research). Moscow; 2021: 1. (In Russ.)
2. Sertakova O. V. Organizational and functional model of improving the organization of medical care in the conditions of informatization and digitalization of the social sector. Moscow; 2022. (In Russ.)
3. Shvets Yu. Yu. Digital technologies and the development of artificial intelligence as part of value-oriented healthcare: prospects and evaluation: Proceedings of the Research Institute of Healthcare Organization and Medical Management. 2023:66—81. (In Russ.)
4. Voitikov E. V., Urukov N. Yu. Digital transformation: economic consequences, problems and prospects. In: Modern science: forecasts, facts, development trends: collection of materials of the XV International Scientific and Practical Conference dedicated to the 60th anniversary of the Cheboksary Cooperative Institute

(branch) of the Russian University of Cooperation. Cheboksary; 2022:122—125. (In Russ.)

5. Zalogov V. N. Digitalization of medicine: realities and statistical estimates. In: Statistics in the context of the formation of the dig-

ital economy: materials of the International Scientific and Practical Conference. Saransk; 2019:74—77. (In Russ.)

Автор заявляет об отсутствии конфликта интересов.

The author declares no conflicts of interests.

Статья поступила в редакцию 25.04.2023; одобрена после рецензирования 06.06.2023; принята к публикации 07.11.2023.

The article was submitted 25.04.2023; approved after reviewing 06.06.2023; accepted for publication 07.11.2023.

История медицины и фармации

Обзорная статья

УДК 616.5—053.2:615.89

doi:10.32687/1561-5936-2023-27-4-376-381

Представления о природе болезней кожи у детей и их лечении в русской народно-бытовой медицине

Галина Львовна Микиртичан¹, Татьяна Владимировна Каурова²

^{1,2}Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет, Санкт-Петербург, Россия

¹glm306@yandex.ru, <https://orcid.org/0009-0007-7913-4325>

²meditanika@gmail.com, <https://orcid.org/0009-0006-1191-2533>

Аннотация. В статье предпринята попытка раскрытия специфики представлений о заболеваниях кожи у детей, их причинах и методах лечения в русской народно-бытовой медицине. Крестьянская культура XIX в. — начала XX в. воспроизводила средневековые модели, что обусловило обращение к опубликованным историко-этнографическим и фольклорным источникам этого времени. Анализировались также отдельные лечебники, имеющие разделы, посвящённые детям. Изучение материалов позволяет сделать вывод о том, что в русской народной медицине издавна имелось многообразие взглядов на причины кожных болезней и их лечение у детей, основанных на разнообразных переплетениях рациональных и иррациональных представлений, сочетаниях христианских и языческих воззрений.

Ключевые слова: дети; кожные болезни; причины; приёмы лечения; христианские и языческие представления

Для цитирования: Микиртичан Г. Л., Каурова Т. В. Представления о природе болезней кожи у детей и их лечении в русской народно-бытовой медицине // Ремедиум. 2023. Т. 27, № 4. С. 376—381. doi:10.32687/1561-5936-2023-27-4-376-381

History of Medicine and pharmacy

Review article

Views about the nature of skin diseases in children and their treatment in Russian folk medicine

Galina L. Mikirtichan¹, Tatjana V. Kaurova²

^{1,2}St. Petersburg State Pediatric Medical University, St. Petersburg, Russia

¹glm306@yandex.ru, <https://orcid.org/0009-0007-7913-4325>

²meditanika@gmail.com, <https://orcid.org/0009-0006-1191-2533>

Annotation. The article attempted to reveal the specifics of ideas about skin diseases in children, their causes and methods of treatment in Russian national everyday medicine. Peasant culture of the XIX — early XX centuries was based on medieval models, which led to an appeal to the published historical, ethnographic and folklore sources of this time. Doctor books with sections dedicated to children stored in the Russian National Library in St. Petersburg were also analyzed. The study of materials allows you to draw a conclusion that in Russian folk medicine there has long been a variety of views on the causes of skin diseases and their treatment in children, based on various interweavings of rational and irrational ideas, on combinations of Christian and pagan views.

Key words: children; skin diseases; causes; methods of treatment; Christian and pagan ideas

For citation: Mikirtichan G.L., Kaurova T.V. Views about the nature of skin diseases in children and their treatment in Russian folk medicine. *Remedium*. 2023;27(4):376–381. (In Russ.). doi:10.32687/1561-5936-2023-27-4-376-381

В статье под словосочетанием «русский традиционный быт» понимается обустройство быта деревенских жителей, жизнь которых основана на традициях — принятых и устоявшихся правилах поведения, навыков, системы представлений, которая затрагивала практически все аспекты жизни, в том числе представления о здоровье и болезни [1]. Медицинские знания были частью народного массового опыта, накапливающегося и передаваемого

из поколения в поколение [2]. До организации земств в 1860-х гг. народная медицина оставалась единственным видом медицинской помощи для большинства населения России, особенно в сельской местности. Именно крестьянство и жители небольших провинциальных городов составляли до 85% населения Российской империи [3] и были носителями традиционных форм культуры и быта.

При написании статьи, помимо историко-этнографических источников, были изучены 3 замечательные монографии, содержащие основные сведения по гигиене детей, способам ухода за ребёнком, представлениях о болезнях детей у русского народа: отечественного педиатра Е. А. Покровского (1834—1895) «Физическое воспитание детей у разных народов, преимущественно России», 1884 [4]; врача В. Ф. Демича (1858—1930) «Педиатрия у русского народа», 1891 [5]; знатока народной медицины доктора Г. И. Попова (1856—1909) «Русская народно-бытовая медицина», 1903, написанная по материалам Этнографического бюро кн. В. Н. Тенишева [6].

На Руси каждый человек, каждая семья владели элементами народных врачевательных практик. Но были и «профессионалы» — народные врачеватели, тесно связанные с религиозно-магической деятельностью: шаманы, колдуны, знахари, лечцы и др. К ним обращались люди при заболевании. После принятия христианства помощь искали у православного духовенства. В «Повести временных лет» во фрагменте о монахах Киево-Печерского монастыря упоминаются случаи из жизни «презвутера Демьяна, лечившего больных детей молитвой и помазанием масла [7]. Однако и сотни лет спустя продолжали обращаться за помощью к знахарям. Были и светские врачи, чаще иностранные, но народ не доверял им. Г. Е. Рейн (1854—1942), доктор медицины, общественный деятель, почётный лейб-хирург Императорского двора, писал в конце XIX в.: «С русским народом эти врачи не имели ничего общего, да и притом они были весьма малочисленны. Народ им доверял мало, и эта рознь между народною медициною и народом и породила отчасти с давних пор резкое разделение медицины народной от медицины, так сказать, официальной. Все перечисленные обстоятельства способствуют тому, что в России народная медицина сохраняется во многих местах во всей своей самобытности» [8].

Кожные заболевания были довольно частым явлением среди жителей всех возрастов и сословий. Их высокая распространённость в крестьянской среде объяснялась скученностью людей в избах, необходимостью там же содержать скот, невозможностью поддержания чистоты. На некоторые кожные заболевания влияли и «климатические условия: постоянное ношение одежды в условиях холода, влажности и антисанитарии повышали вероятность грибковой инфекции» [9, с. 34], различных дерматитов и чесотки.

Эти же причины способствовали появлению кожных болезней у детей, экзематизации кожных процессов при несоответствующем содержании и редком купании. Кроме того, «частые неурожайные годы, однообразное, скудное питание приводили к ослаблению иммунитета, способствовали росту заболеваемости и смертности, особенно среди детей грудного возраста» [9].

Разного рода кожные болезни в народе обобщались названием «нечисть», «парша», «короста». С другой стороны, встречались разнообразны народные названия кожных болезней: «зуда», «свер-

бея» (чесотка), «прокажёние» (лепра, туберкулёзная волчанка), «восцы» (угри), «змеевики», «жолвы», «недужницы» (фурункулы), «хомут» (опоясывающий лишай), «захват рук» (контактный дерматит с явлениями отёка, развивающийся во время жатвы), «нажим» (мозоль) и т. д. Словом «цвет» обозначали золотушные сыпи у детей, а иногда — молочницу (молошонку) — кандидоз слизистых [5, 10, 11]. Для обозначения кожных болезней нередко использовали самые простые и примитивные сравнения: так произошли, к примеру, «вороньи сапоги» — трещины на ступне, пипьки — пузырьки herpes labialis, барин — чирей, что, вероятно, связано с сильной болезненностью при прикосновении.

Для представлений о причинах кожных болезней в народно-бытовой медицине характерно переплетение рационального и иррационального. Высказывались предположения, что причина кроется в «дурной крови», которая «разыгрывается» в большей или меньшей степени, в зависимости от рода болезни, вызывая разные кожные проявления — выходит «наружу». Существовало предположение, что заболевание кожи произошло от того, что человек перешагнул через «нечисть» — место на улице или дворе, где простой народ опорожнял мочевой пузырь [12].

В обыденной жизни большая роль в происхождении кожных болезней приписывалась колдовству, порче, чародейству и др. В народе считалось, что кожную болезнь можно получить через передачу её кем-нибудь другим, через «подброс» и «относ» (например, бородавки). В основе этого верования, без сомнения, лежит подмеченный народом факт распространения (перенесения) «некоторых болезней (сыпей) инфекционного характера через вещи, бывшие в соприкосновении с больным» [6, с. 217; 9, с. 144].

Существовало убеждение, что заболевания кожи у детей можно получить от сглаза, в понятие которого входили «представления о необъяснимой опасности, которая может произойти от контакта с другим человеком, колдуном, случайным недоброжелателем: от разговора, речей (оговор, приговор, урок), прикосновения (прикос, ураз), дыхания (озевыши, озев, озек, озык, озеп), взгляда (призор, сглаз)». В этом смысле особенно опасались «чужаков», людей с физическими отклонениями: кривых, слепых, одноногих и одоруких, хромых, немых; людей с определённым цветом волос и глаз (обычно черных); нарушителей норм супружества, например бывших замужем два или три раза. В результате сглаза у ребёнка могла появиться красная сыпь на лице и теле [11].

В народе большое значение придавали стихиям: ветру, огню, воде. Сохранялась вера, что ветер приносит порчу и от его воздействия на человека могут возникнуть недуги. Так, к ветру как возбудителю болезни относилось появление простуды на губах — ветреница — (herpes labialis) [6]. Происхождение ряда кожных заболеваний связывали с огнем: считали, что одной из причин являлось неуважительное отношение к огню, который, по народным представле-

ниям, имел божественное происхождение из меча архангела Михаила. У ребёнка, нарушившего запрет не плевать в огонь, могли появиться высыпания на коже. Возможно, связь заболеваний кожи с огнем обосновывалась и сходством признаков и симптомов ожогов и поражений кожи, вызванных некоторыми заболеваниями. Кроме того, считалось, что человек может заболеть от «подуму», т. е. глядя на больного с другой сыпью [6].

Причиной кожных заболеваний, особенно чесотки или другой зудящей сыпи, нередко выступало животное. Считалось, что заболевания могли появиться у человека, если он наступал на полосы от расчесов земли лапами собаки или волка. В ряде толкований указывалось, что животные, выступающие символами огня (собака, волк, орел), могут наказывать людей, поражая их кожными болезнями [13]. Интересна также болезнь, известная под названием «круги». При этом сыпи имели круговидное расположение и появлялись «у тех, кто переходит через каталища — места, где катались лошади, всегда обозначаемые очертаниями нескольких кругов. Чтобы не заболеть кругами, крестьяне избегали переходить такие каталища или, в предупреждение заболевания, плевали несколько раз на землю» [6, с. 43].

Со всеми этими представлениями сосуществовала так называемая «христианская этиология болезни, которая любые виды заболеваний объясняла «греховной и несовершенной природой» человека: болезнь была или божьим наказанием, или результатом происков дьявола. Эти взгляды обильно представлены в апокрифической, житийной и популярной литературе» [9, с. 267].

В ряде местностей верили в «насыльного» беса, который мог принять вид какого-нибудь зверя или птицы и, появившись неожиданно перед жертвой, вызвать кожное заболевание.

Бытовавшие в народной медицине взгляды на причины и происхождение кожных болезней объясняют и своеобразие способов их врачевания. При любом заболевании в качестве универсальных лечебных средств рекомендовались диета, лечение средствами растительного и животного происхождения, уход за больным.

Всякая сыпь на теле у ребёнка — корки, язвы и т. п. слыла в народе под именем золотухи. Сыпи у детей встречались очень часто, особенно на первом году жизни. Говорили, что все дети страдают «золотухой», в каждом ребёнке есть что-то «золотухное». Е. А. Покровский писал, что «дети без сыпей скорее принадлежали к исключениям» [4]. К золотухе относили почти все кожные болезни: всевозможные сыпи, язвы, в том числе туберкулёзные, опухоли лимфатических желез, течь из ушей, наружные болезни глаз и т. п. Это был некий собирательный термин, и все непонятное, не вполне объяснимое приписывалось золотухе. Против золотушных сыпей и язв весьма распространено было употребление внутрь и наружно бодяги. Ее прикладывали к поражённым местам, посыпав на намазанную медом тряпку. Для слабых, «золотушных» детей пригото-

ляли ванны из корней айра, листьев мужского папоротника, использовали настои горчачка, отвары медуницы и сухих листьев смородины с молоком, давали золотушным детям порошок из крапивы, желудей, купали в воде с корнями и листьями крапивы, с цветками и листьями мать-и-мачехи. Во многих местностях в качестве противозолотушного средства применяли калину: отвар побегов калины употребляли как внутрь, так и снаружи для обмываний и ванн. Одним из самых любимых средств против золотухи считались череда и анютины глазки. Анютины глазки в народе назывались золотушным чаем, они употреблялись внутрь в водном отваре часто с чередой, или в ней купали золотушных детей. Традиционно в народной медицине использовали белую лекарственную ромашку как средство от золотухи. Изредка против золотухи применяли ртуть и киноварь, что, очевидно, обуславливалось смешением её с сифилисом; иногда как наружное средство. Наряду с этим в ряде местностей от золотухи ежедневно давали детям порошок из просеянной сажки и корня девясила; золотушные места на теле 2 раза в день смазывали отваром корня конского щавеля или болиголова; иногда прикладывали к поражённым местам тёртые морковь и свеклу пополам с известковой водой. В отдельных случаях голову золотушного ребёнка, где проявления были ярко выражены, обмазывали смесью зелёного купороса со сметаной или смесью серы с обычным маслом [4, 5].

Одним из самых вредных способов народного врачевания, пожалуй, было «окуривание»: золотушного ребёнка подвешивали завёрнутым во что-нибудь над дымом от поставленной посреди избы жаровни с углями и помещённой на них ядовитой сулемой (хлорид ртути); эта процедура длилась в течение четверти часа [5].

Распространённой кожной болезнью детей была чесотка. Высокий уровень заболеваемости этим дерматозом и связанный с ним дискомфорт вызвали к жизни многочисленные местные названия чесотки: свороба, своробь, своробок, свербячка, свербеж, почесуха, нечистище, нуда, зудиха, почесули, почесульки, почесуньки и т. д. Для лечения чесотки наружно использовали смесь яичного белка и коровьего масла, которой натирали больные места по несколько раз в день. Применяли мази из дёгтя, золы и свиного сала, дёгтя с порошком, иногда добавляли тёртый кирпич и купорос, а также сок жгучей крапивы, намазывали поражённые места настоем корня репейника в вине. В ряде местностей при чесотке обмазывали больные места свежей сметаной, а затем давали собаке облизать эту сметану дочиستا; считалось, что чесотка исчезает от одной такой процедуры. Целебное действие приписывали заячьей шкуре, намазанной сметаной [14, 15]. Самым действенным средством считалась смесь из пороха, дёгтя, поваренной соли и чистотела. Но чаще всего против чесотки употребляли серную мазь или использовали серу внутрь. Часто лечение всеми этими средствами сочеталось с баней, а иногда перед ней, с парнем в печи, причём вместо веника иногда упо-

требляли траву чистотел. Не зная точную этиологию болезни, одежду чесоточных больных не подвергали не только воздействию высокой температуры, но и простой чистке, что способствовало дальнейшему распространению заболевания [6, 16].

В народе существовало немало способов лечения молочницы (кандидоза) у детей: мазали во рту ребёнка водкой, мёдом, обсыпали сахаром или выскребали белый налёт на слизистых оболочках пальцем. Использовали смешанный с мёдом сок ягод черники, соки сырой моркови, пареной репы, калины. В некоторых местностях применяли явно вредные средства лечения — вкладывали клюв утки в рот больного молочницей ребёнка или мазали во рту соком раздавленных белых червяков. Иногда больному ребёнку давали несколько раз в день по чайной ложке хлебной водки или обтирали ею полость рта. Нередко молочницу у детей лечили в бане: мать листиком веника скребла слизистую ребёнка или терла её своими волосами [5, 6, 16].

Опрелости в паховых, подмышечных складках у детей засыпали картофельным крахмалом, чечевицей или гречневой мукой, порошком из дряблого дуба или душицы, золой. В ряде местностей применяли пережаренную муку, белую глину, толчёные гнилушки старого дерева, которые просеивали через сито [16]. Также использовали порошок душицы, называемый «материнкой» [4].

Известно, что в русской народной медицине бытовала твёрдая уверенность в заразительности бородавок, которые могли передаваться от человека к человеку или с одного участка кожи на другой. Особенно расположены к бородавкам дети и молодые люди. Высокая распространённость бородавок обуславливала разнообразные подходы к их лечению. Так, бородавки смазывали острой водкой, гарью из трубки, соком табачных листьев, соком осиновых дров во время топки. Прикладывали к бородавкам толчёный с солью лук, чеснок с деревянным маслом, смазывали квасцами, толчёными с травой масляной (чистотел большой) и смесью толчёного купорося, белил, нашатыря, камфары и сулемы с водкой. Довольно часто бородавки выжигали «горючей» серой или прижигали калёным железом [6]. Использовали также сок молочая, прикладывали тёртую траву дубровника и соколий перелет (горечавка перекрёстнолистная), толчёные семена васильков. Одним из наилучших средств для удаления бородавок считалось прижигание крепкой или разведённой равным объёмом воды уксусной кислотой несколько раз в день. Однако в народе замечали, что бородавки нередко могли исчезать самостоятельно: этим отчасти объясняются народные предрассудки относительно возможности их излечения с помощью различных чар и магии [17]. С лечением бородавок связано много суеверий [18]. Одним из самых частых способов было вязание узлов на нитке по числу бородавок, после этого нитку надо было закопать, и люди верили, что когда она сгниёт, пропадут и бородавки. При этом нередко обводили ниткой около бородавок по очереди, начиная с самой большой, и завязывали узлы. Против бородавок практи-

ковался способ, заключающийся в следующем: «надо перевязать девять раз бородавку суровой ниткой и этих девять узлов выбросить — бородавки пройдут». Также иногда терли бородавки чистыми яблоками, без крапинок, а затем зарывали их в землю. Г. И. Попов также писал: «В тех случаях, когда хотели передать бородавки другим, вырезали на палке, по числу бородавок, рубчики и бросали на улице или на перекрёстках дорог: кто поднимет, на того перейдут бородавки» [6, с. 217]. По принципу подобию (имитативная магия) бородавки лечили и так: «в сене ищут травинку, скошенную вместе с заалей и корнем, и этим корешком трут бородавки: как трава с корнем скошена, так и бородавка с корнем выпадет» [6, с. 217; 19].

При заедах у детей смазывали губы серой из ушей; считалось также, что заеды можно исцелить прикладыванием к ним ножа тупой стороной [6].

У детей часто встречалось растрескивание кожи на руках или ногах («чёрт лыко дерёт») — по современным представлениям, проявления дисгидроза. При этом поражённые места вымывали начисто тёплой водой и смазывали по несколько раз в день свежим коровьим маслом. Иногда делали нечто вроде местной тёплой ванны — погружали на короткое время пальцы в горячую воду. Одновременно предлагалось чернилами на больных пальцах написать три крестика [4, 6].

На культуру народного врачевания существенное влияние оказало христианство, с принятием которого болезни стали восприниматься как наказание за грехи. Восприятие Христа как целителя способствовало широкому распространению приёмов теургической медицины, основанной на вере и молитве, покаянии, обращении к святому, поклонению его мощам, последнее считалось наиболее действенным [20]. Неотъемлемой частью магико-религиозной терапии в древнерусском обществе были христианизированные заговоры с конкретным указанием болезни. Они нередко включались в церковные требники, травники и лечебники. Это свидетельствует о синтезе языческих и христианских целительных практик.

В заключение отметим, что взгляды русского народа на отношение к детям, их воспитание и уход за ними также формировались на базе практических знаний православного вероучения и древних, ещё языческих верований [20]. В традиционном крестьянском обществе помощь больному складывалась «из распространённых в данной местности обычаев, возможностей и умений применить необходимые меры, а также естественного чувства гуманности. Вообще считалось тяжким грехом оставить больного без присмотра и ухода, какого бы возраста он ни был бы... Отношение к больному ребёнку зависело от многих причин: от материального положения, числа детей в семье, пола ребёнка и др.» [21, с. 127]. Семьи с низким достатком и большим числом детей с большей твёрдостью переносили смерть ребёнка. Тем не менее «отношение к болезни или смерти ребёнка было особенно трепетным и глубоко переживалось, родители заботились о его

лечении и выздоровлении, обращались за помощью к знахарям, в церкви и монастыри, сопровождали их в паломничествах» [20, с. 22]. Об этом свидетельствует запись в летописи под 6582 (1074) годом: «аще кто коли принесяше детищ болен, кацем либо недугом одержим принесяху в монастырь» [22].

Таким образом, взгляды на причины и лечение кожных заболеваний основывались на разнообразном сочетании рациональных и иррациональных представлений, языческих и христианских верований. Эмпирически выработанные способы и методы лечения заболеваний с использованием растительных и животных средств, климатических и природных факторов нашли широкое применение в русской народно-бытовой медицине. Распространённые в народе приёмы лечения кожных заболеваний у детей можно разделить на три основные группы: 1) рациональные, способствующие выздоровлению или улучшению состояния кожи ребёнка; 2) опасные для жизни и здоровья ребенка; 3) бесполезные, но не приносящие ребёнку вреда, обряды и обычаи. Устойчивость моральных воззрений и бытовых нравов обусловили сохранение приёмов и способов лечения в народной медицине вплоть до начала XX в. Многие из опыта наших предков ушло ныне в забвение, однако особый взгляд народа на происхождение и способы лечения кожных заболеваний нередко сказывается и сегодня: именно в детской дерматологической практике, по наблюдениям врачей, отмечается устойчивость подобных воззрений.

ЛИТЕРАТУРА

- Лотман Ю. М. Беседы о русской культуре: быт и традиции русского дворянства (XVIII — начало XIX века). СПб.; 2008.
- Бромлей Ю. В., Воронов Л. А. Народная медицина как предмет этнографических исследований // Советская этнография. 1976. № 5. С. 3—18.
- Россия, 1913 г.: Стат.-докум. справочник / ред.-сост. А. М. Анфимов, А. П. Корелин. СПб.; 1995.
- Покровский Е. А. Физическое воспитание детей у разных народов преимущественно России. Материалы для медико-антропологического исследования. М.; 1884.
- Демич В. Ф. Очерки народной медицины: педиатрия у русского народа. СПб.; 1892.
- Попов Г. И. Русская народно-бытовая медицина: по материалам этнографического бюро князя В. Н. Тенишева. СПб.; 1903.
- Долгов В. В. Древняя Русь: мозаика эпохи. Очерки социальной антропологии общественных отношений XI—XVI вв. Ижевск; 2004.
- Рейн Г. Е. О русском народном акушерстве: речь проф. Г. Е. Рейна, произнес. в торжеств. заседании III Съезда врачей 6 янв. 1889 г. СПб.; 1889.
- Малахова А. С., Малахов С. Н. Феномен болезни в сознании и повседневной жизни человека Древней Руси (XI — нач. XVII в.). Армавир; 2014.
- Гусаков Н. И. Истоки отечественной дерматовенерологии. М.; 2002.
- Русские дети. Основы русской педагогики. Иллюстрированная энциклопедия. СПб.; 2006.
- Ларин И. А. Народное лечение накожных и венерических болезней в Астраханской губернии // Русский медицинский вестник. 1902. № 9. С. 15—23.
- Содномпилова М. М. Традиционные представления тюрко-монгольских народов Внутренней Азии о заболеваниях кожи: природа заболеваний и приёмы лечения // Медицинская антропология и биоэтика. 2019. Т. 18, № 2. DOI: <https://doi.org/10.33876/2224-9680/2019-2-18/14>
- Отдел рукописей Государственной публичной библиотеки им. М. Е. Салтыкова-Щедрина. F.VI.18 Прохладный вертоград. Лечебник.
- Отдел рукописей Государственной публичной библиотеки им. М. Е. Салтыкова-Щедрина. Q.VI.17 Сборник медицинских сочинений XVIII в.
- Балов А. Детские болезни и их лечение в русской народной медицине // Практическая медицина. 1898. № 33. С. 597—599.
- Заразительность бородавок // Фельдшер. 1897. № 12. С. 355—356.
- Микиртчян Г. Л., Каурова Т. В., Аверченко П. А. Заболевания кожи в контексте суеверных представлений в русской народно-бытовой медицине // Медицина и организация здравоохранения. 2023. № 3. С. 79—88.
- Южин В. И. Как избавиться от порчи и сглаза. Приметы, обереги, заговоры, обряды, молитвы. М.; 2009.
- Малахова А. С. Человек и болезнь в повседневной жизни Древней Руси : X — начало XVII в. : автореферат дис. ... канд. исторических наук. Ставрополь; 2011.
- Микиртчян Г. Л. Отношение к детям, их праву на жизнь и развитие в России (X — начало XVIII века) // Педиатр. 2014. № 1. С. 126—131.
- Повесть временных лет // Библиотека литературы Древней Руси / под ред. Д. С. Лихачева и др. СПб.; 1997. Т. 1. С. XI—XII.

REFERENCES

- Lotman Yu. M. Conversations about Russian culture: life and traditions of the Russian nobility (XVIII — early XIX centuries). St. Petersburg; 2008. (In Russ.)
- Bromley Yu. V., Voronov L. A. Traditional medicine as a subject of ethnographic research. *Soviet ethnography*. 1976;(5):3—18. (In Russ.)
- Russia, 1913: Stat.-document. reference. A. M. Anfimov, A. P. Korelin (eds.). St. Petersburg; 1995. (In Russ.)
- Pokrovsky E. A. Physical education of children among different nations, mainly Russia. Materials for medical and anthropological research. Moscow; 1884. (In Russ.)
- Demich V. F. Essays on traditional medicine: pediatrics among the Russian people. St. Petersburg; 1892. (In Russ.)
- Popov G. I. Russian folk medicine: based on materials from the ethnographic bureau of Prince V. N. Tenishev. St. Petersburg; 1903. (In Russ.)
- Dolgov V. V. Ancient Rus': mosaic of the era. Essays on the social anthropology of social relations of the 11th—16th centuries. Izhevsk; 2004. (In Russ.)
- Rein G. E. About Russian folk obstetrics: Speech by Prof. G. E. Reina, said. in celebrations meeting of the III Congress of Doctors on January 6. 1889 St. Petersburg; 1889. (In Russ.)
- Malakhova A. S., Malakhov S. N. The phenomenon of illness in the consciousness and everyday life of a person in Ancient Rus' (11th—early 17th centuries). Armavir; 2014. (In Russ.)
- Gusakov N. I. Origins of nativedermatovenerology. Moscow; 2002. (In Russ.)
- Russian children. Fundamentals of Russian pedagogy. Illustrated encyclopedia. St. Petersburg; 2006. (In Russ.)
- Larin I. A. Folk treatment of skin and venereal diseases in the Astrakhan province. *Russian Medical Bulletin*. 1902;(9):15—23. (In Russ.)
- Sodnompilova M. M. Traditional ideas of the Turkic-Mongolian peoples of Inner Asia about skin diseases: the nature of the diseases and treatment methods. *Medical anthropology and bioethics*. 2019;18(2). (In Russ.)
- Department of Manuscripts of the State Public Library named after M. E. Saltykov-Shchedrin. F.VI.18 Prokhladnyy vertograd. Therapist. (In Russ.)
- Department of Manuscripts of the State Public Library named after M. E. Saltykov-Shchedrin. Q.VI.17 Collection of medical works of the 18th century. (In Russ.)

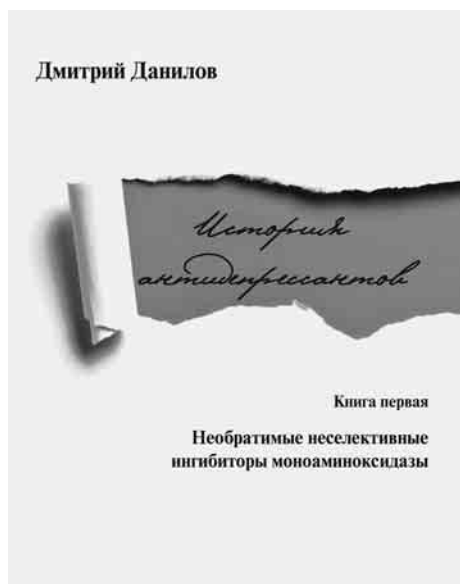
16. Balov A. Childhood diseases and their treatment in Russian folk medicine. *Practical medicine*. 1898;(33):597—599. (In Russ.)
17. Contagiousness of warts. *Paramedic*. 1897;(12):355—356. (In Russ.)
18. Mikirtichan G. L., Kaurova T. V., Averchenko P. A. Skin diseases in the context of superstitious beliefs in Russian folk medicine. *Medicine and healthcare organization*. 2023;(3):79—88. (In Russ.)
19. Yuzhin V. I. How to get rid of damage and the evil eye. Signs, amulets, conspiracies, rituals, prayers. Moscow; 2009. (In Russ.)
20. Malakhova A. S. Human and disease in the everyday life of Ancient Rus': 10th— early 17th centuries: abstract of thesis. ... candidate of historical sciences. Stavropol; 2011. (In Russ.)
21. Mikirtichan G. L. Attitude towards children, their right to life and development in Russia (Xth—early 18th century). *Pediatrician*. 2014;(1):126—131. (In Russ.)
22. The Tale of Bygone Years. In: Library of Literature of Ancient Rus'. D. S. Likhachev et al. (eds.). St. Petersburg; 1997:1:XI—XII. (In Russ.)

Вклад авторов: все авторы сделали эквивалентный вклад в подготовку публикации. Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

Contribution of the authors: the authors contributed equally to this article. The authors declare no conflicts of interests.

Статья поступила в редакцию 25.04.2023; одобрена после рецензирования 06.06.2023; принята к публикации 07.11.2023.
The article was submitted 25.04.2023; approved after reviewing 06.06.2023; accepted for publication 07.11.2023.

Рецензия на монографию Д. С. Данилова «История антидепрессантов. Книга первая. Необратимые неселективные ингибиторы моноаминоксидазы»
(СПб.: Издательско-полиграфическая ассоциация высших учебных заведений, 2023. 276 с. Тираж 1200 экз. DOI: 10.52565/9785911552114)



Издание является единственной в России монографией, посвящённой описанию истории создания, исследования эффектов и применения в клинической практике и в экспериментальных условиях необратимых неселективных ингибиторов моноаминоксидазы (ННИМ) — первой группы антидепрессантов, появившейся в распоряжении врачей. До настоящего времени подобных книг не было ни в нашей стране, ни за рубежом, так как их подготовка требует очень длительной и кропотливой работы. Необходимость появления подобных изданий назрела давно. Это связано в том числе с тем, что, как верно отмечает автор, представление информации в историческом ключе помогает лучше понять механизм формирования современных практических рекомендаций применения психотропных средств.

Издание представляет собой тщательно систематизированный и подробный анализ данных из истории ННИМ: от предпосылок этой истории до наших дней. Монография хорошо структурирована. Она разбита на главы на основании описания истории того или иного вопроса в хронологическом порядке. Последовательное прочтение этих глав позволяет не только понять, как развивался процесс изучения эффектов ННИМ, но и каким образом менялось представление врачей о возможностях терапии ряда психических расстройств. Такой способ изложения информации является очевидным достоинством и очень полезен для образовательного процесса.

В монографии описано множество интересных фактов. Например, для некоторых российских специалистов будет неожиданностью то, что ряд представителей ННИМ успешно используются в странах Европы и Северной Америки до сих пор. Особо стоит отметить наличие главы, посвящённой истории ННИМ в СССР, России и других странах — бывших советских республиках. В ней анализируется вклад специалистов из этих стран в историю развития психофармакотерапии. Интересна глава об опыте применения ННИМ при соматических заболеваниях. Знакомство с ней позволяет понять, как зарождались основы рекомендаций применения современных поколений антидепрессантов в соматической медицине.

Кроме освещения истории ННИМ, в каждой главе делаются исторические экскурсы в важные общепсихиатрические и даже общемедицинские вопросы. Например, очень любопытно описание фактов из истории развития принципов доказательной медицины и спора, до сих пор возникающего по этому вопросу. Интересно, что некоторые части монографии дублируются на английском языке. Этот приём, несомненно, будет способствовать популяризации издания за рубежом. Монография написана доступным языком.

Издание вызовет интерес у очень широкой аудитории читателей: психиатров, неврологов, терапевтов, реаниматологов, фармакологов, фармацевтов, особенно тех, кто делает первые шаги в профессии, и даже у немедицинской общественности. Оно, несомненно, может быть рекомендовано к прочтению. В заключение стоит отметить, что идея автора в виде последовательного создания серии монографий, посвящённых описанию истории разных групп антидепрессантов и других классов психотропных средств, заслуживает самого пристального внимания со стороны издательств медицинской литературы. Нужно пожелать успеха автору и издательству в достижении обозначенной ими цели.

Выход следующей книги Д. С. Данилова «История антидепрессантов. Книга вторая. Миансерин, миртазапин и другие стимуляторы высвобождения норадреналина и (предположительно) серотонина» ожидается осенью 2023 года. Приобрести ее можно у книгоиздателя vuzizdat.ru, в розничных книжных сетях и на маркетплейсах.

Член-корреспондент РАН, профессор,
доктор медицинских наук, почётный член
Королевского колледжа врачей (Лондон)
В. К. Ленахин