

Учредитель:  
**Федеральный  
научный центр гигиены  
им. Ф. Ф. Эрисмана**

Журнал «Здравоохранение  
Российской Федерации»  
представлен в следующих  
международных  
информационно-справочных  
изданиях: *International Aerospace  
Abstracts, Ulrich's International  
Periodicals Directory,  
OCLC Russian Academy  
of Sciences Bibliographies,  
Russian Science Citation Index*  
(на базе *Web of Science*).

ЛР № 010215 от 29.04.97 г.

**АДРЕС РЕДАКЦИИ:**

129515, Москва,  
ул. 1-я Останкинская, д. 26.  
Тел. +7 (495) 150-07-47, доб. 402  
E-mail: [zdrav.rf@idm.msk.ru](mailto:zdrav.rf@idm.msk.ru)  
Зав. редакцией *Т. М. КУРУШИНА*

**ПОЧТОВЫЙ АДРЕС:**

115088, Москва, ул. Новоостاپовская,  
д. 5, строение 14.  
ОАО «Издательство "Медицина"»

**ОТДЕЛ РЕКЛАМЫ:**

Тел. +7 (495) 150-07-47, доб. 101  
E-mail: [info@idm.msk.ru](mailto:info@idm.msk.ru)

[www.medlit.ru](http://www.medlit.ru)

**Ответственность за  
достоверность информации,  
содержащейся в рекламных  
материалах, несут рекламодатели.**

Редактор *Е.П. Мороз*  
Технический редактор *Л.В. Зюкина*  
Корректор *В.С. Смирнова*  
Переводчик *В.С. Нечаев*

Сдано в набор 29.01.18.  
Подписано в печать 12.03.18.  
Формат 60 × 88 ½.  
Печать офсетная. Печ. л. 7,0.  
Усл. печ. л. 6,86. Уч.-изд. л. 7,83.

Отпечатано в  
ООО «ПОЛИ ПРИНТ СЕРВИС»  
119049, г. Москва, Калужская пл.,  
д. 1, корп. 2.

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

Журнал зарегистрирован  
Роскомнадзором. Свидетельство  
о регистрации ПИ № ФС77-50668  
от 13 июля 2012 г.

ISSN 0044-197X. Здравоохранение  
Рос. Федерации. 2018. Т. 62. № 1.  
1—56.

# ЗДРАВООХРАНЕНИЕ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

ДВУХМЕСЯЧНЫЙ  
НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКИЙ ЖУРНАЛ

Основан в 1957 г.

1

**Том 62 • 2018**

**РЕДАКЦИОННАЯ КОЛЛЕГИЯ**

Главный редактор:

**Онищенко Г.Г.**, д-р мед. наук, проф., акад. РАН

Заместители главного редактора:

**Ракитский В.Н.**, д-р мед. наук, проф., акад. РАН

**Запороженко В.Г.**, канд. мед. наук

Ответственный секретарь:

**Сухова А.В.**, д-р мед. наук

**Иванова А.Е.**, д-р эконом. наук, проф.

**Полунина Н.В.**, д-р мед. наук, проф., член-корр. РАН

**Стародубов В.И.**, д-р мед. наук, проф., акад. РАН

**Шабалин В.Н.**, д-р мед. наук, проф., акад. РАН

**РЕДАКЦИОННЫЙ СОВЕТ**

**Артюхов И.П.**, д-р мед. наук, проф. (Красноярск)

**Герасименко Н.Ф.**, д-р мед. наук, проф., акад. РАН (Москва)

**Гриненко А.Я.**, д-р мед. наук, проф., акад. РАН (Санкт-Петербург)

**Медик В.А.**, д-р мед. наук, проф., член-корр. РАН (В. Новгород)

**Сабгайда Т.П.**, д-р мед. наук, проф. (Москва)

**Савельев С.И.**, д-р мед. наук, проф. (Липецк)

**Семёнов В.Ю.**, д-р мед. наук, проф. (Москва)

**Серёгина И.Ф.**, д-р мед. наук, проф. (Москва)

**Синицкая Т.А.**, д-р мед. наук, проф. (Москва)

**Стасевич Н.Ю.**, д-р мед. наук, проф. (Москва)

**Хабриев Р.У.**, д-р мед. наук, проф., акад. РАН (Москва)

**Элланский Ю.Г.**, д-р мед. наук, проф. (Ростов-на-Дону)

**Иностранные члены редакционного совета**

**Застенская И.А.**, канд. мед. наук, Еврокомиссар ВОЗ (Германия)

**Тсатсакис А.М.**, д-р мед. наук, проф. (Греция)



МОСКВА 2018

Издательство «Медицина»

Founder of the journal:  
**F.F. Erisman Federal Research  
Centre for Hygiene**

Journal is indexed in:  
**International Aerospace Abstracts,  
Ulrich's International Periodicals  
Directory, OCLC Russian  
Academy of Sciences  
Bibliographies,  
Russian Science Citation Index  
(based on Web of Science).**

**Postal Address of the Editorial  
Office:** 5, building 14,  
Novoostapovskaya street,  
Moscow, 115088

E-mail: [zdrav.rf@idm.msk.ru](mailto:zdrav.rf@idm.msk.ru)  
Head of the editorial office  
T.M. KURUSHINA

[www.medlit.ru](http://www.medlit.ru)

**Subscription through Internet line:**  
[www.aks.ru](http://www.aks.ru), [www.pressa-rf.ru](http://www.pressa-rf.ru)

**Subscription for the electronic  
version of the journal:** [elibrary.ru](http://elibrary.ru)

# ZDRAVOOKHRANENIE ROSSIISKOI FEDERATSII

(HEALTH CARE OF THE RUSSIAN FEDERATION)

SCIENTIFIC PRACTICAL JOURNAL  
ISSUED ONCE IN TWO MONTHS

Published since 1957

## Volume 62 · Issue 1 · 2018

### EDITORIAL BOARD

#### Editor-in-Chief:

**Onishchenko G.G.**, MD, PhD, DSc, prof., Academician of RAS

Assistant editors-in-chief:

**Rakitskiy V.N.**, MD, PhD, DSc, prof., Academician of RAS

**Zaporozhchenko V.G.**, MD, PhD

Executive editor:

**Sukhova A.V.**, MD, PhD, DSc

**Ivanova A.E.**, doctor of economic sciences, prof.

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

**Starodubov V. I.**, MD, PhD, DSc, prof., Academician of RAS

**Shabalin V.N.**, MD, PhD, DSc, prof., Academician of RAS

### EDITORIAL COUNCIL

**Artyukhov I.P.**, MD, PhD, DSc, prof. (Krasnoyarsk)

**Gerasimenko N.F.**, MD, PhD, DSc, prof., Academician of RAS (Moscow)

**Grinenko A.Ya.**, MD, PhD, DSc, prof., Academician of RAS (Saint-Petersburg)

**Medik V.A.**, MD, PhD, DSc, prof., corresponding member of RAS  
(Velikiy Novgorod)

**Sabgayda T.P.**, MD, PhD, DSc, prof. (Moscow)

**Savelyev S.I.**, MD, PhD, DSc, prof. (Lipetsk)

**Semenov V.Yu.**, MD, PhD, DSc, prof. (Moscow)

**Seregina I.F.**, MD, PhD, DSc, prof. (Moscow)

**Sinitskaya T.A.**, MD, PhD, DSc, prof. (Moscow)

**Stasevich N.Yu.**, MD, PhD, DSc, prof. (Moscow)

**Khabriev R.U.**, MD, PhD, DSc, prof. (Moscow)

**Ellanskiy Yu.G.**, MD, PhD, DSc, prof. (Rostov-na-Donu)

#### Foreign member of Editorial Council:

**Zastenskaya I.A.**, MD, PhD, WHO-Euro commissioner (Germany)

**Tsatsakis A.M.**, MD, PhD, DSc, prof. (Greece)



MOSCOW 2018

Izdatel'stvo «Meditsina»

## СОДЕРЖАНИЕ

### ОРГАНИЗАЦИЯ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

- Галова Е.А., Филиппов Ю.Н.** Информированность и медицинская активность медицинских работников по вопросам HCV/HBV-профилактики и диспансерного наблюдения за а-HCV/HBsAG-позитивными пациентами..... 4
- Титова Л.В., Макарова М.В., Смирнова А.А., Обухова И.В., Иванова С.Н.** Эпидемиологическая характеристика болезней костно-мышечной системы..... 13
- Дулепова А.А., Руина О.В., Поздеева Т.В., Кононова С.В., Писаненко Д.В.** Клинико-экономический анализ схем ступенчатой антибактериальной терапии как звено улучшения качества оказания медицинской помощи пациентам с урологической патологией..... 18
- Богатова И.В., Шильникова Н.Ф.** Оценка социальной эффективности первичной медико-санитарной помощи..... 24

### МЕДИЦИНА И ПРАВО

- Ходакова О.В., Дударева В.А.** О правовой функциональной грамотности населения в сфере реализации прав несовершеннолетних в области охраны здоровья..... 30

### МЕДИЦИНСКИЕ КАДРЫ

- Куделина О.В., Филинов Н.Б.** Индивидуальный стиль принятия решений руководителями медицинских организаций в перспективе оценки управленческого потенциала..... 37
- Гусева Н.К., Бердугин В.А., Зубеев П.С., Баранова С.В.** Анализ работы врачебной комиссии крупного больнично-поликлинического объединения по продлению листов нетрудоспособности..... 45

### НАМ ПИШУТ

- Губин А. В., Камышева В.В.** 30-летний опыт хирургической помощи иностранным пациентам в государственной ортопедической клинике..... 51

## CONTENTS

### HEALTH CARE ORGANIZATION

- Galova E.A., Filippov Yu.N.** The informativeness and medical activity of medical workers concerning issues of HCV/HBV prevention and dispensary observation of a-HCV/HBsAG-positive patients
- Titova L.V., Makarova M.V., Smirnova A.A., Obukhova I.V., Ivanova S.N.** The epidemiological characteristic of diseases of musculoskeletal system
- Dulepova A.A., Ruina O.V., Pozdeyeva T.V., Kononova S.V., Pisanenko D.V.** The clinical economic analysis of schemes of graded anti-bacterial therapy as a level of amelioration of quality of medical care support of patients with urological pathology
- Bogatova I.V., Shilnikova N.F.** The evaluation of social effectiveness of primary medical sanitary care

### MEDICINE AND LAW

- Khodakova O.V., Dudareva V.A.** About legal functional literacy of population in sphere of implementation of rights of the minors in the area of health care

### MEDICAL PERSONNEL

- Kudelina O.V., Filinov N.B.** The individual style of decision making by administrators of medical organizations in perspective of evaluation of management potential
- Guseva N.K., Berdutin V.A., Zubeev P.S., Baranova S.V.** The analysis of functioning of medical commission of the large hospital polyclinic association related to prolongation of medical certificates

### LETTERS TO EDITOR

- Gubin A.V., Kamysheva V.V.** The thirty years' experience of surgical care to foreign patients in state orthopedics clinic

**Уважаемые авторы и читатели журнала!**

**Обращаем Ваше внимание на то, что мы обновили сайт нашего журнала.**

**Новый адрес сайта: [www.medlit.ru/journalsview/healthcare](http://www.medlit.ru/journalsview/healthcare)**

**Вы можете подписаться через наш сайт на электронную версию журнала или купить отдельные статьи по издательской цене. Для этого нужно пройти регистрацию на сайте.**

# ОРГАНИЗАЦИЯ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

© ГАЛОВА Е.А., ФИЛИППОВ Ю.Н., 2018

УДК 614.2:616.36-002-022-084

Галова Е.А.<sup>1,2</sup>, Филиппов Ю.Н.<sup>2</sup>

## ИНФОРМИРОВАННОСТЬ И МЕДИЦИНСКАЯ АКТИВНОСТЬ МЕДИЦИНСКИХ РАБОТНИКОВ ПО ВОПРОСАМ HCV/HBV-ПРОФИЛАКТИКИ И ДИСПАНСЕРНОГО НАБЛЮДЕНИЯ ЗА a-HCV/HBsAg-ПОЗИТИВНЫМИ ПАЦИЕНТАМИ

<sup>1</sup> ФГБУ «Приволжский федеральный медицинский исследовательский центр» Минздрава России, 603155, г. Нижний Новгород;

<sup>2</sup> ФГБОУ ВО «Нижегородская государственная медицинская академия» Минздрава России, 603005, г. Нижний Новгород

*Представлены результаты анкетирования врачей по вопросам профилактики парентеральных вирусных гепатитов и диспансерного наблюдения за a-HCV/HBsAg-позитивными пациентами. Установлены недостаточная информированность и низкая медицинская активность врачей различных специальностей в области профилактики и диспансерного наблюдения лиц из групп риска и больных вирусными гепатитами C/B. Опыт работы и медицинский стаж без дополнительного обучения по данной проблеме не являются гарантом достаточных знаний в отношении профилактики, своевременного выявления и соответствующего наблюдения a-HCV/HBsAg-позитивных пациентов. Необходимо активное внедрение в программы последипломной подготовки образовательных циклов по этим вопросам.*

**Ключевые слова:** HCV; HBV; HBsAg; вирусный гепатит; диспансеризация; HCV/HBV-профилактика; врач; медицинская активность; медицинская помощь.

**Для цитирования:** Галова Е.А., Филиппов Ю.Н. Информированность и медицинская активность медицинских работников по вопросам HCV/HBV-профилактики и диспансерного наблюдения за a-HCV/HBsAg-позитивными пациентами. *Здравоохранение Российской Федерации*. 2018; 62(1): 4–12.

DOI: <http://dx.doi.org/10.18821/0044-197X-2018-62-1-4-12>

Galova E.A.<sup>1,2</sup>, Filippov Yu.N.<sup>2</sup>

## THE INFORMATIVENESS AND MEDICAL ACTIVITY OF MEDICAL WORKERS CONCERNING ISSUES OF HCV/HBV PREVENTION AND DISPENSARY OBSERVATION OF a-HCV/HBsAg-POSITIVE PATIENTS

<sup>1</sup>The Privolzhskiy Federal Medical Research Center, Nizhny Novgorod, 603155, Russian Federation;

<sup>2</sup>The Nizhny Novgorod State Medical Academy, Nizhny Novgorod, 603005, Russian Federation

*The article presents the results of questionnaire survey of physicians concerning issues of prevention and dispensary observation of a-HCV/HBsAg positive patients. The study established inadequate awareness and medical activity of physicians concerning issues of prevention and dispensary observation of patients from risk group and patients with viral hepatitis C/B. The working experience and medical length of service without any additional training give no guarantees of sufficient knowledge in issues of prevention, timely detection and corresponding observation of a-HCV/HBsAg positive patients.*

**Key words:** HCV; HBV; HBsAg; viral hepatitis; dispensarization; HCV/HBV prevention; physician; medical activity; medical care.

**For citation:** Galova E.A., Filippov Yu.N. The informativeness and medical activity of medical workers concerning issues of HCV/HBV prevention and dispensary observation of a-HCV/HBsAg-positive patients. *Zdravookhranenie Rossiiskoi Federatsii (Health Care of the Russian Federation, Russian journal)*. 2018; 62(1): 4–12. (In Russ.).

DOI: <http://dx.doi.org/10.18821/0044-197X-2018-62-1-4-12>

**For correspondence:** Elena A. Galova, candidate of medical sciences, academic secretary of the Privolzhskiy Federal Medical Research Center, associate professor of the chair of public health and health care of the Nizhny Novgorod State Medical Academy, Nizhny Novgorod, 603155, Russian Federation. E-mail: [galova75@mail.ru](mailto:galova75@mail.ru)

### **Information about authors:**

Galova E.A., <http://orcid.org/0000-0002-9574-2933>

Filippov Yu.N., <http://orcid.org/0000-0002-8293-3837>

**Acknowledgment.** The study had no sponsorship.

**Conflict of interest.** The authors declare no conflict of interest.

Received 02 October 2017

Accepted 09 October 2017

## **Введение**

Согласно Федеральному закону № 323-ФЗ от 21.11.2011 «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» и актуальным публикациям ведущих организаторов здравоохранения, в условиях перехода к персонифицированной медицине качественная медицинская помощь неразрывно связана с соответствующим профилактическим (диспансерным) наблюдением, а также своевременным выявлением и лечением заболеваний [1—4].

По данным Государственного доклада «О состоянии санитарно-эпидемиологического благополучия населения в Российской Федерации в 2015 году», в стране отмечен рост числа тяжёлых и прогрессирующих форм инфекционных заболеваний. Одной из причин указанного обстоятельства может служить снижение настороженности врачей и их медицинской активности в отношении своевременного обнаружения инфекционных заболеваний ввиду внедрения в практическое здравоохранение инновационных способов диагностики неинфекционных болезней [5].

Особое внимание следует обратить на парентеральные вирусные гепатиты (в том числе хронические), которые имеют весьма сомнительный прогноз [6—8] и при несвоевременном выявлении и отсутствии грамотного лечения могут приводить к инвалидизирующим последствиям [9].

Не вызывает сомнения тот факт, что качество осуществляемых профилактических мероприятий и полнота диспансерного наблюдения во многом определяются уровнем подготовки и знаниями медицинских работников, не только их владением современными методами диагностики и лечения заболеваний, но и способностью обеспечить профилактическую направленность ведения пациента.

Цель исследования — оценить информированность и медицинскую активность врачей по вопросам профилактики парентеральных вирусных гепатитов С/В (ВГС/В).

## **Материал и методы**

Проведено анкетирование врачей ( $n = 431$ ) по ряду вопросов профилактики вирусных гепатитов С/В.

Предлагаемые респондентам анкеты, разработанные сотрудниками кафедры общественного здоровья и здравоохранения ФПКВ ФГБОУ ВО НижГМА Минздрава России, содержали вопросы, характеризующие медицинскую активность врача,

отражающие общие и некоторые специальные знания по организации медицинской помощи, профилактике и диспансерному наблюдению за а-НСV/НВsAg-позитивными больными и пациентами из групп риска и предусматривающие возможность выбора нескольких ответов (табл. 1).

Респондентов для анкетирования отбирали случайным образом из числа врачей, обучающихся на циклах профессиональной переподготовки и/или повышения квалификации по своей ведущей специальности на базе ФГБОУ ВО НижГМА Минздрава России в 2015—2016 гг. и не получавших ранее какой-либо дополнительной подготовки по программам профилактики парентеральных вирусных гепатитов. Врачи-инфекционисты в исследование включены не были.

На 1-м этапе исследования выполняли сравнительный анализ результатов анкетирования в 3 группах врачей.

Врачи, координирующие маршрут а-НСV/НВsAg-позитивных пациентов и оказывающие медицинскую помощь в системе охраны материнства и детства — ОМИД (педиатры, терапевты, неонатологи, акушеры-гинекологи), составили 1-ю группу респондентов ( $n = 153$ ); медики с высоким риском НCV/НВV-инфицирования (хирурги, травматологи, анестезиологи-реаниматологи, стоматологи) — 2-ю группу ( $n = 147$ ); узкие специалисты без высокого риска инфицирования, не имеющие прямого отношения к маршрутизации пациентов (кардиологи, невропатологи, врачи функциональной диагностики), — 3-ю группу ( $n = 131$ ).

На 2-м этапе проводили сравнительный анализ результатов анкетирования в зависимости от длительности медицинского стажа врача — также в 3 группах. Медики со стажем работы менее 5 лет вошли в группу А ( $n = 182$ ), со стажем 5—10 лет — в группу В ( $n = 56$ ), более 10 лет — в группу С ( $n = 193$ ).

Достоверных различий в распределении респондентов 1—3-й групп в группах А, В и С не было (табл. 2).

Для объективизации данных анкетирования оценивали согласие (или согласованность) в ответах на предложенные вопросы, что позволяет установить степень единства (непротиворечивости) мнения опрашиваемых.

Применяли метод каппы Коэна ( $\kappa$ ). В соответствии с признанными критериями оценки выделя-

Т а б л и ц а 1

## Перечень вопросов и вариантов ответов анкеты, предлагаемой врачу

Общие вопросы	
вопрос	варианты ответов
Я врач	1) участковый педиатр 2) участковый терапевт 3) инфекционист 4) акушер-гинеколог 5) неонатолог 6) другой (уточните) _____
Место работы	1) поликлиника 2) женская консультация 3) родильный дом 4) стационар (соматический, инфекционный) 5) другое (уточните) _____
Медицинский стаж	1) менее 5 лет 2) 5—10 лет 3) более 10 лет
Укажите число больных вирусными гепатитами С/В, с которыми Вы сталкивались/которых наблюдаете	1) сколько (уточните) _____ 2) много 3) нет таких пациентов 4) затрудняюсь ответить 5) единичные больные
Хотели бы Вы улучшить знания по профилактике парентеральных вирусных гепатитов?	1) да 2) нет
Некоторые вопросы анкеты вызвали затруднения ввиду недостаточной информированности	1) да 2) нет
Медицинская активность	
вопрос	варианты ответов
Каким образом Вы узнаете о HCV/HBV-позитивных больных?	1) при профилактическом (диспансерном) обследовании 2) при наблюдении больных в стационаре (по поводу других заболеваний) 3) при оформлении больных на стационарное лечение (по поводу других заболеваний) 4) направляются врачами смежных специальностей
Какова Ваша тактика при обращении к Вам пациента с вирусным гепатитом С/В?	1) активно приглашаю/направляю больных и пациентов групп риска на осмотр согласно действующему СанПиНу 2) всегда направляю к инфекционисту 3) направляю в кабинет инфекционных заболеваний
Считаю профилактические беседы с населением и медицинскими работниками эффективным средством предотвращения вирусных гепатитов С/В	1) да 2) нет
Организация медицинской помощи а-HCV/HBsAg-позитивным пациентам	
вопрос	варианты ответов
Я осведомлён о централизованной передаче информации о пациенте из родильного дома в детскую поликлинику	1) да 2) нет
Знаю о преемственности в передаче информации о пациенте из женской консультации в родильный дом	1) да 2) нет
Я знаю/информирован	1) о действии программ по лечению хронических вирусных гепатитов С/В 2) о гепатологическом центре для детей на базе ГБУЗ НО «Городская инфекционная больница № 23» 3) о гепатологическом центре для взрослых на базе ГБУЗ НО «Городская инфекционная больница № 2» 4) никогда не слышал о программах и центрах

Общие знания врачей	
вопрос	варианты ответов
Уверен, что наблюдать больных вирусными гепатитами С/В и пациентов групп риска должен врач	1) педиатр/терапевт 2) инфекционист 3) другой (уточните) _____
Какое лечение получают пациенты, с которыми Вы сталкиваетесь / которых наблюдаете?	1) гепатопротекторы 2) противовирусные препараты 3) симптоматические средства 4) никакого лечения больные не получают
Специальные знания врачей	
вопрос	варианты ответов
Я знаю, что	1) вирус гепатита С/В передаётся от матери ребёнку во время беременности <input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет 2) вирус гепатита С/В передаётся от матери ребёнку во время родов <input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет 3) вирус гепатита С/В передаётся половым путём <input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет 4) вирус передаётся только парентеральным путём <input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет 5) вертикальная передача HCV/HBV-инфекции может привести к развитию острого гепатита с исходом в хронический гепатит <input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет
Какие профилактические мероприятия необходимы ребёнку, рождённому от HCV/HBV-позитивной матери?	1) вакцинация в период новорождённости 2) введение вакцины в первые часы жизни 3) введение иммуноглобулина в первые часы жизни
Что максимально может защитить медицинского работника при возникновении чрезвычайной ситуации (контакт с кровью больного, порез во время операции и т. п.)?	1) введение иммуноглобулина 2) немедленная вакцинация 3) ничего

ли: плохое согласие (плохую степень согласованности) ответов респондентов —  $\kappa < 0,2$ ; удовлетворительное/сносное согласие (удовлетворительную степень согласованности) —  $0,2 \leq \kappa \leq 0,4$ ; умеренное/среднее согласие (умеренную степень согласованности) —  $0,41 \leq \kappa \leq 0,6$ ; хорошее согласие (хорошую степень согласованности) —  $0,61 \leq \kappa \leq 0,8$ ; очень хорошее / превосходное согласие (очень хорошую степень согласованности) —  $\kappa \geq 0,81$ .

Далее в тексте и табл. 3 используются следующие обозначения:  $f_i$  — частота встречаемости признака внутри группы  $i$  в %; абс. — абсолютное значение признака;  $\kappa_i$  — каппа Коэна, рассчитанная внутри группы  $i$ ;  $\kappa_{ij}$  — каппа Коэна, рассчитанная для 2 сравниваемых групп  $i$  и  $j$ ;  $p_{ij}$  — достовер-

ность различий между сравниваемыми группами  $i$  и  $j$ , где  $i$  и  $j$  могут принимать значения 1, 2, 3 при сравнении 1—3-й групп или А, В, С при сравнении групп А—С.

Статистическую обработку результатов осуществляли с помощью пакета прикладных программ Statistica 6.1. Нулевые гипотезы отвергались при достигнутом уровне значимости соответствующего статистического критерия  $p < 0,05$ .

### Результаты

Опрашиваемые продемонстрировали различную степень согласованности — от плохой до очень хорошей, что свидетельствует о значительной вариабельности ответов на предложенные во-

Таблица 2

Распределение врачей-респондентов в изучаемых группах

Группы (по специальности)	Группы (по стажу работы)					
	группа А ( $n = 182$ )		группа В ( $n = 56$ )		группа С ( $n = 193$ )	
	абс.	%	абс.	%	абс.	%
1-я группа	64	35	21	37	68	35
2-я группа	59	32	16	29	72	37
3-я группа	59	32	19	34	53	28

Примечание. В табл. 2 и 3:  $n$  — число респондентов в группе.

просы и может служить отражением разного уровня знаний респондентов.

В ходе анализа ответов, связанных с медицинской активностью врачей, установлено, что основные координаторы маршрута а-НСV/НВsAg-позитивных пациентов (1-я группа) и медики с высоким риском НCV/НВV-заражения (2-я группа) лишь в трети случаев узнавали о больных ВГС/В при диспансерном (профилактическом) осмотре ( $f_1 = 38, \kappa_1 = 0,24; f_2 = 31, \kappa_2 = 0,24$ ), но почти каждый второй сталкивался с а-НСV/НВsAg-позитивными пациентами при наблюдении таковых в стационаре ( $f_1 = 42, \kappa_1 = 0,17; f_2 = 37, \kappa_2 = 0,25$ ) или оформлении на стационарное лечение ( $f_1 = 44, \kappa_1 = 0,11; f_2 = 42, \kappa_2 = 0,15$ ) по поводу других заболеваний.

Менее половины респондентов в 1-й группе и небольшая часть во 2-й группе активно приглашали/направляли больных ВГС/В или пациентов с риском инфицирования на осмотр в декретированные сроки ( $f_1 = 38, \kappa_1 = 0,25; f_2 = 14, \kappa_2 = 0,71; p_{1,2} = 0,0001$ ). Врачи этих групп редко ( $f_1 = 28, \kappa_1 = 0,44; f_2 = 13, \kappa_2 = 0,75; p_{1,2} = 0,0012$ ) рассматривали профилактические беседы с населением в качестве средства предотвращения вирусных гепатитов С/В.

Респонденты 3-й группы относительно первых 2 групп реже ( $f_3 = 22, \kappa_3 = 0,60; p_{1,3} = 0,0121, p_{2,3} = 0,1695$ ) узнавали о больных ВГС/В при проведении профилактического осмотра, более часто ( $f_3 = 62, \kappa_3 = 0,24; p_{1,3} = 0,0030, p_{2,3} = 0,0007$ ) сталкивались с ними в стационаре при наблюдении по поводу других заболеваний, почти не приглашали/направляли ( $f_3 = 8, \kappa_3 = 0,83; p_{1,3} = 0,0001, p_{2,3} = 0,2039$ ) больных и пациентов групп риска на осмотр в декретированные сроки и несколько чаще придавали значение профилактическим беседам ( $f_3 = 36, \kappa_3 = 0,28; p_{1,3} = 0,1928, p_{2,3} = 0,0002$ ).

Таким образом, медицинская активность врачей всех рассматриваемых специальностей в отношении профилактики вирусных гепатитов С/В была недостаточной, а в ряде случаев даже низкой.

Анализ ответов на вопросы, касающиеся организации медицинской помощи а-НСV/НВsAg-позитивным пациентам, выявил плохую информированность опрашиваемых врачей разных специальностей по некоторым её аспектам.

Так, у многих медиков 1-й группы и у большинства во 2-й и 3-й группах отсутствовали следующие знания: о преобладании в передаче информации о больном ВГС/В или пациенте группы риска из женской консультации в родильный дом ( $f_1 = 83, \kappa_1 = 0,67; f_2 = 100, \kappa_2 = 1,0; f_3 = 86, \kappa_3 = 0,73$ ) и из родильного дома в детскую поликлинику ( $f_1 = 71, \kappa_1 = 0,42; f_2 = 96, \kappa_2 = 0,91; f_3 = 95, \kappa_3 = 0,89; p_{1,2} = 0,0001, p_{1,3} = 0,0001, p_{2,3} = 0,7375$ ); о действии программ по лечению хронических ВГС/В ( $f_1 = 50, \kappa_1 = 0,01; f_2 = 54, \kappa_2 = 0,08; f_3 = 67, \kappa_3 = 0,33; p_{1,2} = 0,4680, p_{1,3} = 0,0113, p_{2,3} = 0,0717$ ); о центрах по наблюдению за больными ВГС/В взрослыми

( $f_1 = 57, \kappa_1 = 0,15; f_2 = 72, \kappa_2 = 0,41; f_3 = 58, \kappa_3 = 0,17; p_{1,2} = 0,0001, p_{1,3} = 0,8800, p_{2,3} = 0,001$ ) и детьми ( $f_1 = 60, \kappa_1 = 0,02; f_2 = 89, \kappa_2 = 0,78; f_3 = 98, \kappa_3 = 0,83; p_{1,2} = 0,0001, p_{1,3} = 0,0001, p_{2,3} = 0,0218$ ).

Кроме этого, данные анкетирования отражают одинаково неудовлетворительный уровень общих знаний в области профилактики и наблюдения за а-НСV/НВsAg-позитивными лицами во всех группах респондентов.

Так, большинство врачей считали, что наблюдать больных ВГС/В и пациентов из группы риска должен инфекционист ( $\kappa_1 = 0,69, \kappa_2 = 0,62, \kappa_3 = 0,68$ ), редко встречались ответы «педиатр/терапевт» ( $\kappa_1 = 0,57, \kappa_2 = 0,72, \kappa_3 = 0,71$ ). Многие респонденты не знали, что пациенты получают необходимое лечение, в том числе гепатопротекторы ( $\kappa_1 = 0,52, \kappa_2 = 0,06, \kappa_3 = 0,35$ ) и противовирусные препараты ( $\kappa_1 = 0,45, \kappa_2 = 0,27, \kappa_3 = 0,47$ ).

Вызывает тревогу тот факт, что у медиков были неполные специальные знания по вопросам передачи и профилактики НCV/НВV-инфекции.

Около половины врачей не информированы о риске вертикальной передачи НCV/НВV ребёнку от больной матери во время беременности ( $f_1 = 40, \kappa_1 = 0,20; f_2 = 41, \kappa_2 = 0,17; f_3 = 42, \kappa_3 = 0,16$ ) и о возможности хронизации инфекции ( $f_1 = 55, \kappa_1 = 0,09; f_2 = 48, \kappa_2 = 0,05; f_3 = 63, \kappa_3 = 0,27$ ); а также о необходимости введения специфического иммуноглобулина новорождённому в первые часы жизни ( $f_1 = 57, \kappa_1 = 0,14; f_2 = 55, \kappa_2 = 0,09; f_3 = 40, \kappa_3 = 0,49$ ). Однако более половины респондентов осведомлены о протективном действии иммуноглобулина ( $f_1 = 69, \kappa_1 = 0,38; f_2 = 57, \kappa_2 = 0,13; f_3 = 66, \kappa_3 = 0,31$ ).

Вместе с тем нами обнаружено, что затруднения при ответах на предложенные вопросы возникли у каждого второго врача ( $\kappa_1 = 0,04, \kappa_2 = 0,06, \kappa_3 = 0,05$ ) и практически все ( $\kappa_1 = 0,92, \kappa_2 = 0,89, \kappa_3 = 0,95$ ) хотели бы улучшить свои знания о профилактике и наблюдении больных и пациентов из групп риска по вирусному гепатиту (вне зависимости от специальности).

Итак, выявлены низкая медицинская активность и недостаточный уровень знаний (общих, специальных и касающихся организации медицинской помощи а-НСV/НВsAg-позитивным пациентам) у опрашиваемых врачей различных специальностей.

Результаты сравнительного анализа данных анкетирования медиков в зависимости от продолжительности их стажа представлены в табл. 3.

Установлено, что с течением времени (несмотря на опыт, приобретаемый при работе в практическом здравоохранении) медицинская активность, уровень общих и специальных знаний, осторожность в отношении своевременного выявления и грамотность наблюдения больных ВГС/В снижаются.

Врачи со стажем менее 5 лет демонстрировали большее число ( $p < 0,05$ ) правильных ответов

Таблица 3

**Результаты анализа данных анкетирования врачей в зависимости от медицинского стажа**

Признаки	Медицинский стаж						p	κ
	менее 5 лет, группа А (n = 182)		5—10 лет, группа В (n = 56)		более 10 лет, группа С (n = 193)			
	f/абс.	κ	f/абс.	κ	f/абс.	κ		
<b>Медицинская активность:</b>								
узнают о больных ВГС/В при профилактическом (диспансерном) обследовании	40/73	0,20	29/16	0,41	29/56	0,42	$p_{A,B} > 0,050$ $p_{A,C} = 0,025$ $p_{B,C} > 0,050$	$\kappa_{A,B} = 0,52$ $\kappa_{A,C} = 0,01$ $\kappa_{B,C} = 0,41$
узнают о больных ВГС/В при их наблюдении в стационаре (по поводу других заболеваний)	50/91	0,00	53/30	0,05	28/54	0,44	$p_{A,B} > 0,050$ $p_{A,C} = 0,001$ $p_{B,C} = 0,001$	$\kappa_{A,B} = 0,52$ $\kappa_{A,C} = 0,02$ $\kappa_{B,C} = 0,39$
узнают о больных ВГС/В при их оформлении в стационар (по поводу других заболеваний)	51/93	0,02	34/19	0,31	32/62	0,37	$p_{A,B} = 0,027$ $p_{A,C} = 0,001$ $p_{B,C} > 0,050$	$\kappa_{A,B} = 0,53$ $\kappa_{A,C} = 0,01$ $\kappa_{B,C} = 0,45$
узнают о пациентах при направлении их на обследование врачами смежных специальностей	11/20	0,78	7/4	0,85	16/31	0,67	$p_{A,B} > 0,050$ $p_{A,C} > 0,050$ $p_{B,C} > 0,050$	$\kappa_{A,B} = 0,31$ $\kappa_{A,C} = 0,10$ $\kappa_{B,C} = 0,25$
активно приглашают/направляют больных ВГС/В и пациентов групп риска на осмотр в декретированные сроки	31/56	0,39	23/13	0,53	20/39	0,60	$p_{A,B} > 0,050$ $p_{A,C} = 0,015$ $p_{B,C} > 0,050$	$\kappa_{A,B} = 0,49$ $\kappa_{A,C} = 0,03$ $\kappa_{B,C} = 0,29$
всегда направляют больных ВГС/В к инфекционисту	70/127	0,40	76/43	0,53	71/137	0,42	$p_{A,B} > 0,050$ $p_{A,C} > 0,050$ $p_{B,C} > 0,050$	$\kappa_{A,B} = 0,49$ $\kappa_{A,C} = 0,02$ $\kappa_{B,C} = 0,42$
придают значение профилактическим беседам с населением	22/40	0,56	23/13	0,43	22/42	0,57	$p_{A,B} > 0,050$ $p_{A,C} > 0,050$ $p_{B,C} > 0,050$	$\kappa_{A,B} = 0,43$ $\kappa_{A,C} = 0,01$ $\kappa_{B,C} = 0,32$
<b>Организация медицинской помощи а-HCV/HBsAg-позитивным пациентам:</b>								
осведомлены о централизованной передаче информации о пациенте из родильного дома в детскую поликлинику	16/29	0,67	18/10	0,71	16/31	0,67	$p_{A,B} > 0,050$ $p_{A,C} > 0,050$ $p_{B,C} > 0,050$	$\kappa_{A,B} = 0,37$ $\kappa_{A,C} = 0,02$ $\kappa_{B,C} = 0,23$
знают о преимуществах в передаче информации о пациенте из женской консультации в родильный дом	14/25	0,72	14/8	0,89	6/12	0,89	$p_{A,B} > 0,050$ $p_{A,C} = 0,009$ $p_{B,C} = 0,030$	$\kappa_{A,B} = 0,51$ $\kappa_{A,C} = 0,04$ $\kappa_{B,C} = 0,53$
информированы о программах по лечению больных хроническими ВГС/В	40/72	0,20	52/29	0,02	56/108	0,19	$p_{A,B} > 0,050$ $p_{A,C} = 0,002$ $p_{B,C} > 0,050$	$\kappa_{A,B} = 0,50$ $\kappa_{A,C} = 0,03$ $\kappa_{B,C} = 0,48$
информированы о центрах по наблюдению за взрослыми пациентами с ВГС/В	34/62	0,32	36/20	0,31	36/69	0,28	$p_{A,B} > 0,050$ $p_{A,C} > 0,050$ $p_{B,C} > 0,050$	$\kappa_{A,B} = 0,48$ $\kappa_{A,C} = 0,01$ $\kappa_{B,C} = 0,36$
информированы о центрах по наблюдению за детьми, больными ВГС/В	28/51	0,44	18/10	0,63	24/46	0,52	$p_{A,B} > 0,050$ $p_{A,C} > 0,050$ $p_{B,C} > 0,050$	$\kappa_{A,B} = 0,49$ $\kappa_{A,C} = 0,01$ $\kappa_{B,C} = 0,35$
ничего не знают о программах и центрах для больных ВГС/В	31/56	0,40	29/16	0,43	20/39	0,59	$p_{A,B} > 0,050$ $p_{A,C} = 0,015$ $p_{B,C} > 0,050$	$\kappa_{A,B} = 0,49$ $\kappa_{A,C} = 0,03$ $\kappa_{B,C} = 0,28$
<b>Общие знания врачей:</b>								
уверены, что наблюдать больных ВГС/В и пациентов групп риска должен инфекционист	90/163	0,80	88/49	0,78	73/141	0,46	$p_{A,B} > 0,050$ $p_{A,C} = 0,001$ $p_{B,C} = 0,021$	$\kappa_{A,B} = 0,29$ $\kappa_{A,C} = 0,13$ $\kappa_{B,C} = 0,41$
уверены, что наблюдать больных ВГС/В и пациентов групп риска должен педиатр/терапевт	18/33	0,65	21/12	0,57	17/33	0,65	$p_{A,B} > 0,050$ $p_{A,C} > 0,050$ $p_{B,C} > 0,050$	$\kappa_{A,B} = 0,39$ $\kappa_{A,C} = 0,01$ $\kappa_{B,C} = 0,25$

Окончание табл. 3

Признаки	Медицинский стаж						$p$	$\kappa$
	менее 5 лет, группа А ( $n = 182$ )		5—10 лет, группа В ( $n = 56$ )		более 10 лет, группа С ( $n = 193$ )			
	$f/абс.$	$\kappa$	$f/абс.$	$\kappa$	$f/абс.$	$\kappa$		
знают, что пациенты получают гепатопротекторы	77/140	0,54	59/33	0,18	54/104	0,075	$p_{A,B} = 0,009$ $p_{A,C} = 0,001$ $p_{B,C} > 0,050$	$\kappa_{A,B} = 0,43$ $\kappa_{A,C} = 0,10$ $\kappa_{B,C} = 0,54$
знают, что пациенты получают противовирусное лечение	88/160	0,75	54/30	0,07	51/98	0,02	$p_{A,B} = 0,001$ $p_{A,C} = 0,001$ $p_{B,C} > 0,050$	$\kappa_{A,B} = 0,29$ $\kappa_{A,C} = 0,19$ $\kappa_{B,C} = 0,55$
знают, что пациенты получают симптоматическое лечение	60/109	0,24	30/17	0,31	39/75	0,23	$p_{A,B} = 0,001$ $p_{A,C} = 0,001$ $p_{B,C} > 0,050$	$\kappa_{A,B} = 0,52$ $\kappa_{A,C} = 0,03$ $\kappa_{B,C} = 0,51$
знают, что пациенты не получают никакого лечения	2/4	0,96	82/46	0,64	15/29	0,70	$p_{A,B} = 0,001$ $p_{A,C} = 0,010$ $p_{B,C} > 0,050$	$\kappa_{A,B} = 0,04$ $\kappa_{A,C} = 0,12$ $\kappa_{B,C} = 0,21$
Специальные знания врачей:								
информированы о том, что HCV/HBV передаётся от больной матери ребёнку во время беременности	69/126	0,39	45/25	0,09	46/89	0,07	$p_{A,B} = 0,001$ $p_{A,C} = 0,001$ $p_{B,C} > 0,050$	$\kappa_{A,B} = 0,49$ $\kappa_{A,C} = 0,06$ $\kappa_{B,C} = 0,56$
информированы о том, что HCV/HBV передаётся от больной матери ребёнку во время родов	79/144	0,59	75/42	0,51	67/129	0,35	$p_{A,B} > 0,050$ $p_{A,C} = 0,009$ $p_{B,C} > 0,050$	$\kappa_{A,B} = 0,42$ $\kappa_{A,C} = 0,08$ $\kappa_{B,C} = 0,46$
информированы о том, что HCV/HBV передаётся половым путём	91/166	0,81	96/54	0,92	82/158	0,64	$p_{A,B} > 0,050$ $p_{A,C} = 0,012$ $p_{B,C} = 0,010$	$\kappa_{A,B} = 0,28$ $\kappa_{A,C} = 0,09$ $\kappa_{B,C} = 0,29$
информированы о том, что вертикальная передача HCV/HBV может привести к хронизации инфекции	53/96	0,06	30/17	0,39	31/60	0,38	$p_{A,B} = 0,003$ $p_{A,C} = 0,001$ $p_{B,C} > 0,050$	$\kappa_{A,B} = 0,53$ $\kappa_{A,C} = 0,01$ $\kappa_{B,C} = 0,43$
рассматривают вакцинацию в первые часы жизни в качестве профилактики вирусного гепатита В	43/78	0,14	41/23	0,17	46/89	0,09	$p_{A,B} > 0,050$ $p_{A,C} > 0,050$ $p_{B,C} > 0,050$	$\kappa_{A,B} = 0,52$ $\kappa_{A,C} = 0,03$ $\kappa_{B,C} = 0,54$
информированы о необходимости в/в введения иммуноглобулина ребёнку, рождённому от HBsAg-положительной матери, в первые часы жизни	55/100	0,10	43/24	0,13	32/62	0,37	$p_{A,B} > 0,050$ $p_{A,C} = 0,001$ $p_{B,C} > 0,050$	$\kappa_{A,B} = 0,53$ $\kappa_{A,C} = 0,01$ $\kappa_{B,C} = 0,44$
знают о протективном действии иммуноглобулина, введённого в/в при возникновении острого риска HBV-заражения (интраоперационно и т. д.)	65/118	0,31	55/31	0,13	60/116	0,21	$p_{A,B} > 0,050$ $p_{A,C} > 0,050$ $p_{B,C} > 0,050$	$\kappa_{A,B} = 0,50$ $\kappa_{A,C} = 0,04$ $\kappa_{B,C} = 0,51$
рассматривают немедленную вакцинацию в качестве средства защиты при возникновении чрезвычайной ситуации (контакт с кровью больного, порез во время операции и др.)	28/51	0,44	25/14	0,48	30/58	0,39	$p_{A,B} > 0,050$ $p_{A,C} > 0,050$ $p_{B,C} > 0,050$	$\kappa_{A,B} = 0,48$ $\kappa_{A,C} = 0,03$ $\kappa_{B,C} = 0,43$
считают, что средств защиты от вирусного гепатита при возникновении чрезвычайной ситуации нет	15/27	0,69	28/16	0,44	18/35	0,64	$p_{A,B} = 0,028$ $p_{A,C} > 0,050$ $p_{B,C} = 0,001$	$\kappa_{A,B} = 0,35$ $\kappa_{A,C} = 0,04$ $\kappa_{B,C} = 0,25$

Примечание:  $f$  — частота встречаемости признака в %.

и лучшую согласованность в ответах на все вопросы. Максимальное рассогласование ( $0,01 \leq \kappa \leq 0,19$ ) и уменьшение ( $p < 0,05$ ) числа верных отве-

тов отмечены в группе респондентов, стаж которых составлял более 10 лет.

## Обсуждение

Вирусные гепатиты, согласно Постановлению Правительства Российской Федерации от 01.12.2004 № 715, отнесены к социально значимым заболеваниям, что подчёркивает их особенную актуальность в настоящее время.

У врачей, оказывающих медицинскую помощь в системе ОМИД (педиатры, терапевты, неонатологи, акушеры-гинекологи), медиков с высоким риском HCV/HBV-заражения (хирурги, травматологи, анестезиологи-реаниматологи, стоматологи), а также у специалистов без высокого риска инфицирования, не имеющих прямого отношения к маршрутизации пациентов (кардиологи, невропатологи, врачи функциональной диагностики), нами выявлены низкая медицинская активность и недостаточный уровень общих и специальных знаний в области профилактики парентеральных вирусных гепатитов. Результаты исследования свидетельствуют о необходимости разработки и активного внедрения в программы последипломной подготовки педиатров, терапевтов, неонатологов, акушеров-гинекологов и врачей с высоким риском HCV/HBV-инфицирования (вне зависимости от специальности и стажа работы) дополнительных образовательных циклов по вопросам профилактики и диспансерного наблюдения больных вирусными гепатитами С/В и пациентов из групп риска. Обучение врачей перечисленных специальностей, очевидно, должно проводиться с периодичностью не реже чем 1 раз в 5 лет.

Нам встретились единичные работы, в которых обсуждается подготовка медицинских кадров в плане профилактики социально значимых заболеваний; установлена большая заинтересованность молодых специалистов в получении знаний по их своевременной диагностике и профилактике; идёт речь о важности включения в процесс непрерывного образования и повышения квалификации врачей тематических циклов по вопросам улучшения качества профилактики социально обусловленных болезней [10, 11].

Следует отметить, что уровень знаний медиков недостаточен в отношении профилактики не только вирусных гепатитов, но и ряда других социально значимых инфекционных заболеваний, например туберкулёза [12, 13].

Данное обстоятельство указывает на актуальность внедрения в практическое здравоохранение новых организационно-информационных технологий и своевременность введения системы непрерывного медицинского образования, что позволит повысить качество и эффективность профилактических мероприятий.

## Выводы

1. Проведённое анкетирование выявило у врачей различных специальностей недостаточный уровень медицинской активности, общих и специ-

альных знаний по вопросам профилактики вирусных гепатитов С/В, снижающийся по мере увеличения стажа работы.

2. Необходим комплекс мероприятий, направленных на повышение уровня знаний и медицинской активности врачей всех специальностей (вне зависимости от стажа) в области профилактики парентеральных вирусных гепатитов с целью дальнейшего совершенствования мер их предотвращения и принятия правильных управленческих решений.

**Финансирование.** Исследование не имело спонсорской поддержки.

**Конфликт интересов.** Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

## ЛИТЕРАТУРА

1. Стародубов В.И., Калининская А.А., Шляфер С.И., ред. *Первичная медицинская помощь. Состояние и перспективы развития*. М.: Медицина; 2007.
2. Бойцов С.А. Актуальные направления и новые данные в эпидемиологии и профилактике неинфекционных заболеваний. *Терапевтический архив*. 2016; 88(1): 4-10.
3. Линденбратен А.Л., Гришина Н.К., Ковалева В.В., Загоруйченко А.А., Головина С.М., Гриднев О.В. К вопросу повышения качества организации первичной медико-санитарной помощи в Москве. *Бюллетень национального научно-исследовательского института общественного здоровья имени Н.А. Семашко*. 2015; (4-5): 159-67.
4. Карякин Н.Н., Кочубей А.В., Мухин П.В. Оценка эффективности системы здравоохранения субъектов Российской Федерации. *Медицинский альманах*. 2013; (5): 14-7.
5. Коновалов А.А., Варенова Л.Е., ред. *Основные показатели здоровья населения и деятельности государственных медицинских организаций Нижегородской области за 2014 год: Сборник*. Нижний Новгород; 2015.
6. Woltmann J., Burke P., Brady R., Blackard J.T. Demographics of hepatitis C in Southwest Ohio (2010 to 2015). *Hepat. Mon.* 2016; 16(8): e37904.
7. Мукомолов С.Л., Левакова И.А., Сулягина Л.Г., Синайская Е.В., Болсун Д.Д., Иванова Н.В. Современная эпидемиология гепатита С в России. *Эпидемиология и инфекционные болезни. Актуальные вопросы*. 2012; 12(6 Прил.): 21-5.
8. Покровский В.И., Жербун А.Б., ред. *Вирусные гепатиты в Российской Федерации. Аналитический обзор. Выпуск 8*. СПб.; 2011.
9. Усанова Е.П., Шабунина Е.И., ред. *Медико-социальные аспекты хронического вирусного гепатита у детей*. Нижний Новгород; 2009.
10. Провоторов В.Я., Сидоров Г.А., Тимошилов В.И., Мاستихина Т.А. Уровень и динамика охвата населения Курской области профилактическими прививками против вирусного гепатита В. *Курский научно-практический вестник «Человек и его здоровье»*. 2012; (3): 93-101.
11. Тимошилов В.И., Сидоров Г.А. Эффективность подготовки медицинских кадров и информационно-образовательные потребности врачей Курской области в вопросах профилактики социально обусловленных заболеваний среди молодёжи. *Курский научно-практический вестник «Человек и его здоровье»*. 2014; (3): 83-6.
12. Игнатенко И.В. Оценка качества оказания противотуберкулезной помощи в современных условиях. *Кремлёвская медицина. Клинический вестник*. 2012; (1): 189-91.
13. Онищенко Г.Г. Борьба с инфекционными болезнями – приоритетная тема председательства Российской Федерации в группе восьми в 2006 г. *Здравоохранение Российской Федерации*. 2007; 51(1): 3-6.

## REFERENCES

1. Starodubov V.I., Kalininskaya A.A., Shlyafar S.I., eds. *Primary Care. Status and Development Prospects [Pervichnaya meditsinskaya pomoshch'. Sostoyaniye i perspektivy razvitiya]*. Moscow: Meditsina; 2007. (in Russian)
2. Boytsov S.A. Current trends and new data in the epidemiology and prevention of noncommunicable diseases. *Terapevticheskiy arkhiv*. 2016; 88(1): 4-10. (in Russian)
3. Lindenbraten A.L., Grishina N.K., Kovaleva V.V., Zagoruychenko A.A., Golovina S.M., Gridnev O.V. The question of improving the quality of primary health care in Moscow. *Byulleten' natsional'nogo nauchno-issledovatel'skogo instituta obshchestvennogo zdorov'ya imeni N.A. Semashko*. 2015; (4-5): 159-67. (in Russian)
4. Karyakin N.N., Kochubey A.V., Mukhin P.V. The assessment of the effectiveness of public health service in the constituents of the Russian Federation. *Meditsinskiy al'manakh*. 2013; (5): 14-7. (in Russian)
5. Kononov A.A., Varenova L.E., eds. *The Health Population Indicators and Public Health Organizations Activities of Nizhny Novgorod Region in 2014: Collection [Osnovnye pokazateli zdorov'ya naseleniya i deyatelnosti gosudarstvennykh meditsinskikh organizatsiy Nizhegorodskoy oblasti za 2014 god: Sbornik]*. Nizhny Novgorod; 2015. (in Russian)
6. Woltmann J., Burke P., Brady R., Blackard J.T. Demographics of hepatitis C in Southwest Ohio (2010 to 2015). *Hepat. Mon*. 2016; 16(8): e37904.
7. Mukomolov S.L., Levakova I.A., Sulyagina L.G., Sinayskaya E.V., Bolsun D.D., Ivanova N.V. Viral hepatitis C epidemiology in Russia. *Epidemiologiya i infeksionnye bolezni. Aktual'nye voprosy*. 2012; 12(6 Suppl.): 21-5. (in Russian)
8. Pokrovskiy V.I., Zherbun A.B., eds. *Viral Hepatitis in the Russian Federation. An Analytical Review. Volume 8 [Virusnye gepatity v Rossiyskoy Federatsii. Analiticheskiy obzor. Vypusk 8]*. St. Petersburg; 2011. (in Russian)
9. Usanova E.P., Shabunina E.I., eds. *Medico-social Aspects of Chronic Viral Hepatitis in Children [Mediko-sotsial'nye aspekty khronicheskogo virusnogo gepatita u detey]*. Nizhny Novgorod; 2009. (in Russian)
10. Provotorov V.Ya., Sidorov G.A., Timoshilov V.I., Mastikhina T.A. The level and dynamics of vaccination coverage of population against viral hepatitis B in Kursk region. *Kurskiy nauchno-prakticheskiy vestnik «Chelovek i ego zdorov'e»*. 2012; (3): 93-101. (in Russian)
11. Timoshilov V.I., Sidorov G.A. The quality of education and educational requests for doctors in Kursk region in the field of prevention of social diseases among young people. *Kurskiy nauchno-prakticheskiy vestnik «Chelovek i ego zdorov'e»*. 2014; (3): 83-6. (In Russian).
12. Ignatenko I.V. Assessment of antituberculous aid quality level in modern conditions. *Kremlevskaya meditsina. Klinicheskiy vestnik*. 2012; (1): 189-91. (in Russian)
13. Onishchenko G.G. The fight against infectious diseases is a priority theme of the Russian Federation's presidency in the Group of Eight in 2006. *Zdravookhraneniye Rossiyskoy Federatsii*. 2007; 51(1): 3-6. (in Russian)

Поступила 02.10.17  
Принята в печать 09.10.17

**Титова Л.В., Макарова М.В., Смирнова А.А., Обухова И.В., Иванова С.Н.**

## ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА БОЛЕЗНЕЙ КОСТНО-МЫШЕЧНОЙ СИСТЕМЫ

ФГБОУ ВО «Северный государственный медицинский университет» Минздрава России, 163000, г. Архангельск

**Целью** настоящего исследования является изучение распространённости болезней костно-мышечной системы (БКМС) в Архангельской области.

**Методы.** Проведён анализ общей заболеваемости основными БКМС взрослого населения Архангельской области за 2010—2015 гг. на основании данных государственной статистики, в сравнении с заболеваемостью в Северо-Западном федеральном округе и России в целом.

**Результаты.** Среди общей заболеваемости в Архангельской области доля БКМС составила 4,2% (7-е место). Отмечен рост общей заболеваемости БКМС среди взрослого населения Архангельской области на 14%, а в России в целом — на 7%. С 2010 г. в Архангельской области значительно возросла общая заболеваемость ревматоидным артритом (+22%), спондилопатиями (+65%), остеоартрозом (+32,4%), остеопорозом (+46%) и системными заболеваниями соединительной ткани (+11,5%), превышая среднероссийские показатели. При этом снизилось число случаев реактивного артрита на 17,2%.

**Выводы.** Для объективной оценки сложившейся ситуации необходимо создание регистра БКМС в Архангельской области на базе областного ревматологического центра.

**Ключевые слова:** заболеваемость; болезни костно-мышечной системы; ревматические болезни; ревматоидный артрит; реактивный артрит; спондилопатии; остеоартроз; остеопороз; системные заболевания соединительной ткани; Российская Федерация; Северо-Западный федеральный округ; Архангельская область.

**Для цитирования:** Титова Л.В., Макарова М.В., Смирнова А.А., Обухова И.В., Иванова С.Н. Эпидемиологическая характеристика болезней костно-мышечной системы. *Здравоохранение Российской Федерации*. 2018; 62(1): 13—17.  
DOI: <http://dx.doi.org/10.18821/0044-197X-2018-62-1-13-17>

**Titova L.V., Makarova M.V., Smirnova A.A., Obukhova I.V., Ivanova S.N.**  
**THE EPIDEMIOLOGICAL CHARACTERISTIC OF DISEASES  
OF MUSCULOSKELETAL SYSTEM**

The Northern State Medical University, Arkhangelsk, 163000, Russian Federation

**The purpose of the study.** To analyze prevalence of diseases of musculoskeletal system in the Arkhangelsk region.

**The methods.** The data of official statistics was used to implement analysis of general morbidity of main diseases of musculoskeletal system of adult population the Arkhangelsk region during 2010-2015 as compared with corresponding morbidity in the North-Western Federal and the Russian Federation in general.

**The results.** In the Arkhangelsk region, among general morbidity percentage of diseases of musculoskeletal system made up to 4.2% (7th rank). The increasing of common morbidity of diseases of musculoskeletal system in adult population was marked in the Arkhangelsk region up to 14% and in the Russian Federation up to 7%. Since 2010, in the Arkhangelsk region the study established increasing of common morbidity rheumatoid joint inflammation up to 22%, spondylopathy up to 65%, osteoarthritis up to 32.4%, osteoporosis up to 46% and systemic diseases of connective tissue up to 11.5% surpassing average Russian indices. At that, number of cases of reactive arthritis decreased up to 17.2%.

**Conclusions.** In the Arkhangelsk region, the register of diseases of musculoskeletal system on the basis of region rheumatological center is to be developed to implement an objective assessment in the existent situation.

**Keywords:** morbidity; diseases of musculoskeletal system; rheumatic diseases; rheumatoid arthritis; reactive arthritis; spondylopathy; osteoarthritis; osteoporosis; systemic diseases of connective tissue; the Russian Federation; the North-Western Federal okrug; the Arkhangelsk region.

**For citation:** Titova E.A., Makarova M.V., Smirnova A.A., Obukhova I.V., Ivanova S.N. The epidemiological characteristic of diseases of musculoskeletal system. *Zdravookhranenie Rossiiskoi Federatsii (Health Care of the Russian Federation, Russian journal)*. 2018; 62 (1): 13—17. (In Russ.). DOI: <http://dx.doi.org/10.18821/0044-197X-2018-62-1-13-17>

**For correspondence:** Mariya V. Makarova, candidate of medical sciences, master of public health, assistant of the chair of X-ray diagnostic, X-ray therapy and oncology of the Northern State Medical University, Arkhangelsk, 163000, Russian Federation. E-mail: [mtim10@gmail.com](mailto:mtim10@gmail.com)

**Information about authors:**

Makarova M.V., <http://orcid.org/0000-0002-9144-3901>

**Acknowledgment.** The study had no sponsorship.

**Conflict of interest.** The authors declare no conflict of interest.

Received 01 October 2017

Accepted 18 October 2017

## Введение

Болезни костно-мышечной системы (БКМС) и соединительной ткани, относимые к XIII классу по МКБ-10, составляют основную группу ревматических заболеваний, медицинское и социальное значение которых трудно переоценить. БКМС по уровню негативного влияния на трудовой, экономический и психологический потенциал современного общества находятся на одном из главных мест. Поэтому первое десятилетие XXI века было объявлено ВОЗ Декадой костей и суставов [1].

Архангельская область (АО) — особый регион, в котором расположен ряд потенциально опасных объектов, влияющих на окружающую среду и здоровье человека. В широкомасштабном исследовании, проведенном Институтом ревматологии АМН СССР в 80-е годы прошлого века, при обследовании работников деревообрабатывающей промышленности Архангельска было установлено, что БКМС занимали 5-е место по распространенности и 2-е место по числу случаев временной утраты трудоспособности, уступая лидерство лишь простудным заболеваниям и гриппу. Именно БКМС часто становились причиной временной и стойкой утраты трудоспособности, нанося значительный ущерб государству и отрицательно влияя на уровень трудовых ресурсов общества [2].

В статистических отчетах Минздрава России по заболеваемости населения БКМС представлены ревматоидным артритом (РА), реактивными артритами (РеА), спондилопатиями (СП), остеоартрозом (ОА), остеопорозом (ОП) и системными заболеваниями соединительной ткани (СЗСТ).

По мнению специалистов, в 70% случаев тяжесть воспалительных БКМС связана с несвоевременной или неправильной постановкой диа-

гноза, которая задерживала получение пациентом активного лечения [3—5].

Вопросом эпидемиологии БКМС посвящено достаточное количество публикаций, однако в АО такие исследования были проведены только в конце XX века.

Целью настоящего исследования является изучение распространенности заболеваний костно-мышечной системы в Архангельской области.

## Методы

Проведён анализ заболеваемости основными БКМС взрослого населения Архангельской области за 6-летний период (2010—2015 гг.) на основании данных государственной статистики Медицинского информационно-аналитического центра (МИАЦ), в сравнении с заболеваемостью населения Российской Федерации по данным статистических отчетов Минздрава России по форме № 12 «Сведения о числе заболеваний, зарегистрированных у больных, проживающих в районе обслуживания лечебного учреждения».

Анализ общей заболеваемости БКМС среди взрослого населения выполняли отдельно для АО, полученные данные сравнивали с результатами по Северо-Западному федеральному округу (СЗФО) и Российской Федерации в целом.

## Результаты исследования

В структуре общей заболеваемости по России среди взрослого населения патологии костно-мышечной системы и соединительной ткани занимают 3-е место (8,6%) после болезней органов дыхания и кровообращения. Среди общей заболеваемости в АО на долю БКМС приходится 4,2% (7-е место). В России в 2014 г. их количество достигло 17 111 898 случаев.

Т а б л и ц а 1

Динамика общей и первичной заболеваемости БКМС за 2010—2015 гг. в Архангельской области и Российской Федерации

Показатели	2010	2011	2012	2013	2014	2015	Динамика, %
Общая заболеваемость (на 100 тыс.)	14 980/ 13 613,8	15 365/ 13 958,4	15 640/ 14 205,5	15 820/ 14 247,4	17 090/ 14 512,8	17 100/ НД	+14/+7*
Первичная заболеваемость (на 100 тыс.)	4770/ 3167,1	4852/ 3149,9	4393/ 3111,8	3950/ 3042,6	4000/ 3113,2	4240/ НД	-11/-1,7*

Примечание. В числителе — данные по Архангельской области, в знаменателе — данные по Российской Федерации. В табл. 1 и 2: НД — нет данных. \* — динамика показателей по Российской Федерации оценена за 5-летний период.

Таблица 2

**Показатели общей заболеваемости по 6 группам БКМС среди взрослых жителей Архангельской области, Российской Федерации и Северо-Западного федерального округа за 2010—2015 гг. (на 100 тыс.)**

Показатели	АО	РФ	СЗФО	Динамика, %		
	(2010/2011/2012/2013/2014/2015)			АО	РФ	СЗФО
РА	240/720/222/320/ 300/293,3	238,2/240,1/241,4/ 245,6/251/НД	242,3/244,5/243,2/ 258,1/268,3/НД	+22	+5,4	+10
СП*	20/28/48/60/48/НД	62,7/62,7/77,7/76,5/92,4/ НД	71,3/71,3/86,3/90,7/83,2/ НД	+71,4*	+47,3	+16,7
РеА	50/72/77/30/25,2/41,4	44/40,9/40,2/42,8/40,5/НД	41,5/34,9/36,3/29,9/32,3/ НД	-17,2	-8	-22,2
ОА	3120/2762/2797/3870/417 1,9/4132,3	3182,1/3332,7/3431,2/353 2/3618,2/НД	4017,8/4093,9/4472,4/ 4584,7/4796,9/НД	+32,4	+13,7	+19,4
ОП	50/51/45/60/67,9/73	120,8/122,3/129,7/ 130,8/130,2/НД	127,2/125,1/136,3/141,3/ 137,8/НД	+46	+7,8	+8,3
СЗСТ	40/52/54/50/44,2/44,6	45,6/46,2/51,1/48/45,7/НД	45,8/45,8/50,4/48,6/50,7/ НД	+11,5	+0,2	+10,7

Примечание. РА — ревматоидный артрит, СП — спондилопатии, РеА — реактивные артриты, ОА — остеоартроз, ОП — остеопороз, СЗСТ — системные заболевания соединительной ткани. АО — Архангельская область, РФ — Российская Федерация, СЗФО — Северо-Западный федеральный округ. \* — в 2010 г. Минздрав России представлял заболеваемость по рубрике «Анкилозирующий спондилит», с 2011 г. учёт ведётся по спондилопатиям.

За период 2010—2015 гг. отмечен рост общей заболеваемости БКМС взрослого населения АО на 14%, в то время как в России в целом — только на 7% (табл. 1).

В то же время инцидентность БКМС в АО в 2010 г. равна 4770 на 100 тыс. населения, снижаясь до показателя 4000 на 100 тыс. в 2014 г. (на 16%). В России первичная заболеваемость БКМС в 2010 г. составила 3167,1 на 100 тыс. населения и снизилась до 3113,2 на 100 тыс. в 2014 г. (на 1,7%).

Показатели общей заболеваемости по 6 группам БКМС представлены в табл. 2.

С 2010 г. в АО возросла общая заболеваемость РА, СП, ОА, ОП, СЗСТ, а общая заболеваемость РеА снизилась, так же как в целом по России, хотя уровни снижения (-17,2 и -8% соответственно) несопоставимы.

Основную часть больных с БКМС составляют пациенты с ОА — в России их более 4 млн. Прирост заболеваемости ОА в Архангельской области равен 32,4%.

Среди воспалительных заболеваний суставов наиболее распространённым является РА (в 2014 г. число больных превысило 295 тыс.). Обращает на себя особое внимание рост заболеваемости РА по АО (+22%), превосходящий динамику показателей по России (+5,4%) и по СЗФО (+10%).

Сравнение по СП проведено за период 2011—2014 гг.: произошёл подъём уровня СП на 71,4%, что выше общероссийских показателей (+47,3%) и данных по СЗФО (+16,7%).

Сохраняются низкие показатели заболеваемости ОП в АО (2010 г. — 50, 2015 г. — 73 на 100 тыс. населения), хотя за 6 лет отмечено нарастание на 46%. В России в целом и СЗФО заболеваемость увеличилась на 7,8 и 8,3% соответственно.

Наращение заболеваемости выявлено и для СЗСТ — +11,5% в АО и +10,7% в СЗФО, в то время как в России этот показатель составил всего 0,2%.

### Обсуждение

Несмотря на то, что в кластер БКМС входят не только воспалительные артропатии и аутоиммунные заболевания, но и болезни связочного аппарата, различные остео- и хондропатии, в отчётные документы Минздрава России включено только 6 основных нозологий, относящихся к компетенции ревматологов [6]. Именно эти заболевания составляли 29% от всей группы БКМС.

Значительная доля БКМС приходится на ОА [7, 8]. В Европейском союзе ОА также занимает лидирующее место среди БКМС, поражая 85% европейского населения старше 65 лет [9]. Р.М. Балабановой с соавт. [10] установлено, что наиболее высокая заболеваемость за 2010—2014 гг. была зафиксирована в Центральном и Северо-Западном федеральных округах. Причём в Архангельской области в 2014 г. заболеваемость ОА сравнялась с показателями Санкт-Петербурга (4221,9 на 100 тыс. населения), уступив Мурманской области (4966,5 на 100 тыс.), республикам Карелия и Коми (5388,0 и 4972,2 на 100 тыс. соответственно), Ненецкому автономному округу (5778,6 на 100 тыс.).

Высокий процент прироста заболеваемости ОА по Архангельской области (32,4%), с одной стороны, может свидетельствовать о повышении обращаемости за медицинской помощью, улучшении диагностики, а также особом внимании ревматологов и общественности к этой проблеме [10]. С другой стороны, распространённость ОА обусловлена постарением населения и активным

оттоком лиц трудоспособного возраста из Архангельской области.

В Южном и Северо-Кавказском федеральных округах распространённость ОА в течение 5 лет остаётся ниже среднероссийских показателей (3096,4 и 1893,3 на 100 тыс. против 3618,2 на 100 тыс. соответственно).

В скандинавских странах распространённость ОА в 2010 г. составила 4896,1 на 100 тыс. населения, а в странах юга Евросоюза (Италии, Греции) этот показатель существенно ниже — 3562,5 и 2803,8 на 100 тыс. соответственно [11].

В мире отмечается рост заболеваемости РА. Так, в Великобритании с 2000 г. общая заболеваемость РА за 10 лет повысилась с 263,4 до 364,8 на 100 тыс. населения [12]. Вызывает особый интерес увеличение заболеваемости РА с 2010 г. по АО (+22%). К сожалению, тенденция к превышению среднероссийских показателей заболеваемости РА в АО остаётся стабильной на протяжении 5 лет; с показателем заболеваемости более 300 на 100 тыс. населения, АО уступает лидерство внутри СЗФО республикам Карелия и Коми [13, 14]. Вероятнее всего, это связано с ростом доступности медицинской помощи и улучшением диагностики данного заболевания. В 2016 г. в Архангельской областной клинической больнице открыт ревматологический центр, в поликлиническом звене которого ведёт приём врач-ревматолог, внедрены современные исследования иммунных маркёров для диагностики раннего РА (исследование на антитела к циклическому цитруллинированному пептиду — АЦЦП, антитела к модифицированному цитруллинированному виментину — АМЦВ), проводятся УЗИ, МРТ суставов, в том числе с контрастированием.

Заболеваемость СП, среди воспалительных заболеваний суставов занимающими 2-е место после РА, в АО увеличилась на 71,4% (при расчёте на 100 тыс. населения: с 28 в 2011 г. до 48 в 2014 г.), в России наблюдается прирост СП только на 47,3%. Важно отметить, что с 2011 г. рубрика «Анкилозирующий спондилит» (АС) заменена на «Спондилопатии». Она включает, помимо выше-названной рубрики АС (М45 по МКБ-10), также и другие воспалительные спондилопатии (М46), в том числе инфекционные [10]. Этот факт существенно ограничил возможность учёта воспалительных заболеваний позвоночника, находящихся в компетенции ревматологов, а расширение спектра заболеваний позвоночника невоспалительного характера привело к резкому увеличению числа зарегистрированных больных с этой патологией. Для примера: в 2010 г. количество больных АС по России составило 39,8 тыс., а в 2013 г. число больных СП — 89 тыс. [8]. Однако Р.М. Балабанова с соавт. подвергают сомнению официальные данные по распространённости СП, учитывая сложность интерпретации рентгенологических проявлений сакроилеита, а также длительные периоды

отсутствия боли воспалительного характера в спине [8]. В то же время имеет место улучшение в АО диагностики СП за счёт внедрения генного типирования (определения HLA-B27) и МРТ крестцово-подвздошных сочленений [14].

За анализируемый период снизилась заболеваемость РеА у взрослых как в России в целом (-8%), так и в АО (-17,2%), хотя уровни снижения несопоставимы.

Низкие показатели заболеваемости ОП (50 на 100 тыс. населения в 2010 г., с увеличением на 46% до уровня 73 на 100 тыс. в 2015 г.) — это только «вершина айсберга», свидетельствующая о недостаточной выявляемости данного мультидисциплинарного заболевания (в европейских странах заболеваемость ОП в 2010 г. составила 405,8 на 100 тыс.) [15]. Рост заболеваемости ОП можно объяснить появлением в АО оборудования для определения минеральной плотности кости, а также открытием «Школы остеопороза» при эндокринологическом центре, где пациентов не только информируют о значимости этой патологии в плане развития осложнений, но и обучают в отношении лечения.

Наращение заболеваемости СЗСТ в АО и по СЗФО (+11,5 и +10,7% соответственно) по сравнению со среднероссийскими показателями (+0,2%) может быть обусловлено улучшением диагностики в АО и СЗФО в целом, внедрением в практику иммунологических маркёров АНЦА (антинейтрофильные цитоплазматические антитела), антител Sm, Scl-70, Jo-1, snRNP, SS-A/Ro и SS-B/La [16]. МИАЦ не ведёт учёт СЗСТ по нозологическим формам, а данные ревматологического центра Архангельской области, который учитывает эти нозологии, доступны только с 2015 г. Также нужно отметить, что СЗСТ включают целый ряд различных патологий (системную красную волчанку, системную склеродермию, системные васкулиты и др.), что не позволяет уточнить, за счёт каких заболеваний происходит прирост показателей.

### Заключение

В течение 2011—2015 гг. формы статистической отчётности по БКМС претерпевали изменения, что существенно повлияло на картину распространённости этих заболеваний.

Следует учитывать, что данные о заболеваемости, регистрируемые по обращаемости жителей страны в государственные лечебно-профилактические учреждения, могут не совпадать с истинной распространённостью БКМС. Статистические показатели, безусловно, отражают социальный масштаб проблемы, и только их систематический анализ позволит судить о существующих тенденциях в динамике заболеваемости.

Во многих европейских странах и в США ведётся популяционный учёт ревматических болезней, предоставляющий возможность оценить эти

нозологии на определённой территории и контролировать распространение заболеваний. Одним из самых первых таких регистров является National Data Bank for Rheumatic Diseases (США), который не только ведёт учёт по распространённости, но и позволяет отслеживать результаты лечения пациентов, сроки потери трудоспособности [17].

Проблему учёта ревматологических пациентов можно решить путём создания регистра ревматических заболеваний в Архангельской области. Предпосылкой для этого послужило открытие областного ревматологического центра в Архангельске. В настоящее время существует Общероссийский РЕгистр боЛЬных артритом (ОРЕЛ), который даёт возможность проводить клинико-эпидемиологическую оценку. В эту программу вошёл 71 регион Российской Федерации, однако Архангельская область в ней всё ещё не представлена.

Также необходимо продолжить работу по внедрению инновационных технологий диагностики заболеваний костно-мышечной системы и соединительной ткани в общей лечебной сети.

**Финансирование.** Исследование не имело спонсорской поддержки.

**Конфликт интересов.** Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

#### ЛИТЕРАТУРА

(п.п. 1, 5, 9, 11, 12, 15, 17 см. REFERENCES)

2. Титова Л.В. Структура ревматических заболеваний у рабочих лесодеревообрабатывающей промышленности. *Вестник Всероссийского научно-исследовательского института механизации животноводства*. 1988; (1): 10.
3. Балабанова Р.М., Амирджанова В.Н., Насонов Е.Л. Применение генно-инженерных биологических препаратов при ревматоидном артрите в Российской Федерации. *Научно-практическая ревматология*. 2012; 50(6): 10-4.
4. Чичасова Н.В. Лечение боли у больных остеоартрозом различной локализации. *Лечащий врач*. 2014; (7): 2-7.
6. *Заболеваемость взрослого населения России в 2013 г. Статистические материалы. Части III, IV, VII, VIII*. М.; 2014: 26-118, 314-52.
7. Галушко Е.А., Большакова Т.Ю., Виноградова И.Б., Иванова О.Н., Лесняк О.М., Меньшикова Л.В. и др. Структура ревматических заболеваний среди взрослого населения России по данным эпидемиологического исследования. (Предварительные результаты). *Научно-практическая ревматология*. 2009; 47(1): 11-7.
8. Балабанова Р.М., Эрдес Ш.Ф. Распространённость ревматических заболеваний в России в 2012-2013 гг. *Научно-практическая ревматология*. 2015; 53(2): 120-4.
10. Балабанова Р.М., Дубинина Т.В., Эрдес Ш.Ф. Динамика заболеваемости ревматическими заболеваниями взрослого населения России за 2010-2014 гг. *Научно-практическая ревматология*. 2016; 54(3): 266-70.
13. Ермакова Ю.А., Каратеев Д.Е., Лучихина Е.Л. Рентгенологическое прогрессирование и его влияние на функциональный статус у пациентов с ранним ревматоидным артритом при 5-летнем наблюдении. *Научно-практическая ревматология*. 2015; 53(3): 274-80.
14. Логинова Е.Ю., Коротаева Т.В., Лучихина Е.Л. Магнитно-резонансная томография крестцово-подвздошных сочленений в дифференциальной диагностике раннего полиартрикулярного псориатического и ревматоидного артрита (данные исследования РЕМАРКА). *Научно-практическая ревматология*. 2014; 52(1): 31-6.
16. Фоломеева О.М., Галушко Е.А., Эрдес Ш.Ф. Распространённость ревматических заболеваний в популяциях взрослого населения России и США. *Научно-практическая ревматология*. 2008; 46(4):4-13.

#### REFERENCES

1. Woolf A.D., Pfleger B. Burden of major musculoskeletal conditions. *Bull. World Health Organ*. 2003; 81(9): 646-56.
2. Titova L.V. The structure of the rheumatic diseases among workers of forest industry woodworking. *Vestnik Vserossiyskogo nauchno-issledovatel'skogo instituta mekhanizatsii zhivotnovodstva*. 1988; (1): 10. (in Russian)
3. Balabanova R.M., Amirdzhanova V.N., Nasonov E.L. Use of genetically engineered biological drugs for heumatoid arthritis in the Russian Federation. *Nauchno-prakticheskaya revmatologiya*. 2012; 50(6): 10-4. (in Russian)
4. Chichasova N. V. The treatment of the osteoarthritis of different localizations. *Lechashchiy vrach*. 2014; (7): 2-7. (in Russian)
5. Smolen J.S., Landewé R., Breedveld F.C., Buch M., Burmester G., Dougados M., et al. EULAR recommendations for the management of rheumatoid arthritis with synthetic and biological disease-modifying antirheumatic drugs: 2013 update. *Ann. Rheum. Dis*. 2014; 73(3): 492-509.
6. Morbidity of the adult population of Russia in 2013. Statistical materials. Parts III, IV, VII, VIII [Zabolevaemost' vzroslogo naseleniya Rossii v 2013 g. Statisticheskie materialy. Chasti III, IV, VII, VIII]. Moscow; 2014: 26-118, 314-52. (in Russian)
7. Galushko E.A., Bol'shakova T.Yu., Vinogradova I.B., Ivanova O.N., Lesnyak O.M., Men'shikova L.V., et al. Structure of rheumatic diseases among adult population of Russia according to data of an epidemiological study (preliminary results). *Nauchno-prakticheskaya revmatologiya*. 2009; 47(1): 11-7. (in Russian)
8. Balabanova R.M., Erdes Sh.F. The incidence and prevalence of rheumatic diseases in Russia in 2012-2013. *Nauchno-prakticheskaya revmatologiya*. 2015; 53(2): 120-4. (in Russian)
9. Johnson V.L., Hunter D.J. The epidemiology of osteoarthritis. *Best. Pract. Res. Clin. Rheumatol*. 2014; 28: 5-15.
10. Balabanova R.M., Dubinina T.V., Erdes Sh.F. Trends in the incidence of rheumatic diseases in the adult population of Russia over 2010-2014. *Nauchno-prakticheskaya revmatologiya*. 2016; 54(3): 266-70. (in Russian)
11. Allen K.D., Golightly Y.M. Epidemiology of osteoarthritis: state of the evidence. *Curr. Opin. Rheumatol*. 2013: 1-68.
12. Humphreys J.H., Verstappen S.M., Hyrich K.L., Chipping J.R., Marshall T., Symmons D.P. The incidence of rheumatoid arthritis in the UK: comparisons using the 2010 ACR/EULAR classification criteria and the 1987 ACR classification criteria. Results from the Norfolk Arthritis Register. *Ann. Rheum. Dis*. 2013; 72(8): 1315-20.
13. Ermakova Yu.A., Karateev D.E., Luchikhina E.L. X-ray progression and its impact on the functional status of patients with early rheumatoid arthritis during a 5-year follow-up. *Nauchno-prakticheskaya revmatologiya*. 2015; 53(3): 274-80. (in Russian)
14. Loginova E.Yu., Korotaeva T.V., Luchikhina E.L. Magnetic resonance imaging of the sacroiliac joint in differential diagnosis of early polyarticular psoriatic and rheumatoid arthritis (REMARKA study data). *Nauchno-prakticheskaya revmatologiya*. 2014; 52(1): 31-6. (in Russian)
15. Ström O., Borgström F., Kanis J.A., Compston J., Cooper C., McCloskey E.V., et al. Osteoporosis: burden, health care provision and opportunities in the EU. *Arch. Osteoporos*. 2011; 6: 59-155.
16. Folomeeva O.M., Galushko E.A., Erdes Sh.F. Prevalence of rheumatic diseases in adult populations of Russian Federation and USA. *Nauchno-prakticheskaya revmatologiya*. 2008; 46(4): 4-13. (in Russian)
17. Wolfe F., Michaud K. The National Data Bank for rheumatic diseases: a multi-registry rheumatic disease data bank. *Rheumatology (Oxford)*. 2011; 50(1): 16-24.

© КОЛЛЕКТИВ АВТОРОВ, 2018

УДК 614.2:616.6-085.33:3

Дулепова А.А.<sup>1</sup>, Руина О.В.<sup>1</sup>, Поздеева Т.В.<sup>2</sup>, Кононова С.В.<sup>2</sup>, Писаненко Д.В.<sup>2</sup>**КЛИНИКО-ЭКОНОМИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ СХЕМ СТУПЕНЧАТОЙ АНТИБАКТЕРИАЛЬНОЙ ТЕРАПИИ КАК ЗВЕНО УЛУЧШЕНИЯ КАЧЕСТВА ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ПАЦИЕНТАМ С УРОЛОГИЧЕСКОЙ ПАТОЛОГИЕЙ**<sup>1</sup>ФБУЗ «Приволжский окружной медицинский центр» ФМБА России, 603001, г. Нижний Новгород;<sup>2</sup>ФГБОУ ВО «Нижегородская государственная медицинская академия» Минздрава России, 603005, г. Нижний Новгород

Значительное распространение инфекций мочевыводящих путей, широкий выбор и высокая стоимость антибактериальных препаратов для их лечения обусловили необходимость проведения клинико-экономических исследований. Изучено 539 случаев применения ступенчатых схем антибиотикотерапии у пациентов урологических отделений в 2014—2015 гг. Выделено 6 самых распространённых схем (87,4% всех случаев), для каждой из которых анализировались: частота применения, клиническая эффективность, стоимость лечения и средняя длительность пребывания пациента в стационаре. Наибольшей клинической эффективностью обладает схема, включающая амоксициллина клавуланат в инъекционном и пероральном компонентах, без проведения периоперационной антибиотикопрофилактики (ПАП) (97,7%); однако сроки госпитализации были в среднем на 2,9 дня длительнее, а перевод пациента с инъекционного компонента терапии на пероральный производился на 2,3 дня позже, чем при использовании этого же препарата в сочетании с ПАП (показатель эффективности 96,0%). Установлено, что схема с амикацином, являющаяся с экономической точки зрения наиболее привлекательной (стоимость лечения в 2,5—6,1 раза ниже, а сроки госпитализации самые короткие) и отличающаяся высокой клинической эффективностью (95,2%), применяется только в 4,4% изучаемых случаев, так как амикацин имеет достаточно много побочных эффектов, ограничивающих его использование в медицинской практике. Полученная информация позволяет врачу рационально назначать оптимальные схемы терапии, что снижает затраты на лечение, риск развития осложнений, вызванных антибактериальной терапией, а также улучшает качество жизни пациента.

Ключевые слова: инфекции; мочевыводящие пути; антибактериальная терапия; эффективность лечения; клинико-экономический анализ.

**Для цитирования:** Дулепова А.А., Руина О.В., Поздеева Т.В., Кононова С.В., Писаненко Д.В. Клинико-экономический анализ схем ступенчатой антибактериальной терапии как звено улучшения качества оказания медицинской помощи пациентам с урологической патологией. *Здравоохранение Российской Федерации*. 2018; 62(1): 18—23.  
DOI: <http://dx.doi.org/10.18821/0044-197X-2018-62-1-18-23>

Dulepova A.A.<sup>1</sup>, Ruina O.V.<sup>1</sup>, Pozdeeva T.V.<sup>2</sup>, Kononova S.V.<sup>2</sup>, Pisanenko D.V.<sup>2</sup>**THE CLINICAL ECONOMIC ANALYSIS OF SCHEMES OF GRADED ANTI-BACTERIAL THERAPY AS A LEVEL OF AMELIORATION OF QUALITY OF MEDICAL CARE SUPPORT OF PATIENTS WITH UROLOGICAL PATHOLOGY**<sup>1</sup>The Privolzhsky District Medical Center, Nizhny Novgorod, 603001, Russian Federation;<sup>2</sup>The Nizhny Novgorod State Medical Academy, Nizhny Novgorod, 603005, Russian Federation

The necessity of implementing clinical economic studies was conditioned by a significant prevalence of infections of urinary tracts, wide variety and high cost of antibacterial pharmaceuticals for their treatment. The sampling included 539 cases of application of step schemes of antibiotics treatment in patients of urological departments in 2014—2015. Overall, six the most prevalent schemes (87.4% of all cases) were picked out. Every scheme was analyzed by application rate, clinical efficiency, treatment cost and average duration of patient stay in hospital. The most clinical efficiency was established for the scheme that included amoxicillin + clavulanic acid in injection and peroral components without implementing peri-operational antibiotics prevention (97.7%). However, period of hospitalization was in average 2.9 days longer and transition of patient from injection component of therapy to a peroral one occurred 2.3 days later than in case of application of the same pharmaceutical in combination with peri-operational antibiotics prevention (efficiency index 96.0%). It is established that the scheme with amikacin being from economic point of view the most attractive one (cost of treatment is 2.5—6.1 times lower and period of hospitalization the shortest) and differing by high clinical efficiency (95.2%) is applied only in 4.4% of analyzed cases because amikacin has many side effects restricting its application in medical practice. The received information permits physician to rationally prescribe optimal schemes of treatment that decreases costs of therapy, risk of development of complications initiated by antibacterial therapy and also increases quality of life of patient.

**Key words:** *infection; urinary tracts; antibacterial therapy; efficiency of treatment; clinical economic analysis.*

**For citation:** Dulepova A.A., Ruina O.V., Pozdeeva T.V., Kononova S.V., Pisanenko D.V. The clinical economic analysis of schemes of graded anti-bacterial therapy as a level of amelioration of quality of medical care support of patients with urological pathology. *Zdravookhranenie Rossiiskoi Federatsii (Health Care of the Russian Federation, Russian journal)*. 2018; 62 (1): 18—23. (In Russ.). DOI: <http://dx.doi.org/10.18821/0044-197X-2018-62-1-18-23>

**For correspondence:** Angella A. Dulepova, the deputy head of the department of quality expertise of the Privolzhsky District Medical Center, Nizhny Novgorod, 603001, Russian Federation.  
E-mail: [dulepova@pomc.ru](mailto:dulepova@pomc.ru)

**Information about authors:**

Dulepova A.A., <http://orcid.org/0000-0003-4147-1549>

Pozdeeva T.V., <http://orcid.org/0000-0002-0932-2378>

**Acknowledgment.** The study had no sponsorship.

**Conflict of interest.** The authors declare no conflict of interest.

Received 17 October 2017

Accepted 13 November 2017

## Введение

Качество медицинской помощи в последние десятилетия является одним из наиболее распространённых объектов изучения. В современных условиях ограниченности бюджета медицинских организаций и широкого ассортимента медицинских технологий особое значение имеет проведение клинико-экономического анализа, позволяющего максимально рационально использовать ресурсы и выбрать оптимальные медицинские технологии для оказания качественной медицинской помощи [1]. Урологические патологии составляют 10—12% в общей заболеваемости населения Российской Федерации и представляют собой значимую медико-социальную проблему [2]. Лечение пациентов в урологической практике часто осложняется бактериальной инфекцией, присоединившейся к основному заболеванию [3, 4]. По информации Европейской ассоциации урологов, инфекции мочевыводящих путей (ИМВП) относятся к самым распространённым инфекционным заболеваниям. В США, например, на ИМВП приходится более 7 млн визитов к врачу в год [5], среди всех нозокомиальных инфекций их доля — около 40% [6].

Риск ИМВП возрастает при хирургических вмешательствах, развитие ИМВП способствует увеличению стоимости лечения на 10—20%, а сроков госпитализации — в среднем на 1 нед [7]. Фармакотерапия ИМВП осложняется тем, что большинство заболеваний имеют хроническое течение с частыми рецидивами, а длительное предшествующее антибактериальное лечение вызывает высокую устойчивость возбудителей к различным противомикробным средствам [8, 9, 10].

Высокие затраты на антибиотики, значительное распространение ИМВП и широкий выбор антибактериальных препаратов (АБП) для их лечения обуславливают необходимость клинико-экономических исследований в данной области.

Цель исследования — проведение клинико-экономического анализа схем ступенчатой антибактериальной терапии, используемых для лечения пациентов в урологических отделениях, в целях улучшения качества оказания медицинской помощи при урологической патологии.

## Материал и методы

Выполнен анализ медицинской документации (форма № 003/у, медицинские карты стационарного больного — МКСБ). Всего проанализировано 539 МКСБ пациентов, проходивших лечение в урологических отделениях клиник Нижнего Новгорода в 2014—2015 гг. Доля мужчин составила 70,5% (380 человек), женщин — 29,5% (159 человек). Средний возраст исследуемых —  $57 \pm 5$  лет.

Для расчёта стоимости курсов антибактериальной терапии (АБТ) применяли модель «дерево решений», позволяющую оценить затраты на АБТ с учётом возможных альтернатив. Расчёт стоимости для альтернативных схем терапии проводили путём последовательного умножения значений вероятностей возможных исходов и их стоимости по каждой ветви справа налево.

При расчётах использовали среднегодовые закупочные цены на антибактериальные препараты за 2014 и 2015 гг. соответственно. Прямые медицинские затраты во время госпитализации были приняты как одинаковые для всех пациентов. Анализ не прямых затрат не проводился. Клиническую эффективность изучаемых антибиотиков оценивали в ретроспективных сравнительных исследованиях. К эффективному лечению были отнесены случаи, когда пациентам не потребовалась замена АБП в составе схемы ступенчатой терапии вследствие его клинической неэффективности.

## Результаты

Анализ показал, что в подавляющем большинстве случаев (87,4%) применялось 6 схем старто-

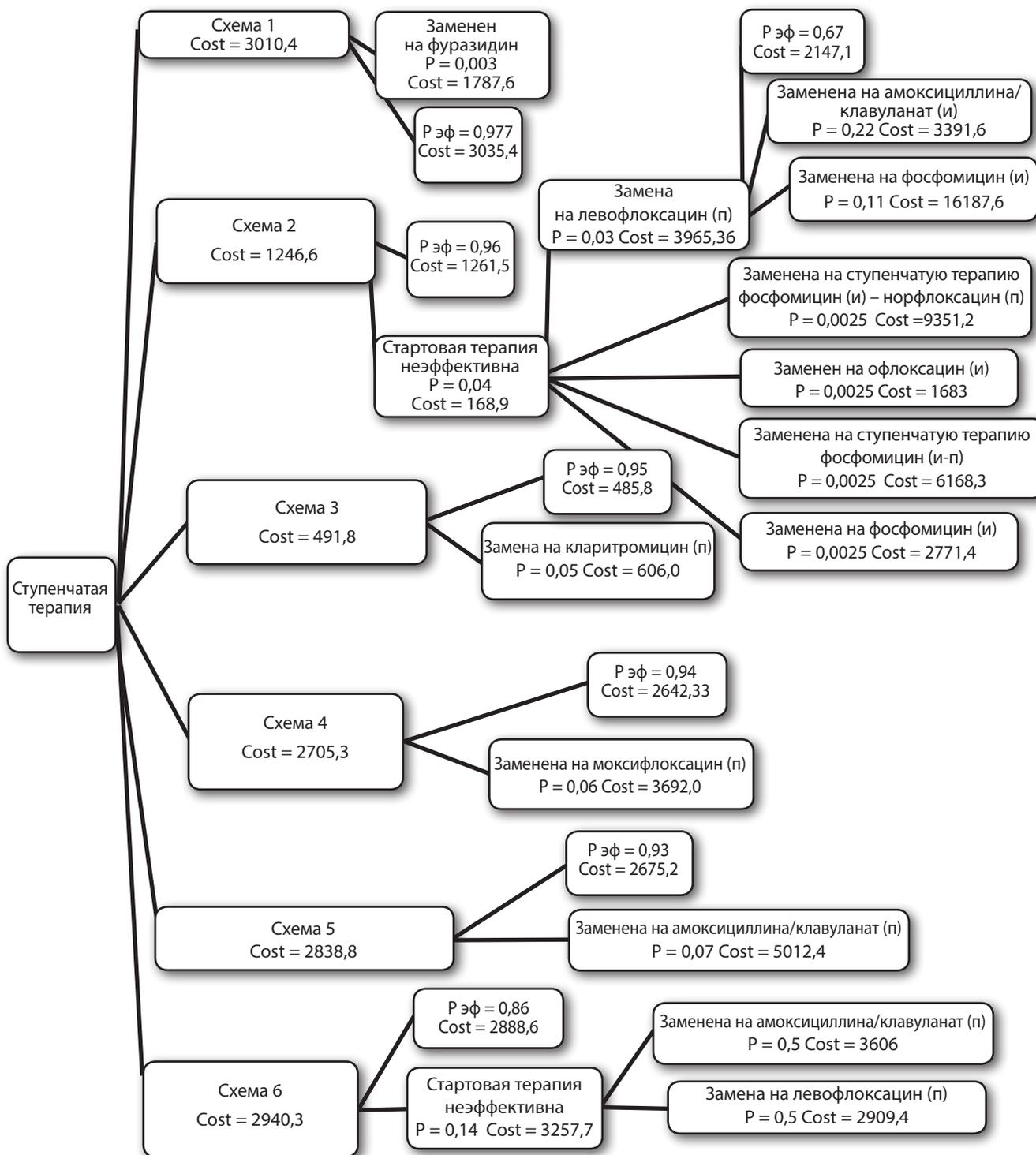
вой АБТ (табл. 1). В качестве периоперационной антибиотикопрофилактики (ПАП) использовался амоксициллина клавуланат.

У 68 (12,6%) больных применялись прочие 37 схем ступенчатой терапии, на каждую из которых приходится менее 1% назначений. Такие случаи были исключены из анализа.

Наиболее часто (как у мужчин, так и у женщин) использовалась схема 2 ступенчатой терапии, включающая в себя амоксициллина клаву-

ланат в инъекционном и пероральном компонентах в сочетании с ПАП, — 298 (63,2%) случаев (табл. 2).

Второе место по частоте назначений занимает схема 1 (амоксициллина клавуланат в инъекционном и пероральном компонентах без ПАП) — 86 (18,2%) случаев. Третье ранговое место принадлежит схеме 4 — 35 (7,4%) случаев. Реже применялись схемы 3 (4,4%), 5 (3,4%) и 6 (3,2%) случаев соответственно. Статистически достоверной



Дерево решений для определения средней стоимости курсов ступенчатой антибактериальной терапии.

Таблица 1

**Характеристики схем АБТ, применяемых для лечения больных с ИМВП**

Схема АБТ	Антибиотики	Способ введения		Проведение ПАП
		инъекционно	перорально	
1	Амоксициллина клавуланат	Амоксициллина клавуланат	Амоксициллина клавуланат	Нет
2	Амоксициллина клавуланат	Амоксициллина клавуланат	Амоксициллина клавуланат	Да
3	Амикацин/амоксициллина клавуланат	амикацин	Амоксициллина клавуланат	Да
4	Амоксициллина клавуланат/ левофлоксацин	Амоксициллина клавуланат	Левофлоксацин	Да
5	Амоксициллина клавуланат/ фосфомицин	Амоксициллина клавуланат	Фосфомицин	Да
6	Амоксициллина клавуланат/ моксифлоксацин	Амоксициллина клавуланат	Моксифлоксацин	Да

разницы в частоте использования различных схем АБТ у мужчин и женщин не обнаружено.

Большинство пациентов (81,7%) получали терапию в сочетании с ПАП.

Эффективность курсов ступенчатой терапии определялась долей пациентов, которым не потребовалась замена антибактериальных препаратов вследствие их клинической неэффективности (табл. 3).

Максимально эффективными оказались схемы 1 и 2 (в 97,7 и 96,0% случаев соответственно), а наименее эффективной — схема 6 с моксифлоксацином (в 86,7% случаев).

С точки зрения медицинской организации важными критериями являются длительность госпитализации и затраты на каждый случай стационарного лечения. Нами были рассчитаны средняя длительность госпитализации больного и затраты на проведение АБТ. Во всех случаях продолжительность госпитализации соответствовала длительности курсов АБТ. Стоимость курсов ступенчатой терапии определяли путём сложения стоимостей её перорального (п.) и инъекционного (и.) компонентов, при наличии ПАП прибавляли её стоимость. Наименьшие средние затраты отмечаются при использовании схемы 3 ступенчатой АБТ: амикацин (и.) / амоксициллина клавуланат (п.) в сочетании с ПАП (485,8 руб.); наибольшие — при применении схемы 1: амоксициллина клавуланат (и. — п.) без ПАП (3035,4 руб.). Также необходимо отметить, что стоимость схем с фторхинолонами и фосфомицином существенно выше стоимости вариантов терапии, в которых пероральным компонентом является амоксициллина клавуланат (при сравнении схем, включающих ПАП).

При использовании схемы 2 — амоксициллина клавуланат в инъекционном и пероральном компонентах в сочетании с ПАП — наблюдалось сокращение сроков госпитализации на 2,9 дня по сравнению с проведением терапии данным препаратом без ПАП (табл. 4).

Таблица 2

**Распределение больных в зависимости от схемы применяемой АБТ**

Схема АБТ	Антибиотики	Количество больных	Доля больных, %
1	Амоксициллина клавуланат	86	18,2
2	Амоксициллина клавуланат	298	63,2
3	Амикацин/амоксициллина клавуланат	21	4,4
4	Амоксициллина клавуланат/ левофлоксацин	35	7,4
5	Амоксициллина клавуланат/ фосфомицин	16	3,4
6	Амоксициллина клавуланат/ моксифлоксацин	15	3,2
Всего		471	100,0

Таблица 3

**Клиническая эффективность схем ступенчатой терапии**

Схема АБТ	Доля пациентов, которым потребовалась замена АБП (%)	Доля пациентов, которым не потребовалась замена АБП (%)
1	2,3	97,7
2	4,0	96,0
3	4,8	95,2
4	5,7	94,3
5	6,2	93,8
6	13,3	86,7

Таблица 4

**Длительность и стоимость курсов ступенчатой антибактериальной терапии в зависимости от схемы её применения**

Схема АБТ	Длительность курса (дни)	Заграты на антибиотикотерапию для всех пациентов (руб.)	Средние заграты на антибиотикотерапию одного случая (руб.)
1	10,9 ± 1,4	261 044	3035,4
2	8,0 ± 1,2	384 867	1291,5
3	6,2 ± 3,7	10 201,8	485,8
4	10,5 ± 4	92 480,5	2642,3
5	8,5 ± 2,3	42 803,2	2675,2
6	11,4 ± 0,6	43 329	2888,6

Анализ схем АБТ выполняли с использованием математической модели «дерево решений», сравнивая стоимости схем ступенчатой терапии, с учётом проводимых замен. Стоимость альтернативы рассчитывали путем сложения стоимости лечения по стартовой схеме и стоимости альтернативной схемы (с учетом частоты замены) (см. рисунок).

**Обсуждение**

Наименее затратными схемами ступенчатой терапии, с учётом проводимых замен, являются схема 3 — амикацин (и.) / амоксициллина клавуланат (п.) в сочетании с ПАП (491,8 руб.; теоретическая экономия от её использования для лечения всех пациентов составит 511 639,7 руб.), а также схема 2 — амоксициллина клавуланат (и. — п.) в сочетании с ПАП (1246,6 руб.; теоретическая экономия от её применения для лечения всех пациентов составит 157 969,3 руб.). Единственная схема без ПАП — амоксициллина клавуланат (и. — п.) — оказалась наиболее затратной (3010,4 руб.). Также высокая стоимость отмечается у схем, включающих фторхинолоны (схема с моксифлоксацином — 2940,3 руб., с левофлоксацином — 2705,3 руб.) и фосфомицин (2838,8 руб.). Теоретическая экономия от использования ПАП (для лечения пациентов, получавших амоксициллина клавуланат (и. — п.) без ПАП) составит 146 487,6 руб.

Итак, анализ частоты применяемых в урологической практике схем АБТ, их клинической эффективности и стоимости, а также длительности пребывания пациента в стационаре показал, что наибольшей клинической эффективностью обладает схема 1 — амоксициллина клавуланат в инъекционном и пероральном компонентах без проведения ПАП (97,7%); однако сроки госпитализации были в среднем на 2,9 дня длительнее, а перевод пациента с инъекционного компонента терапии на пероральный производился на 2,3 дня позже, чем при использовании этого же препарата в сочетании с ПАП (показатель эффективности 96,0%). Наименее эффективна схема 6 — амоксициллина клавуланат (и.) / моксифлоксацин (п.) в сочетании с ПАП (показатель эффективности 86,7%), при её применении средний курс лечения составил 11,4 дня и явился самым продолжительным (табл. 5).

Полученные данные свидетельствуют, что схема 3, являющаяся с экономической точки зрения наиболее привлекательной (стоимость лечения в 2,5—6,1 раза ниже, а сроки госпитализации самые короткие) и отличающаяся высокой клинической эффективностью (95,2%), используется только в 4,4% изучаемых случаев применения АБТ, так как амикацин имеет достаточно много неблагоприятных побочных эффектов, ограничивающих его применение в медицинской практике.

Таблица 5

**Показатели применения различных схем антибактериальной терапии у больных с ИМВП**

Схема АБТ	Частота применения (%)	Клиническая эффективность (%)	Средняя длительность госпитализации (дни)	Средняя стоимость (руб.)*
1	18,2	97,7	10,9 ± 1,4	3010,4
2	63,2	96,0	8,0 ± 1,2	1246,6
3	4,4	95,2	6,2 ± 3,7	491,8
4	7,4	94,3	10,5 ± 4	2705,3
5	3,4	93,8	8,5 ± 2,3	2838,8
6	3,2	86,7	11,4 ± 0,6	2940,3

Примечание. \* — средняя стоимость рассчитана с помощью математической модели «дерево решений» (с учётом возможных альтернатив).

Схема 2 — с наивысшей частотой применения — обладает значительной клинической эффективностью (96,0%), а также характеризуется наименьшей длительностью госпитализации и самой низкой стоимостью использования среди оставшихся схем.

Таким образом, в своей ежедневной практике необходимо руководствоваться не только клиническими рекомендациями по назначению АБТ, но и данными проведенного исследования и опытом конкретного лечебного учреждения, учитывающего результаты локального клинико-экономического анализа.

### Выводы

Применение клинико-экономического анализа схем антибактериальной терапии — важнейший инструмент в повышении качества медицинской помощи урологическим больным.

Проведенный анализ различных показателей использования схем АБТ у урологических больных позволяет врачу получить информацию для рационального выбора оптимальной схемы терапии.

Решение, принимаемое с учётом конкретной клинической ситуации, не только снижает затраты на лечение и риск развития осложнений, вызванных АБТ, но и улучшает качество жизни пациента.

Для медицинской организации выбор схемы АБТ, обоснованный с точки зрения клинической ситуации и экономической эффективности, является резервом экономии средств при лечении пациентов с урологической патологией в стационарных условиях, даёт возможность увеличить количество пролеченных больных за счёт сокращения сроков госпитализации, а также в конечном итоге высвободить ресурсы для развития урологической службы.

**Финансирование.** Исследование не имело спонсорской поддержки.

**Конфликт интересов.** Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

### ЛИТЕРАТУРА

(п.п. 5, 6, 8 см. REFERENCES)

1. Арустамян Г.Н. Клинико-экономический анализ и его роль в управлении качеством медицинской помощи. *Государственное управление. Электронный вестник*. 2011; (29). Available at: [http://e-journal.spa.msu.ru/uploads/vestnik/2011/vipusk\\_29\\_dekabr\\_2011\\_g./problemi\\_upravlenija\\_teorija\\_i\\_praktika/arustamyan.pdf](http://e-journal.spa.msu.ru/uploads/vestnik/2011/vipusk_29_dekabr_2011_g./problemi_upravlenija_teorija_i_praktika/arustamyan.pdf)

2. Лопаткин Н.А. *Урология национальное руководство*. М.: ГЭОТАР-Медиа; 2009.
3. Аляев Ю.Г., Глыбочко П.В., Пушкарь Д.Ю., ред. *Урология. Российские клинические рекомендации*. М.: ГЭОТАР-Медиа; 2016.
4. Плеханов А.Н., Дамбаев А.Б. О современных подходах к лечению инфекций мочевых путей. *Вестник Бурятского научного центра Сибирского отделения Российской академии наук*. 2016; 21(1): 141-8.
7. Страчунский Л.С., Розенсон О.Л. Ступенчатая терапия: новый подход к применению антибактериальных препаратов. *Клиническая фармакология и терапия*. 1997; 6 (4): 15-24.
9. Плеханов А.Н., Дамбаев А.Б. Инфекция мочевых путей: эпидемиология, этиология, патогенез, факторы риска, диагностика (обзор литературы). *Acta Biomedica Scientifica*. 2016; 106 (1): 70-4.
10. Ярец Ю.И., Шевченко Н.И., Старовойтов А.А., Русаленко М.Г. Хронические инфекции мочевыводящих путей: состояние проблемы. *Медико-биологические проблемы жизнедеятельности*. 2015; 14(2): 18-23.

### REFERENCES

1. Arustamyan G.N. Clinical-economical analysis and its role in quality management of medical care. *Gosudarstvennoe upravlenie. Elektronnyy vestnik*. 2011; (29). (in Russian)
2. Lopatkin N.A. *Urology National Manual [Urologiya natsional'noe rukovodstvo]*. Moscow: GEOTAR-Media; 2009. (in Russian)
3. Alyaev Yu.G., Glybochko P.V., Pushkar' D.Yu., eds. *Urology. Russian Clinical Recommendations [Urologiya. Rossiyskie klinicheskie rekomendatsii]*. Moscow: GEOTAR-Media; 2016. (in Russian)
4. Plekhanov A.N., Dambaev A.B. About modern approaches to the treatment of urinary tract infections. *Vestnik Buryatskogo nauchnogo tsentra Sibirskogo otdeleniya Rossiyskoy akademii nauk*. 2016; 21(1): 141-8. (in Russian)
5. Grabe M., Bjerklund-Johansen T.E., Botto H., Çek M., Naber K.G., Tenke P., et al. European Association of Urology. Guidelines on urological infections. Available at: [http://uroweb.org/wp-content/uploads/18\\_Urological-infections\\_LR.pdf](http://uroweb.org/wp-content/uploads/18_Urological-infections_LR.pdf)
6. Schito G.C., Naber K.G., Botto H., Palou J., Mazzei T., Gualco L., et al. The ARESC study: an international survey on the antimicrobial resistance of pathogens involved in uncomplicated urinary tract infections. *Int. J. Antimicrob. Agents*. 2009; 34(5): 407-13.
7. Strachunskiy L.S., Rozenson O.L. Stepwise therapy: a new approach to the use of antibacterial drugs. *Klinicheskaya farmakologiya i terapiya*. 1997; 6 (4): 15-24. (in Russian)
8. Kandil H., Cramp E., Vaghela T. Trends in Antibiotic Resistance in Urologic Practice. *Eur. Urol. Focus*. 2016; 2(4): 363-73.
9. Plekhanov A.N., Dambaev A.B. Urinary tract infection: epidemiology, etiology, pathogenesis, risk factors, diagnosis (literature review). *Acta Biomedica Scientifica*. 2016; 106 (1): 70-4. (in Russian)
10. Yarets Yu.I., Shevchenko N.I., Starovoytov A.A., Rusalenko M.G. Chronic urinary tract infections: the state of the problem. *Mediko-biologicheskie problemy zhiznedeyatel'nosti*. 2015; 14(2): 18-23. (in Russian)

© БОГАТОВА И.В., ШИЛЬНИКОВА Н.Ф., 2018

УДК 614.2:616-08-039.74

**Богатова И.В., Шильникова Н.Ф.****ОЦЕНКА СОЦИАЛЬНОЙ ЭФФЕКТИВНОСТИ ПЕРВИЧНОЙ  
МЕДИКО-САНИТАРНОЙ ПОМОЩИ**

ФГБОУ ВО «Читинская государственная медицинская академия» Минздрава России, 672000, г. Чита

Социальная эффективность системы здравоохранения является приоритетным видом результативности отрасли на каждом уровне управления. Происходящие преобразования в организации медицинской помощи требуют изучения результативности и не должны сказываться неблагоприятно на показателях деятельности медицинских организаций. К оценке социальной эффективности относятся удовлетворённость населения качеством и доступностью медицинской помощи. В социологических опросах особое внимание уделяется исследованию условий оказания медицинских услуг, которые субъективно оцениваются пациентами. В статье приведены результаты исследования пациентов об удовлетворённости первичной медико-санитарной помощью до и после создания Клинического медицинского центра в городе Чите. Оценка эффективности проведена на основе факторной обусловленности уровня удовлетворённости. Определение степени влияния каждого фактора проводилось с помощью расчёта относительных и абсолютных рисков. При этом исход оказания медицинской помощи в виде удовлетворённости рассматривался как результативный критерий, а условия оказания медицинской помощи как "факторы риска". По результатам проведённого исследования отмечено увеличение показателя удовлетворённости пациентов медицинской помощью Клинического медицинского центра Читы, что свидетельствует о высокой социальной эффективности. Выявлено влияние факторов, обуславливающих снижение степени удовлетворённости, таких как неудобный график работы врача и нарушение медицинскими работниками этического-деонтологических норм в общении с пациентами. Результаты изучения факторной обусловленности удовлетворённости пациентов позволяют учесть их при разработке управленческих мероприятий. К необходимым элементам совершенствования системы оказания первичной медико-санитарной помощи можно отнести внедрение современных информационных систем, единой электронной медицинской карты, дистанционной записи на прием к врачу, телемедицинские технологии, системы электронного документооборота.

Ключевые слова: социальная эффективность; первичная медико-санитарная помощь; удовлетворённость пациентов.

**Для цитирования:** Богатова И.В., Шильникова Н.Ф. Оценка социальной эффективности первичной медико-санитарной помощи. *Здравоохранение Российской Федерации*. 2018; 62(1): 24—29. DOI: <http://dx.doi.org/10.18821/0044-197X-2018-62-1-24-29>

**Bogatova I.V., Shilnikova N.F.****THE EVALUATION OF SOCIAL EFFECTIVENESS OF PRIMARY MEDICAL  
SANITARY CARE**

The Chita State Medical Academy, Chita, 672000, Russian Federation

Social efficiency of the health care system is a priority type of sector effectiveness at every management level. The actual transformations in organization of medical care require investigation of effectiveness and should not adversely effect on indices of medical organizations functioning. The satisfaction of the population with quality and accessibility of medical care are related to social efficiency evaluation. The sociological surveys pay a special attention to studying conditions of medical services provision, which are assessed by patients subjectively. The article presents the results of a study of patients concerning satisfaction with primary medical sanitary care before and after organization of the Clinical Medical Center in Chita. The estimation of efficiency was implemented on the basis of factor conditionality of satisfaction level. Identification of degree of influence of each factor was implemented using calculation of relative and absolute risks. At that, outcome of medical care provision in the form of satisfaction was considered as an effective criterion and conditions of medical care provision as "risk factors". The study results established increasing of index of patient satisfaction with medical care in the Chita Clinical Medical Center, that testifies high social efficiency. The influence of such factors conditioning a decrease of satisfaction as inconvenient working schedule of physician and violation of ethical deontological standards by the medical workers in relationship with patients was established. The results of studying factor conditionality of patient satisfaction allow to consider them in development of management measures. The necessary elements of development of the system of primary medical sanitary care include implementation of modern information systems, a uniform electronic medical record, remote appointment to physician visit, telemedicine technology, systems of electronic document management.

**Для корреспонденции:** Богатова Инна Валерьевна, старший преподаватель кафедры общественного здоровья и здравоохранения ФГБОУ ВО «Читинская государственная медицинская академия», 672000, г. Чита. E-mail: bogat\_iv@mail.ru

**К e y w o r d s :** *social efficiency; primary medical sanitary care; patient satisfaction.*

**For citation:** Bogatova I.V., Shilnikova N.F. The evaluation of social effectiveness of primary medical sanitary care. *Zdravookhranenie Rossiiskoi Federatsii (Health Care of the Russian Federation, Russian journal)*. 2018; 62 (1): 24—29. (In Russ.).  
DOI: <http://dx.doi.org/10.18821/0044-197X-2018-62-1-24-29>

**For correspondence:** Inna V. Bogatova, the senior lecturer of the chair of public health and health care of the Chita State Medical Academy, Chita, 672000, Russian Federation.  
E-mail: bogat\_iv@mail.ru

**Information about authors:**

Shilnikova N.F., <http://orcid.org/0000-0003-3768-8243>

Bogatova I.V., <http://orcid.org/0000-0001-8880-0800>

**Acknowledgment.** The study had no sponsorship.

**Conflict of interest.** The authors declare no conflict of interest.

Received 08 October 2017

Accepted 10 November 2017

## Введение

К оценке социальной эффективности системы здравоохранения на различных управленческих уровнях относят удовлетворённость населения качеством и доступностью медицинской помощи [1,2]. Изучение удовлетворённости населения системой оказания медицинской помощи в настоящее время продиктовано рядом отраслевых нормативных документов, в соответствии с которыми данный показатель является критерием эффективности деятельности органов управления здравоохранением на федеральном и территориальном уровнях, службы Росздравнадзора, территориальных фондов ОМС, страховых медицинских организаций [3, 4]. По результатам проведённых исследований уровень удовлетворённости населения РФ в разные годы варьирует в пределах 64-70% [5, 6]. Изучены также причины снижения уровня удовлетворённости, которые формируют основу для принятия управленческих решений [7, 8]. Одной из наиболее распространённых причин является ограничения доступности первичной медико-санитарной помощи: врачебной и специализированной [9, 10]. В связи с этим Программой государственных гарантий определены предельные сроки ожидания оказания всех видов медицинской помощи и критерии доступности при их получении.

На территории городского округа «Город Чита» распоряжением Правительства Забайкальского края от 11.11.2014 г. № 653-р создан «Клинический медицинский центр города Читы» (далее КМЦ), в состав которого вошли 6 поликлинических подразделений и подразделение медицинской реабилитации. Посредством внедрения в работу КМЦ записи к врачам-специалистам в Единой медицинской информационно-аналитической системе (ЕМИАС), call-центра и интернет-портала для пациентов стало возможным обеспечение установленных сроков оказания первичной медико-санитарной помощи. Данные функциональные изменения в организации медицинской помощи

направлены на обеспечение доступности первичной медико-санитарной помощи и, как следствие, повышение удовлетворённости населения качеством медицинского обслуживания [11].

**Целью** настоящего исследования стало проведение сравнительного анализа удовлетворённости пациентов первичной медико-санитарной помощью в двух периодах наблюдения (2013-2014 гг. и 2015-2016 гг.) до внедрения структурных преобразований и после их завершения.

## Материал и методы

Результатами первого периода наблюдения (2013—2014 гг.) стали данные изучения социальной удовлетворённости пациентов на основе идентификации факторов риска в амбулаторно-поликлинических учреждениях (далее АПУ) Читы. Для объективности исследования дизайн социологического опроса пациентов в КМЦ второго периода наблюдения (2015—2016 гг.) полностью отвечал дизайну предыдущего периода. При изучении мнения пациентов удовлетворённость медицинской помощью рассматривалась

Таблица 1

### Социальный портрет пациентов

Критерий	АПУ (n = 400)	КМЦ (n = 400)
Возраст		
18—25 лет	30,1%	23,8%
26—45 лет	36,3%	27%
46—60 лет	25,6%	34%
старше 60 лет	8%	15,2%
Социальный статус		
работающий, служащий	38,5%	19,8%
пенсионер работающий	15,7%	14%
пенсионер неработающий	11,7%	30,8%
учащийся	24,5%	35,5%
неработающий	9,6%	—

как результативный критерий качества, а условия оказания медицинской помощи как «факторы риска» удовлетворённости. Изучение факторной обусловленности проводилось с помощью расчёта относительных рисков ( $RR = R_n/R_{nc}$ ). Вероятность развития исхода оценивалась по значению RR: при  $RR > 1$ , риск развития изучаемого исхода увеличивается при воздействии фактора; при  $RR < 1$ , вероятность развития исхода снижается при воздействии фактора; при  $RR = 0$ , свидетель-

ствует об отсутствии связи между воздействием фактора и исходом [12].

Для изучения факторной обусловленности удовлетворённости пациентов в исследовании к условиям оказания медицинской помощи определены:

- санитарно-гигиенические условия;
- уровень комфортности при получении медицинских услуг;
- график работы врача;

Таблица 2

**Сравнительная характеристика оценки условий оказания первичной медико-санитарной помощи пациентам амбулаторно-поликлинических учреждений и Клинического медицинского центра города Чита ( $M \pm m$ , %)**

№	Показатель	АПУ	КМЦ	Критерий различия, $t$ при $p \leq 0,05$
1.	Время ожидания в регистратуре:			
	меньше 10 мин	22,5±2,09	23±2,1	0,16
	до 30 мин	64,5±2,4	66,3±2,4	0,53
	более 30 мин	13±1,68	10,8±1,5	0,98
2.	Время ожидания приёма к врачу:			
	до 15 мин	9±1,43	3,75±0,9	3,1
	до 30 мин	44±2,48	57±2,5	3,89
	до 1 ч	30±2,29	29,8±2,3	0,71
	до 2 ч	11±1,56	9,5±1,5	1,08
3.	Отношение врача на приёме			
	доброжелательное	49±2,49	52,8±2,5	1,08
	безразличное	42,5±2,47	27,8±2,2	4,45
	грубое	8,5±1,39	19,5±2,0	5,68
4.	Отношение среднего медицинского персонала на приёме			
	доброжелательное	39,5±2,44	55,5±2,5	4,58
	безразличное	48±2,49	28,8±2,3	5,68
	грубое	12,5±1,65	15,8±1,8	1,3
5.	Оценка санитарно-гигиенических условий			
	удовлетворительные	53±2,49	46±2,5	1,98
	не совсем удовлетворительные	30,7±2,3	39±2,4	2,5
	неудовлетворительные	16,2±1,8	15±1,8	0,52
6.	Комфортность при получении медицинской помощи			
	высокий	7±1,27	40,8±2,5	12,07
	средний	71,5±2,25	48±2,5	6,9
	низкий	21,5±2,05	11,2±1,6	3,96
7.	Удобство графика работы врача			
	устраивает	43±2,16	84,3±1,8	14,75
	не устраивает	57%±2,16	15,7±1,8	
8.	Соблюдение приёма врача по талону			
	да	25±0,43	57,5±2,5	9,84
	нет	75±0,43	42,5±2,5	
9.	Отмена приёма врача			
	наблюдалась	31,5±2,32	4±0,01	11,2
	не наблюдалась	68,5±2,32	96±0,01	

Таблица 3

**Показатели удовлетворённости пациентов  
амбулаторно-поликлинических учреждений (2014 г.)  
и КМЦ (2016 г.) Читы ( $M \pm m$ , %)**

Степень удовлетворённости	АПУ	КМЦ	Критерий различия, $t$ при $p \leq 0,05$
Да, полностью	20 ± 2	51 ± 2,5	9,68
Скорее да, чем нет	41,5 ± 2,46	35,5 ± 2,39	1,75
Скорее нет, чем да	22,5 ± 2,08	8,25 ± 1,37	5,72
Нет, неудовлетворён	16 ± 1,8	5,25 ± 1,11	5,09

- время ожидания приёма к врачу и время ожидания в регистратуре;
- соблюдение системы записи на приём к врачу по талону;
- отношение врача на приёме;
- отношение среднего медицинского персонала на приёме.

В исследовании приняли участие пациенты поликлинических подразделений КМЦ и АПУ на этапе получения медицинской помощи. Выборка респондентов составила 400 пациентов в каждом периоде наблюдения, что обеспечило достаточную степень репрезентативности выборочного изучения и возможности сопоставления результатов двух исследований. Оценка достоверности различий проводилась с помощью расчёта критерия Стьюдента при значении  $p \leq 0,05$ .

**Результаты исследования**

Данные табл. 1 демонстрируют характеристику социального портрета респондентов двух периодов наблюдения.

Результаты изучения условий оказания медицинской помощи с позиции пациентов представлены в табл. 2. Временные показатели ожидания пациентов в регистратуре не имеют существенных различий между сравниваемыми группами. Сни-

зилось число пациентов, ожидающих приём врача до 15 мин до  $3,75\% \pm 0,9$  ( $p \leq 0,01$ ), тогда как доля пациентов, ожидающих приём врача до 30 мин, увеличилась до  $57\% \pm 2,5$  ( $p \leq 0,01$ ). Полученные данные являются неблагоприятной характеристикой и согласуются с результатами многочисленных исследований, свидетельствующих, что потеря времени в очередях в поликлиниках является ведущим фактором недовольства населения организацией медицинской помощи [8, 9, 11]. Отмечено увеличение частоты случаев безразличного и грубого отношения к пациенту со стороны врача ( $p \leq 0,01$ ). Более благоприятно выглядит характеристика отношения среднего медицинского персонала, которая в большей степени отмечена как доброжелательное отношение ( $p \leq 0,01$ ), при этом в 1,7 раза сократилась доля пациентов, отмечающих безразличное отношение среднего медперсонала ( $p \leq 0,01$ ). По мнению респондентов, ухудшились санитарно-гигиенические условия в медицинских организациях ( $p \leq 0,05$ ). Благоприятно изменилось мнение пациентов о комфортности при получении медицинской помощи, которая чаще оценивалась как высокая ( $p \leq 0,01$ ) и реже как низкая.

Организационные принципы оказания медицинской помощи в КМЦ получили высокую оценку общественного мнения. Пациенты отмечают удобство графика работы специалистов в КМЦ ( $p \leq 0,01$ ), соблюдение приёма врача по талону ( $p \leq 0,01$ ) и значительно редкими случаями отмены приёма врача ( $t = 11,2$  при  $p \leq 0,01$ ) по сравнению с таковыми при оказании первичной медико-санитарной помощи на предыдущем этапе в амбулаторно-поликлинических учреждениях.

Сравнительная характеристика показателей удовлетворённости пациентов свидетельствует о достоверном увеличении степени удовлетворённости пациентов при получении медицинской помощи в КМЦ, которая подтверждается увеличением числа пациентов, полностью удовлетворённых результатом обращения за медицинской помощью ( $p \leq 0,01$ ), а также снижением случаев низкой

Таблица 4

**Результаты ранжирования факторов риска удовлетворённости пациентов в сравниваемых группах**

№ п/п	Факторы риска	АПУ		КМЦ	
		RR	ранг	RR	ранг
1	Низкий уровень комфортности	5,6	1	1,86	4
2	Грубое отношение врача	4,58	2	2,06	2
3	Грубое отношение среднего медицинского персонала	4,15	3	1,46	6
4	Неудовлетворительные санитарно-гигиенические условия в лечебных учреждениях	3,07	4	1,62	5
5	Неудобный график работы врача	1,88	5	7,8	1
6	Длительное время ожидания приёма врача	1,8	6	1,19	8
7	Не соблюдение системы записи на приём к врачу по талону	1,8	6	2,05	3
8	Ожидание очереди в регистратуре	1,4	7	1,38	7

удовлетворённости ( $p \leq 0,01$ ) и доли неудовлетворённых пациентов ( $p \leq 0,01$ ) (табл. 3). Совокупное значение удовлетворённости результатом обращения за медицинской помощью достигает уровня  $86,5 \pm 2,6\%$ , что свидетельствует о высоком уровне показателя.

Результаты анализа факторной обусловленности удовлетворённости пациентов выявили изменение степени влияния ее отдельных структурных компонентов (табл. 4). Наибольшую степень влияния оказывает неудобный график работы врача ( $RR = 7,8$ ). Поэтому закономерно, что высокая удовлетворённость пациентов ( $84,3 \pm 1,8\%$ ) графиком работы специалистов в КМЦ, в свою очередь, обеспечивает высокий уровень удовлетворённости медицинским обслуживанием в центре ( $51 \pm 2,5\%$ ).

Значительная степень влияния такого управляемого фактора как отношение врачебного персонала ( $RR = 2,06$ ) подтверждается на протяжении нескольких исследований (2-е ранговое место). Следовательно, обязательное соблюдение этико-деонтологических принципов работы врачей с пациентами повлияет на степень удовлетворённости пациентов медицинским обслуживанием. Третье и 4-е ранговые места отнесены к несоблюдению приёма врача по записи и низкий уровень комфортности ( $RR = 2,05$  и  $RR = 1,86$  соответственно). Степень влияния данных факторов находит свое подтверждение в более высокой удовлетворённости пациентов КМЦ, отметивших повышенную комфортность при получении медицинской помощи ( $40,8 \pm 2,5\%$ ) и соблюдением приёма врача ( $57,5 \pm 2,5\%$ ) в рамках социологического опроса. Возможно, что длительное время ожидания в регистратуре и приёма врача, которое отмечали пациенты КМЦ, имело меньшую степень влияния на совокупную удовлетворённость при наличии комфортных мест ожидания. Заслуживает внимания улучшение санитарно-гигиенических условий в медицинских организациях, поскольку данный показатель получил низкую оценку при опросе и имеет несомненное влияние на уровень удовлетворённости ( $RR = 1,62$  и 5-е ранговое место).

### Обсуждение

Комплексный показатель удовлетворённости пациентов в большей степени отражает степень соответствия реальных условий оказания медицинской помощи ожиданиям пациента. Детерминантами уровня удовлетворённости выступили инфраструктура медицинской организации и процесс оказания медицинской помощи. К факторам, оказывающим влияние, относятся преемственность процесса оказания медицинской помощи; время от обращения до встречи с врачом; длительность нахождения пациента в поликлинике, а также взаимодействие с врачом и средним медицинским персоналом. Коррекция данных факторов

определяет возможность формирования процесса оказания медицинской помощи, ориентированного на интересы пациента, к которым можно отнести: обеспечение населения доступной информацией о порядке получения медицинских услуг; соблюдение стандартов ведения приёма и системы записи на приём к врачу по талону; соблюдение медицинским персоналом принципов медицинской этики и деонтологии; улучшение комфортности условий в амбулаторно-поликлинических отделениях.

### Заключение

Результаты проведённого исследования уровня удовлетворённости пациентов медицинской помощью свидетельствует о высокой степени социальной эффективности ГУЗ «Краевой медицинский центр города Читы». Установлено первостепенное значение влияния следующих факторов: удобство графика работы специалистов; соблюдение приёма врача по талону; высокий уровень комфортности в организациях; отсутствие отмены приёма врача на совокупную удовлетворённость пациентов. Негативно влияют на удовлетворённость медицинской помощью грубое отношение врачей и неблагоприятные санитарно-гигиенические условия. Факторная обусловленность удовлетворённости позволяет использовать данные для разработки необходимых управленческих решений. К наиболее значимым можно отнести внедрение современных информационных систем, единой электронной медицинской карты, дистанционной записи на приём к врачу, телемедицинские технологии, системы электронного документооборота.

**Финансирование.** Исследование не имело спонсорской поддержки.

**Конфликт интересов.** Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

### ЛИТЕРАТУРА

1. Вялков А.И., Сквирская Г.П., Сон И.М., Серёгина И.Ф. Оценка эффективности и качества оказания первичной медицинской помощи населению. *Вестник Росздравнадзора*. 2016; (5): 47-51.
2. Сквирская Г.П. Актуальные проблемы модернизации системы первичной медицинской помощи и повышение эффективности управления медицинскими организациями. Результаты научно-практических исследований. *Главный врач*. 2014; (11): 4-8.
3. Ходакова О.В. Механизмы правового регулирования качества оказываемой медицинской помощи. *Забайкальский медицинский вестник*. 2013; (1): 193-205.
4. Линденбратен А.Н. Использование критериев и показателей качества медицинской деятельности. *Заместитель главного врача*. 2016; (4): 56-62.
5. ВЦИОМ: Динамика в отношении населения России к здравоохранению в 2014-2016 гг. Available at: <https://wciom.ru/index.php?id=238&uid=8534>
6. Министерство здравоохранения Российской Федерации. Обобщённые результаты социологических исследований отношения населения к системе здравоохранения. Available at: <https://www.rosminzdrav.ru/news/2015/09/01/2516-obobschen>

- nye-rezultaty-sotsiologicheskikh-issledovaniy-otnosheniya-naseleniya-k-sisteme-zdravooohraneniya
7. Кобякова О.С., Деев И.А., Куликов Е.С., Старовойтова Е.А., Хомяков К.В., Воробьева О.О. Результаты исследования качества и доступности медицинской помощи в учреждениях здравоохранения: «Кто виноват и что делать?». *Здравоохранение Российской Федерации*. 2016; 60(4): 219-24.
  8. Цыганков Б.Д., Малыгин Я.В. Подходы к изучению факторов, влияющих на удовлетворённость пациентов медицинской помощью (по данным иностранной литературы). *Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины*. 2014; (4): 18-22.
  9. Щепин В.О., Дьячкова А.С. Сроки ожидания амбулаторно-поликлинической помощи, как показатель её доступности. *Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины*. 2014; (4): 23-6.
  10. Михайлова Ю.В., Поликарпов А.В., Голубев Н.А., Вечорко В.И. Методологические подходы к оценке качества медицинской помощи в амбулаторно-поликлиническом звене. *Управление качеством в здравоохранении*. 2017; (1): 3-8.
  11. Белостоцкий А.В., Гриднев О.В., Гришина Н.К., Значкова Е.А., Загоруйченко А.А. Изучение мнения населения о доступности и качестве организации первичной медико-санитарной помощи в период ее реформирования в г. Москве. *Вестник Росздравнадзора*. 2017; (2): 68-71.
  12. Медик В.А. *Заболеваемость населения: история, современное состояние и методология изучения*. М.: Медицина; 2003.
- #### REFERENCES
1. Vyalkov A.I., Skvirskaya G.P., Son I.M., Seregina I.F. Assessment of the effectiveness and quality of providing primary health care to the population. *Vestnik Roszdravnadzora*. 2016; (5): 47-51. (in Russian)
  2. Skvirskaya G.P. Actual problems of modernizing the primary health care system and improving the management efficiency of medical organizations. Results of scientific and practical research. *Glavnyy vrach*. 2014; (11): 4-8. (in Russian)
  3. Khodakova O.V. Mechanisms of legal regulation of the quality of medical care provided. *Zabaykal'skiy meditsinskiy vestnik*. 2013; (1): 193-205. (in Russian)
  4. Lindenbraten A.N. Use of criteria and indicators of the quality of medical activities. *Zamestitel' glavnogo vracha*. 2016; (4): 56-62. (in Russian)
  5. WCIOM: All-Russian Center for the Study of Public Opinion. Available at: <https://wciom.ru/index.php?id=238&uid=8534> (in Russian)
  6. Ministry of Health of the Russian Federation. Generalized results of sociological research of the attitude of the population to the health care system. Available at: <https://www.rosminzdrav.ru/news/2015/09/01/2516-obobschennye-rezultaty-sotsiologicheskikh-issledovaniy-otnosheniya-naseleniya-k-sisteme-zdravooohraneniya> (in Russian)
  7. Kobayakova O.S., Deev I.A., Kulikov E.S., Starovoytova E.A., Khomyakov K.V., Vorob'eva O.O. Results of the study of the quality and accessibility of health care in health care institutions: "Who is to blame and what to do?". *Zdravookhranenie Rossiyskoy Federatsii*. 2016; 60(4): 219-24. (in Russian)
  8. Tsygankov B.D., Malygin Ya.V. Approaches to the study of factors affecting patient satisfaction with medical care (according to foreign literature). *Problemy sotsial'noy gigieny, zdravookhraneniya i istorii meditsiny*. 2014; (4): 18-22. (in Russian)
  9. Shchepin V.O., D'yachkova A.S. The waiting time for outpatient care as an indicator of its accessibility. *Problemy sotsial'noy gigieny, zdravookhraneniya i istorii meditsiny*. 2014; (4): 23-6. (in Russian)
  10. Mikhaylova Yu.V., Polikarpov A.V., Golubev N.A., Vechorko V.I. Methodological approaches to assessing the quality of care in the outpatient clinic. *Upravlenie kachestvom v zdravookhraneni*. 2017; (1): 3-8. (in Russian)
  11. Belostotskiy A.V., Gridnev O.V., Grishina N.K., Znachkova E.A., Zagoruychenko A.A. Study of the population's opinion on the accessibility and quality of the organization of primary health care in the period of its reform in Moscow. *Vestnik Roszdravnadzora*. 2017; (2): 68-71. (in Russian)
  12. Medik V.A. *Morbidity of the Population: History, Current State and Methodology of Studying [Zabolevaemost' naseleniya: istoriya, sovremennoe sostoyanie i metodologiya izucheniya]*. Moscow: Meditsina; 2003. (in Russian)

# МЕДИЦИНА И ПРАВО

© ХОДАКОВА О.В., ДУДАРЕВА В.А., 2018

УДК 614.2:347.157

*Ходакова О.В., Дударева В.А.*

## О ПРАВОВОЙ ФУНКЦИОНАЛЬНОЙ ГРАМОТНОСТИ НАСЕЛЕНИЯ В СФЕРЕ РЕАЛИЗАЦИИ ПРАВ НЕСОВЕРШЕННОЛЕТНИХ В ОБЛАСТИ ОХРАНЫ ЗДОРОВЬЯ

ФГБОУ ВО «Читинская государственная медицинская академия» Минздрава России, 672000, г. Чита

*В настоящее время одной из серьёзных проблем российского общества является кризис семьи как базового социального института. На современном этапе развития страны данное явление усугубляется атмосферой общего затяжного социально-экономического кризиса, связанного с периодом реформ. Прогрессирующее ухудшение состояния семьи во всех аспектах её жизнедеятельности представляет генерализованный процесс, который оказывает негативное влияние на развитие и воспитание детей. Одной из детерминант, обуславливающих правомерное поведение родителей по отношению к несовершеннолетним, выступает юридическая компетентность, которая основана на правовой функциональной грамотности.*

*Цель работы — оценка уровня правовой функциональной грамотности населения в вопросах реализации прав несовершеннолетних в области охраны здоровья. Результаты социологического исследования позволили сделать вывод, что степень правовой ориентированности населения на уровне административного муниципального образования субъекта Российской Федерации в вопросах правового положения несовершеннолетних недостаточная. Предикторами, обуславливающими сложившуюся ситуацию, выступили стратификационные характеристики граждан, такие как семейное положение, социальный статус, а также уровень материального благосостояния. Установленные предикторы правовой информированности граждан, такие как социальный статус, семейное положение, уровень материального благосостояния, позволили определить особую категорию населения — целевую группу риска, которая «несостоятельна» в рамках реализации прав несовершеннолетних, в том числе в сфере охраны здоровья, вследствие недостаточного уровня правовой компетенции. Представленные детерминанты в выявленном кластере населения относительно управляемы и могут компенсироваться рациональной и эффективной политикой органов государственной власти и системой здравоохранения в вопросах повышения уровня жизни и правового просвещения населения, в том числе в области охраны здоровья.*

**Ключевые слова:** охрана здоровья граждан, правовая функциональная грамотность; права несовершеннолетних.

**Для цитирования:** Ходакова О.В., Дударева В.А. О правовой функциональной грамотности населения в сфере реализации прав несовершеннолетних в области охраны здоровья. *Здравоохранение Российской Федерации*. 2018; 62(1): 30—36.  
DOI: <http://dx.doi.org/10.18821/0044-197X-2018-62-1-30-36>

*Khodakova O.V., Dudareva V.A.*

## ABOUT LEGAL FUNCTIONAL LITERACY OF POPULATION IN SPHERE OF IMPLEMENTATION OF RIGHTS OF THE MINORS IN THE AREA OF HEALTH CARE

The Chita State Medical Academy, Chita, 672000, Russian Federation

*Nowadays, the crisis of family as a fundamental social institute is one of the serious problems of the Russian society. At the actual stage of national development, the given occurrence is aggravated by atmosphere of total protracted social economic crisis related to period of reforms. The progressing deterioration of condition of family in all aspects of its life activities is a generalized process negatively impacting the development and education of children. The juridical competence based on legal functional literacy is one of the determinants conditioning behavior of parents as related to the minors. The purpose of the study is to evaluate the level of legal functional literacy of population in issues of implementation of rights of the minors in the area of health protection. The results of sociological survey permitted to conclude that the degree of legal awareness of population at the level of administrative municipal formation of the subject of the Russian Federation in issues of legal status of the minors is inadequate. Such stratification characteristics of citizen as family status, social status, level of material well-being came as predictors conditioning existing situation. The established predictors of legal awareness of citizen such as social status, family status, level of material well-being, permitted to establish a particular category of population — a target risk group*

*untenable within the framework of implementation of rights of the minors, including health protection due to inadequate level of legal competence. The determinants presented in the established cluster of population are relatively manageable and they can be compensated by rationale and efficient policy of the state authorities and health care system in issues of increasing level of life and legal education of population including the field of health protection.*

**Key words:** *population; health protection; legal functional literacy; rights of the minors.*

**For citation:** Khodakova O.V., Dudareva V.A. About legal functional literacy of population in sphere of implementation of rights of the minors in the area of health care. *Zdravookhranenie Rossiiskoi Federatsii (Health Care of the Russian Federation, Russian journal)*. 2018; 62 (1): 30—36. (In Russ.). DOI: <http://dx.doi.org/10.18821/0044-197X-2018-62-1-30-36>

**For correspondence:** Victoria A. Dudareva, assistant of the chair of public health and health care and health care economics of the Chita State Medical Academy the Chita State Medical Academy, Chita, 672000, Russian Federation. E-mail: [dudareva\\_viktoriya@inbox.ru](mailto:dudareva_viktoriya@inbox.ru)

**Information about authors:**

Khodakova O.V., <http://orcid.org/0000-0001-8588-939X>

Dudareva V.A., <http://orcid.org/0000-0002-1891-0606>

**Acknowledgment.** The study had no sponsorship.

**Conflict of interest.** The authors declare no conflict of interest.

Received 26 July 2017

Accepted 08 August 2017

## Введение

На сегодняшний день современное развитое государство предъявляет высокие требования к социальным институтам, составляющим фундамент для эффективного развития политических, социально-экономических и культурных процессов. Одним из таких институтов выступает система охраны материнства, детства и семьи как основа репродуктивного и человеческого капитала страны [1].

Эффективная реализация основных направлений системы охраны материнства и детства зависит от множества условий, таких как уровень ресурсного обеспечения отрасли (здравоохранения) [2], от качества и доступности предоставляемых медицинских услуг, а также от уровня юридической грамотности населения [3]. Степень юридической ориентированности общества является индикатором реализации конституционных прав граждан, в том числе в сфере охраны здоровья [4]. Необходимо отметить, что уровень правовой грамотности семьи, а именно родителей (законных представителей), будет отражать степень правовой защищённости воспитывающихся в семье несовершеннолетних детей [5].

Формирование юридически ориентированного общества является приоритетной задачей государства, одна из её составляющих — правовая функциональная грамотность населения. Данная дефиниция представлена структурной составляющей функциональной грамотности, в основе которой заложена система теоретических знаний и практических умений, ориентированных на реализацию правосубъектной деятельности граждан [6—8]. Однако, несовершенство законодательства Российской Федерации и практики его применения в виде избирательности в использовании норм

права, недостаточности институциональных механизмов, гарантирующих безусловное исполнение требований закона, являются основой для развития правового нигилизма, в том числе в сфере охраны здоровья населения [9].

С целью повышения правовой культуры населения в Российской Федерации реализуется концепция развития правовой грамотности и правосознания граждан, как основы национальной безопасности [10]. В связи с этим правовое просвещение и воспитание общества, в том числе в вопросах охраны здоровья и защиты прав несовершеннолетних, является одним из ведущих направлений в работе как органов государственной власти, так и практического здравоохранения. Повышение правовой культуры представляет собой одно из основных условий формирования новой модели взаимодействия государства и общества в системе оказания медицинской помощи населению [11].

С учётом актуальности данной проблемы целью работы явилась оценка уровня правовой функциональной грамотности населения в вопросах реализации прав несовершеннолетних в области охраны здоровья.

## Материал и методы

Одномоментное выборочное исследование проведено с применением социологического, санитарно-статистического и аналитического методов. Объект изучения — население одного из административных муниципальных образований Забайкальского края, имеющее несовершеннолетних детей ( $n = 410$ ). Инструмент исследования — специально разработанная анкета, включающая два блока вопросов. Первый блок отражал стратификационные характеристики респондентов (пол, возраст, социальное и семейное положение, уро-

вень материального благосостояния), второй — вопросы, позволяющие оценить уровень правовой функциональной грамотности (основные нормативно-правовые акты в сфере защиты прав несовершеннолетних, ситуации, в которых реализуются данные права). Анкета включала вопросы закрытого и полужакрытого типа, дихотомического и множественного выбора.

Для изучения влияния стратификационных характеристик населения на уровень правовой грамотности применена методика кластерного анализа: иерархического кластерного анализа с пошаговым алгоритмом разбиения выборки на оптимальное количество кластеров и кластерного анализа методом К-средних для выявления относительно однородных группы наблюдений. Также использовался однофакторный дисперсионный анализ с выделением факторных признаков (социальный статус, семейное положение, уровень благосостояния) и результирующего признака (уровень правовой функциональной грамотности). Обработка результатов проведена с использованием программного обеспечения IBM SPSS Statistics 20.

### Результаты

Оценка первого блока вопросов, содержащего стратификационные характеристики населения, позволила сформировать социальный портрет респондента, который представлен преимущественно женщинами (76,1%) возрастной группы от 21 года до 30 лет (53,4 ± 2,46%), находящимися в официально зарегистрированном браке (66,3 ± 2,3%), трудоустроенных (66,5 ± 2,3%). Однако уровень материального благосостояния у трети респондентов (33,7 ± 2,3%) низкий — доход на одного члена семьи ниже прожиточного минимума (10924,47 руб.).

Следующий блок вопросов позволил проанализировать уровень информированности населения об отдельных нормативных актах в сфере защиты прав несовершеннолетних. При оценке осведомленности населения о законодательных нормах, регламентирующих права детей, установлено, что гражданам наиболее знакомы такие документы: на первом месте — ФЗ от 29.12.1995 г. №223-ФЗ (ред. от 01.05.2017 г.) «Семейный кодекс Российской Федерации» (65,8 ± 2,3%), «Конвенция о правах ребёнка», одобренная Генеральной Ассамблеей ООН 20.11.1989 г. (53,9 ± 2,5%) — 2-е место, «Конституция Российской Федерации» (53,1 ± 2,5%) — 3-е место, «Декларация прав ребенка» (48,0 ± 2,5%) — 4-е место. Данный факт можно связать с тем, что представленные нормативные акты являются базовыми и затрагивают многие сферы деятельности. Необходимо отметить, что нормативные акты, регламентирующие основные гарантии прав и законные интересы ребёнка, предусмотренные Конституцией Российской Федерации — ФЗ от 24.07.1998 г. № 124-ФЗ (ред. от

Таблица 1

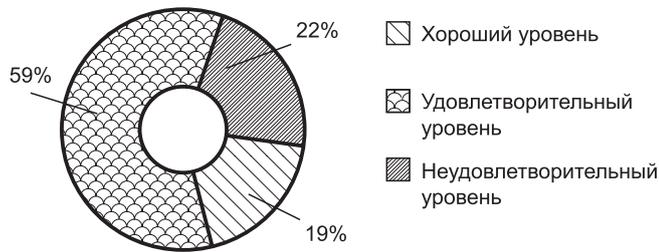
### Осведомленность граждан о нормативно-правовой базе в сфере защиты прав несовершеннолетних

Законодательство в сфере реализации прав несовершеннолетних	Уровень на 100 опрошенных, $P \pm m$	Ранг
ФЗ от 29.12.1995 г. № 223-ФЗ (ред. от 01.05.2017 г.) «Семейный кодекс Российской Федерации»	65,8 ± 2,3	1
«Конвенция о правах ребёнка» (одобренная Генеральной Ассамблеей ООН 20.11.1989 г.)	53,9 ± 2,5	2
«Конституция Российской Федерации»	53,1 ± 2,5	3
«Декларация прав ребёнка» ООН, 1959 г.	48,0 ± 2,5	4
«Всемирная декларация об обеспечении выживания, защиты и развития детей», ООН, в 1990 г.	27,1 ± 2,1	6
Федеральный закон от 24.07.1998 г. № 124-ФЗ (ред. от 28.11.2015 г.) «Об основных гарантиях прав ребёнка в Российской Федерации»	44,3 ± 2,5	5
Федеральный закон от 24.06.1999 г. № 120-ФЗ «Об основах системы профилактики безнадзорности и правонарушений несовершеннолетних»	25,8 ± 2,2	7
Уголовный кодекс	12,9 ± 1,6	9
ФЗ от 21.11.2011 г. №323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации»	19,6 ± 1,9	8

28.11.2015 г.) «Об основных гарантиях прав ребёнка в Российской Федерации» и ФЗ от 24.06.1999 г. № 120-ФЗ «Об основах системы профилактики безнадзорности и правонарушений несовершеннолетних», знакомы лишь 44,3 ± 2,5 и 25,8 ± 2,2% респондентов соответственно (5-е и 6-е места), что свидетельствует об ограниченном понимании данного вопроса и низкой степени информированности граждан о реализации прав несовершеннолетних в сфере охраны здоровья (табл. 1).

В качестве источников получения информации о нормативно-правовой базе респонденты выделили: средства массовой информации (58,2 ± 2,4%), образовательные учреждения (40,0 ± 2,4%), а также информирование от иных лиц (родственники, коллеги знакомых) (13,6 ± 1,7%).

При анализе информированности граждан о реализации в Российской Федерации политики ювенальной юстиции выявлено, что половина опрошенных не имеют представления о данной дефиниции (52,6 ± 2,5%). Данный факт отражает низкую ориентированность граждан в реализации



Субъективная оценка правовой грамотности населения субъекта РФ.

прав несовершеннолетних, так как вопрос о принятии ювенальной юстиции в нашей стране широко обсуждался общественностью и поднимался на различных уровнях государственной власти, при этом использовались разнообразные информационно-коммуникационные технологии.

При оценке вопросов, характеризующих уровень осведомленности населения о нормах «Семейного кодекса Российской Федерации», установлено, что абсолютное большинство респондентов (94,1 ± 1,2%) считают обязательным воспитывать ребёнка в любви и заботе, уважая его человеческое достоинство, а также отметили, что права родителей должны реализовываться только путём обеспечения интересов ребёнка (83,1 ± 1,8%). Однако общий уровень грамотности населения о нормах семейного права составил лишь 49,1 ± 2,5%. Полученный результат можно объяснить тем, что подходы к воспитанию детей в семье и их формы складываются в соответствии с традиционными и религиозными особенностями, и население не имеет мотивации подтверждать сложившиеся семейные устои законодательными нормами.

При анализе блока вопросов о правовом обеспечении граждан в области охраны здоровья выявлено, что респонденты ознакомлены с правом на информированное добровольное согласие (ИДС) на медицинское вмешательство, но при этом только 60,9 ± 2,4% респондентов правильно указали возрастную ценз ребёнка, до достижения которого ИДС на медицинское вмешательство должны предоставлять родители (15 либо 16 лет в случае, если ребёнок наркозависим), а также отметили, что медицинская организация имеет право обжаловать решение родителей об отказе на ИДС на медицинское вмешательство в судебном порядке, действуя в интересах ребёнка (66,8 ± 2,3%). Общий уровень информированности респондентов о Федеральном законе от 21.11.2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» составил 19,6 ± 1,9%. Данный факт свидетельствует о недостаточной компетентности населения в вопросах о правах несовершеннолетних в сфере охраны здоровья, а, следовательно, является риском нарушения механизма их реализации.

При анализе блока вопросов, характеризующих работу с социально неблагополучными и социаль-

но уязвимыми семьями (в соответствии с Приказом Минздрава Забайкальского края от 16.08.2012 г. № 374 «Об организации работы медицинских учреждений с социально неблагополучными и социально уязвимыми семьями на территории Забайкальского края») выявлено, что лишь 40,3 ± 2,4% респондентов осведомлены о наличии и функциях специалиста по социальной работе в детской поликлинике (в медицинской организации). Также необходимо отметить, что данную информацию большинство респондентов получили в ходе анкетирования (57,8 ± 2,4%). При оценке критериев, которые, по мнению респондентов, могут являться факторами риска социального неблагополучия семьи, наиболее распространёнными ответами были: неудовлетворительные материально-бытовые условия (50,0 ± 2,5%), жестокое обращение с ребёнком (75,9 ± 2,1%), неудовлетворительный уход за ребёнком (70,4 ± 2,3%), девиантное поведение родителей — употребление алкогольсодержащих и наркотических веществ (91,2 ± 1,4%). Среди органов государственной власти, ответственных за соблюдение прав несовершеннолетних, большинство опрошенных отметили органы социальной защиты населения, а именно органы опеки и попечительства (85,2 ± 1,7%).

Среди видов ответственности, к которым могут быть привлечены родители за нарушение прав и свобод ребёнка, выделяют: уголовную, административную, гражданско-правовую. Однако, при оценке показателя, характеризующего объём соблюдения прав несовершеннолетних в семье, только 64,3 ± 2,% респондентов отметили полное соблюдение законодательства в сфере защиты несовершеннолетних, что свидетельствует об осознанном неисполнении прав детей и полной уверенности в безнаказанности вследствие недостаточности институциональных механизмов, гарантирующих безусловное исполнение требований закона.

Субъективная оценка граждан уровня собственной правовой грамотности в 59 ± 2,4% случаев отмечена как «удовлетворительная», в 19 ± 1,9% как «хорошая» и в 22 ± 2,0% как «неудовлетворительная», что обуславливает недостаточный уровень реализации прав несовершеннолетних, в том числе в сфере охраны здоровья (см. рисунок).

Учитывая недостаточный уровень правовой информированности населения в вопросах законодательства в сфере реализации прав несовершеннолетних, 79,5 ± 1,9% респондентов объективно оценивают необходимость повышать свою степень правосознания и компетенции.

Для оценки воздействия стратификационных характеристик населения на уровень правовой грамотности проведена кластеризация с применением однофакторного дисперсионного анализа с выделением категориальных предикторных переменных (социальный статус, семейное положение,

Таблица 2

## Распределение респондентов по кластерам относительно уровня правовой грамотности

Конечные центры кластеров	Кластер		
	1	2	3
Уровень правовой грамотности	Высокий	Средний (удовлетворительный)	Низкий (неудовлетворительный)
Материальное положение	Выше прожиточного минимума на одного члена семьи	Выше прожиточного минимума на одного члена семьи	Ниже прожиточного минимума на одного члена семьи
Жилищные условия	Благоустроенные	Благоустроенные	Благоустроенные
Социальный статус	Трудоустроены	Трудоустроены	Не трудоустроены
Семейное положение	Замужем/женат	Не замужем/не женат	Не замужем/не женат
Возраст, годы	21—30	41—50	21—30

уровень материального благосостояния, жилищно-бытовые условия) и переменной отклика — результативный признак (уровень правовой грамотности). Применение иерархического кластерного анализа с пошаговым алгоритмом разбиения выборки позволило выделить оптимальное количество кластеров, число которых составило три.

В результате обработки данных все респонденты ( $n = 410$ ) разделены на три кластера в зависимости от уровня правовой грамотности (табл. 2). Первый кластер представлен ( $n = 250$ ) преимущественно молодыми женщинами в возрасте от 21 года до 30 лет, состоящими в браке, работающими, имеющими достаточный уровень материального благосостояния и высокий уровень правовой грамотности. Во 2-й кластер вошли ( $n = 62$ ) женщины и мужчины в возрасте от 41 года до 50 лет, семейное положение — не женат/не замужем, трудоустроенные, с высоким уровнем дохода, с удовлетворительным уровнем правовой грамотности. Третий кластер состоит ( $n = 98$ ) также из молодых женщин в возрасте от 21 года до 30 лет, не состоящих в браке, не трудоустроенных, имеющих низкий уровень материального благосостояния, имеющих низкий уровень правовой компетенции.

Следующим этапом, после распределения респондентов в равномерные кластерные группы, последовал дисперсионный анализ. Цель применения методики — выявить статистически значи-

мые межгрупповые различия факторов, оказывающих влияние на уровень правовой грамотности. В качестве значимых дискриминант выступили: семейное положение ( $F = 13,621, p < 0,01$ ), социальный статус респондентов ( $F = 380,57, p < 0,01$ ), а также уровень материального благосостояния ( $F = 17,108, p < 0,01$ ; табл. 3).

Установленные предикторы правовой информированности граждан (социальный статус, материальное благосостояние, семейное положение) позволили определить особую категорию населения — целевую группу риска, которая выступает «несостоятельной» в рамках реализации прав несовершеннолетних, в том числе в сфере охраны здоровья, вследствие недостаточного уровня правовой компетенции. Данный кластер населения — граждане с низким социальным положением, неудовлетворительным уровнем материального достатка, не состоящие в браке) требует повышенного внимания со стороны органов социальной защиты и практического здравоохранения, в формате которого необходимо проводить дополнительные мероприятия, позволяющие повысить уровень правосознания граждан и мотивацию к правовому просвещению.

## Обсуждение

Правовая функциональная грамотность выступает основой для формирования гражданской позиции и социальной ответственности человека

Таблица 3

## Оценка воздействия стратификационных характеристик населения на уровень правовой грамотности

ANOVA	Кластер		Ошибка		F	p
	средний квадрат	число степеней свободы	средний квадрат	число степеней свободы		
Материальное положение	3,553	2	0,208	406	17,108	0,000
Жилищные условия	0,379	2	0,106	406	3,568	0,029
Социальный статус	86,396	2	0,227	406	380,55	0,000
Семейное положение	6,398	2	0,470	406	13,621	0,000
Возраст	66,813	2	0,356	406	187,55	0,000

и влияет на формирование системы ценностей общества в целом.

Уровень функциональной правовой грамотности населения может рассматриваться с позиции прикладного компонента, в формате проводимой деятельности по защите прав несовершеннолетних. Необходимо отметить, что стратификационные характеристики человека и семьи как одного из базовых институтов в обществе выступают основой для формирования правовой культуры граждан и как следствие являются предикторами при реализации прав несовершеннолетних, в том числе в сфере охраны здоровья. Эффективное исполнение прописанных правовых норм в отношении несовершеннолетних возможно при наличии у населения достаточного уровня правовой грамотности, а также способности применять имеющуюся теоретическую базу при решении конкретных практических задач, в том числе в процессе получения медицинской помощи ребёнком.

В ходе исследования отмечен низкий уровень правовой функциональной грамотности населения в административном муниципальном образовании субъекта Российской Федерации, что может обуславливать потенциальную незащищённость несовершеннолетних при реализации их прав, в том числе в сфере охраны здоровья. На данную ситуацию определенное влияние оказывают уровень социально-экономического развития субъекта Российской Федерации (обострение проблемы занятости, снижение уровня жизни населения), что отражается в недостаточной правовой ориентации и отсутствии непрерывного правового образования взрослого населения.

### Заключение

Уровень правовой функциональной грамотности населения в административном муниципальном образовании субъекта Российской Федерации в области реализации прав несовершеннолетних в сфере охраны здоровья низкий, что обусловлено отсутствием системных знаний у граждан основных законодательных актов, составляющих нормативно-правовую базу системы охраны детства и семьи.

С целью повышения правовой компетентности граждан органам государственной власти, социальной защиты населения и системе здравоохранения необходимо совместно проводить эффективно политику по повышению социально-экономического уровня в регионе, а также вырабатывать новую многомерную модель «правовой грамотности», ориентированную на подростковый возраст, что позволит заложить основы для становления качественно новой системы просвещения в Российской Федерации.

Для повышения уровня правовой функциональной грамотности населения, в том числе в целевой группе риска, в вопросах соблюдения и реализа-

ции прав несовершеннолетних детей сформулированы следующие предложения:

- проведение правовой пропаганды среди молодежи с использованием современных информационно-коммуникационных технологий с учётом стратификационных характеристик контингента;
- обеспечение бесплатных и доступных юридических консультаций в образовательных учреждениях и медицинских организациях для населения, в частности для законных представителей детей (родителей, опекунов) по вопросам реализации прав несовершеннолетних в формате продуктивных круглых столов, консультаций, лекций;
- распространение печатных изданий (памяток, брошюр) в общественных местах, содержащих свод основных нормативных документов по правам несовершеннолетних;
- создание информационной площадки в сети Интернет (в востребованных социальных сетях) для граждан, мотивированных на повышение правовой культуры с привлечением юридически компетентных специалистов;
- привлечение внимания к данной проблеме волонтерского движения, которое способно реализовать основные идеи, направленные на снижение фактов нарушения прав несовершеннолетних, в том числе в вопросах охраны здоровья;
- правовое воспитание детей в дошкольных и общеобразовательных организациях с изучением основ законодательства Российской Федерации.

**Финансирование.** Исследование не имело спонсорской поддержки.

**Конфликт интересов.** Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов

### ЛИТЕРАТУРА

1. Джандарбек Б.А. Проблемы социально-экономических прав ребёнка. *Современное право*. 2011; (8): 124—7.
2. Томских Э.С., Шильникова Н.Ф. Характеристика мировых демографических проблем и способов управления демографическими процессами. *ЭНИ Забайкальский медицинский вестник*. 2013; (2): 193—9. Available at: <http://chitgma.ru/zmv2/journal/2013/2/28.pdf>
3. Алламярова Н.В., Алексеева М.В. Правовые аспекты социального сиротства. *Медицинское право*. 2011; (2): 1—4.
4. Андреева Е.Е. Об эффективных формах правового просвещения граждан Российской Федерации. *Педагогическое образование в России*. 2016; (1): 76—80.
5. Абрамов В.И. Защита прав ребёнка в России: механизм и эффективность. *Современное право*. 2006; (6): 95—8.
6. Астахов П.А. *Я и государство*. М.: Эксмо; 2009.
7. Снашков С.А. Информационная грамотность как фактор развития и совершенствования правовой культуры в современной правовой системе. *Евразийский союз ученых*. 2015; (7-5): 142—4.
8. Комбарова Е.В. Конституционные основы правового положения несовершеннолетних в РФ. *Право. Законодательство. Личность*. 2010; 1(8): 16—21.

9. Иванова Ж.Б., Рашчектаева Н.Н. Проблемы совершенствования правовых норм, регламентирующих правовое положение несовершеннолетних детей в неблагополучных семьях. *Вопросы ювенальной юстиции*. 2014; (4): 24—7.
10. Алиева З.А. Проблемы законодательной защиты прав ребенка в современной России. *Юридический вестник ДГУ*. 2013; (1): 52—6.
11. Нечаева А.М. Право доступа в семью как предпосылка защиты интересов ребенка. *Семейное и жилищное право*. 2010; (1): 23—8.

## REFERENCES

1. Dzhandarbek B.A. Problems of social and economic rights of the child. *Sovremennoe pravo*. 2011; (8): 124—7. (in Russian)
2. Tomskikh E.S., Shil'nikova N.F. Characteristics of world demographic problems and ways to manage demographic processes. *ENI Zabaykal'skiy meditsinskiy vestnik*. 2013; (2): 193—9. Available at: <http://chitgma.ru/zmv2/journal/2013/2/28.pdf> (in Russian)
3. Allamyarova N.V., Alekseeva M.V. Legal aspects of social orphanhood. *Meditsinskoe pravo*. 2011; (2): 1—4. (in Russian)
4. Andreeva E.E. On effective forms of legal education for citizens of the Russian Federation. *Pedagogicheskoe obrazovanie v Rossii*. 2016; (1): 76—80. (in Russian)
5. Abramov V.I. Protection of the rights of the child in Russia: the mechanism and effectiveness. *Sovremennoe pravo*. 2006; (6): 95—8. (in Russian)
6. Astakhov P.A. *I and the State [Ya i gosudarstvo]*. Moscow: Eksmo; 2009. (in Russian)
7. Snashkov S.A. Information literacy as a factor of development and improvement of legal culture in the modern legal system. *Evraziyskiy soyuz uchenykh*. 2015; (7-5): 142—4. (in Russian)
8. Kombarova E.V. Constitutional bases of the legal status of children in the Russian Federation. *Pravo. Zakonodatel'stvo. Lichnost'*. 2010; 1(8): 16—21. (in Russian)
9. Ivanova Zh.B., Rashchektaeva N.N. Problems of improving the legal norms regulating the legal status of underage children in disadvantaged families. *Voprosy yuvenal'noy yustitsii*. 2014; (4): 24—7. (in Russian)
10. Alieva Z.A. Problems of legislative protection of the rights of the child in modern Russia. *Yuridicheskiy vestnik DGU*. 2013; (1): 52—6. (in Russian)
11. Nechaeva A.M. Right of access to the family as a precondition for the protection of the interests of the child. *Semeynoe i zhilishchnoe pravo*. 2010; (1): 23—8. (in Russian)

Поступила 26.07.17

Принята в печать 08.08.17

## МЕДИЦИНСКИЕ КАДРЫ

© КУДЕЛИНА О.В., ФИЛИНОВ Н.Б., 2018

УДК 614.2-051

Куделина О.В.<sup>1</sup>, Филинов Н.Б.<sup>2</sup>

### ИНДИВИДУАЛЬНЫЙ СТИЛЬ ПРИНЯТИЯ РЕШЕНИЙ РУКОВОДИТЕЛЕЙ МЕДИЦИНСКИХ ОРГАНИЗАЦИЙ В ПЕРСПЕКТИВЕ ОЦЕНКИ УПРАВЛЕНЧЕСКОГО ПОТЕНЦИАЛА

<sup>1</sup>ФГБОУ ВО «Сибирский государственный медицинский университет» Минздрава России, 634050, г. Томск;  
<sup>2</sup>ФГАОУ ВО «Национальный исследовательский университет «Высшая школа экономики», 101000, г. Москва

*При оценке управленческого потенциала руководителей любых организаций необходимо учитывать личностные характеристики руководителя, в частности стиль принятия решений. Врач в профессиональной деятельности многократно принимает клинические решения по лечению пациентов, и в результате этого опыта у специалиста складывается индивидуальный стиль принятия решений, определяющий также и индивидуальные особенности врача как руководителя.*

*Цель исследования -- оценить управленческий потенциал руководителей медицинских организаций Томской области на основе изучения их стилей принятия решений. Определение стиля принятия решений проведено на основании методики А. Роу, широко используемой в различных сферах деятельности. Для выявления стиля принятия управленческих решений было опрошено 1097 респондентов – врачей, в числе которых главные врачи составили 4,8%; заместители главного врача – 10,1%; заведующие отделениями – 11,9%. Стили принятия решений у руководителей разного управленческого уровня различаются. Наиболее часто у главных врачей в качестве доминирующего выступает аналитический стиль, второе место по частоте доминирования после аналитического занимает концептуальный стиль.*

*У самой многочисленной когорты из числа заместителей главных врачей доминирующим также являлся аналитический, но второе место в рейтинге доминирующих стилей занимает у них не концептуальный, а директивный.*

*В целом, по мере продвижения вниз по административной лестнице доля руководителей с доминирующим концептуальным стилем снижается, причём растёт доля тех, кто в принятии решений ориентирован на индивидуальные (авторитарные) процессы, а также тех, кто ориентирован на отношения с людьми в большей мере, чем на решение поставленных задач. Возможности трансформации индивидуального стиля принятия решений не безграничны и требуют осознанных усилий, что ставит перед руководителями медицинских организаций сложную задачу при оценке управленческого потенциала для формирования и подготовки долгосрочного кадрового резерва.*

**Ключевые слова:** *стили принятия решений; классификатор стилей принятия решений; медицинские организации; управление; руководители; врачи; А. Роу.*

**Для цитирования:** Куделина О.В., Филинов Н.Б. Индивидуальный стиль принятия решений руководителей медицинских организаций в перспективе оценки управленческого потенциала. *Здравоохранение Российской Федерации.* 2018; 62(1): 37–44.  
DOI: <http://dx.doi.org/10.18821/0044-197X-2018-62-1-37-44>

Kudelina O.V.<sup>1</sup>, Filinov N.B.<sup>2</sup>

### THE INDIVIDUAL STYLE OF DECISION MAKING BY ADMINISTRATORS OF MEDICAL ORGANIZATIONS IN PERSPECTIVE OF EVALUATION OF MANAGEMENT POTENTIAL

<sup>1</sup>The Siberian State Medical University, Tomsk, 634050, Russian Federation;  
<sup>2</sup>The National Research University «The Higher School of Economics», Moscow, 101000, Russian Federation

*In assessing management potential of a manager, it is necessary to consider one's personal characteristics, in particular, management decision-making style. A physician repeatedly makes clinical decisions on patients' treatment and this experience shapes his/her individual decision-making style, which in turn defines personal features of physician as a leader.*

*Purpose of study. To evaluate the management potential of leaders of medical institutions of the Tomsk oblast on the basis of investigation on their decision-making styles. The decision-making style was identified using A. Rowe's technique (Decision Style Inventory) widely applied in various research areas. The sampling of survey included 1097 physicians, including head physicians (4,8%), deputy head physicians (10,1%), heads of department (11,9%).*

*Decision-making styles of leaders differ depending of the various levels of management. The analytical style dominates among head physicians, followed by conceptual style. For the largest cohort of deputy head physicians analytical style also dominates, but the second rank of dominating styles is for directive style.*

*In general, moving down administrative staircase the percentage of managers with dominating conceptual style is decreasing and percentage of those who are oriented on individual (authoritarian) decision-making processes and also those who are focused more on human relationship than on tasks solution increases. The possibilities of transformation of individual style of decision making are limited and require conscious efforts, that tasks a complicated problem before leaders of medical institutions concerning assessment of management potential of development and training of long-term human resources reserve.*

**Keywords:** *decision-making styles; decision-making style classifier; medical institutions; management; leaders; physicians; A. Rowe.*

**For citation:** Kudelina O.V., Filinov N.B. The individual style of decision making by administrators of medical organizations in perspective of evaluation of management potential. *Zdravookhranenie Rossiiskoi Federatsii (Health Care of the Russian Federation, Russian journal)*. 2018; 62 (1): 37—44. (In Russ.).

DOI: <http://dx.doi.org/10.18821/0044-197X-2018-62-1-37-44>

**For correspondence:** Ol'ga V. Kudelina, candidate of medical sciences, associate professor of the chair of health care organization and public health of the Siberian State Medical University, Tomsk, 634050, Russian Federation. E-mail: [koudelina@ngs.ru](mailto:koudelina@ngs.ru)

**Information about authors:**

Kudelina O.V., <http://orcid.org/0000-0003-2921-3272>

Filinov N.B., <http://orcid.org/0000-0001-9781-7962>

**Acknowledgment.** The study had no sponsorship.

**Conflict of interest.** The authors declare no conflict of interest.

Received 02 August 2017

Accepted 04 September 2017

## Введение

Высокий уровень клинических навыков и компетенций характеризует хорошего врача, и только хороший врач, имеющий авторитет среди своих коллег, может стать руководителем медицинской организации. Конечно, при выдвижении кандидата на такую позицию и вышестоящие руководители органов здравоохранения, и коллеги понимают, что речь идёт о должности, на которой значительная часть рабочего времени сотрудника будет тратиться на решение управленческих, а не медицинских задач.

Должностные обязанности и квалификационные характеристики руководителей в сфере здравоохранения определены соответствующим Приказом Минздравсоцразвития РФ<sup>1</sup>. Так, главные врачи ориентированы на принятие управленческих решений, направленных на стратегическое развитие медицинской организации; заместители главного врача в большей степени занимаются реализацией и проектированием задач, поставленных главным руководителем. Специфика труда заведующего отделением состоит в сочетании профессиональной (медицинской) и управленческой деятельности, каждая из которых требует соответ-

ствующего уровня компетенции, основанного на знании и владении новейшими медицинскими и управленческими технологиями [1].

В результате проведённого в Сибирском институте управления — филиале Российской академии народного хозяйства и государственной службы при Президенте РФ (РАНХиГС) исследования сделаны выводы о том, что большая часть опрошенных руководителей (главные врачи и их заместители) воспринимают свою деятельность прежде всего как управленческую, адекватно понимают свою роль руководителя и основные функции, осознанно выделяют наиболее значимые компетенции и критически оценивают уровень владения этими компетенциями [2].

По данным опроса руководителей органов и организаций здравоохранения Тюменской области, дефицит знаний организаторы здравоохранения испытывают по вопросам теории управления здравоохранением, законодательству, экономике, информатике и АСУ в здравоохранении, основам планирования и финансирования здравоохранения, инновационным процессам, медицинскому страхованию, организации медико-санитарной помощи населению, основам медицинской статистики, медицинской психологии, системному подходу в здравоохранении [3].

Однако, как отмечается во многих работах, кандидатов на позиции руководителей медицинских организаций выбирают всё же преимущественно с учётом их клинического опыта, а не управ-

<sup>1</sup> Приказ Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 23 июля 2010 г. № 541н «Об утверждении Единого квалификационного справочника должностей руководителей, специалистов и служащих, раздел «Квалификационные характеристики должностей работников в сфере здравоохранения».

ленческих навыков [4—8]. Разумеется, каждый руководитель выбирает свой стиль управления и принятия решений [9], но крайне важно, чтобы знания и навыки, усвоенные модели поведения и личностные характеристики позволили ему стать не только администратором, но и лидером в своем коллективе.

Наряду со знаниями и навыками в управлении значимы ценности, установки и ориентации, личностные черты руководителя. Как показали результаты исследования, в ряде случаев руководители организаций здравоохранения склонны отождествлять управленческую деятельность с организаторской работой, администрированием и недооценивать эффективность практико-ориентированных форм развития управленческих компетенций, групповых и проектных видов работы. Наиболее ярко у респондентов проявились ограничения, связанные с развитием личностного потенциала — неумение управлять собой, нечёткость, размытость личных ценностей [2].

В другом исследовании в результате анализа личностной самооценки 624 респондентов (главные врачи и их заместители, руководители городских аппаратов управления здравоохранением), было установлено, что практически более половины опрошенных считают себя робкими и сомневающимися, при этом полностью готовыми к новой руководящей должности являются около четверти респондентов [10]. Автор делает вывод, что акцентуализация личности на подобных свойствах, на фоне проблем с эмоциональной уравновешенностью и сниженной стрессоустойчивостью, вносит негативный вклад в оценку уровня управленческого потенциала руководителя высшего ранга. Так, например, психологическое тестирование организаторов здравоохранения и самооценка личностно-деловых качеств, свидетельствуют о наличии у 72% руководителей синдрома эмоционального выгорания [11]. Помимо этого, 50% врачей — организаторов здравоохранения не получают удовлетворения от своей деятельности, причём подавляющее большинство (92%) среди них составляют врачи, не считающие себя руководителями здравоохранения, а также не уверенные в будущем и опасющиеся неожиданного отстранения от должности [12].

Таким образом, имеют место как проблемы в области подготовки при освоении знаний, необходимых руководителям, так и с отбором на руководящие должности людей с соответствующими личностными характеристиками. Современ-

ные исследования, по-прежнему, указывают на нерешённость данных проблем: недостаточный уровень управленческих компетенций у руководителей медицинских организаций [13], а также преобладание формализованного подхода к формированию управленческого резерва, несмотря на проявленную заинтересованность федеральных органов власти [14].

*Цель исследования* — оценить управленческий потенциал руководителей медицинских организаций Томской области на основе изучения стилей принятия ими решений.

### Материал и методы

Для выявления стилей принятия решений в 2015—2016 гг. был проведён опрос, в котором приняло участие 1097 врачей, занимающих различные должности: главные врачи — 4,8%; заместители главного врача — 10,1%; заведующие отделениями — 11,9%; врачи — 73,1%. Было опрошено 21,3% врачей области (по данным Бюро медицинской статистики в системе здравоохранения Томской области трудятся 5156 врачей [15]), работающих в 70 медицинских организациях, включая 10 частных предприятий и 1 в подчинении Минтруда России. Охват государственных медицинских организаций составил 76,6%.

Определение стилей принятия управленческих решений (ПУР) проведено с использованием анкеты А. Роу, в основе которой лежит когнитивно-ситуационная модель (рис. 1) [16]. В данной модели стиль принятия решений определялся комбинацией двух параметров: ценностной ориентацией и терпимой когнитивной сложностью.

«Низкая терпимость к когнитивной сложности» означает высокую потребность в наличии чёткой структуры знаний и информации в задаче принятия решения (директивный и поведенческий стили). Например, людям с этой характеристикой

*Высокая терпимость к неопределённости*

*Терпимая когнитивная сложность*

*Низкая терпимость к неопределённости, необходимо структурирование*

<p><b>Аналитический стиль</b></p> <p>Логическое, абстрактное мышление</p>	<p><b>Концептуальный стиль</b></p> <p>Широкое, пространственное креативное мышление</p>
<p><b>Директивный стиль</b></p> <p>Сфокусированный, быстрые результаты</p>	<p><b>Поведенческий стиль</b></p> <p>Поддержка, эмпатия, слушатель</p>

*Ценностная ориентация*

Задачи

Люди

Рис. 1. Когнитивно-ситуационная модель принятия решений.

сложно обсуждать проблему, не договорившись сначала об одно-значном понимании терминов, в которых эта дискуссия ведётся. Если у человека «высокая терпимая когнитивная сложность», он готов уточнять и развивать эту систему понятий по мере развёртывания дискуссии (аналитический, концептуальный) [17].

«Ориентация на задачи» означает, что человек в принятии решений ориентируется прежде всего на достижение поставленных целей и задач, является «решателем проблем», люди для него, в большей мере, средство достижения целей. «Ориентация на людей» означает, что респондент прежде всего ориентируется на людей, отношения с ними.

Модель позволяет выделить четыре стиля принятия решений:

1. Директивный: такие люди предпочитают быстрые действия, ориентированы в большей мере на настоящее (а не на неопределённое будущее), поэтому пользуются ограниченным объёмом информации (часто представляемой в устной форме). Также характеризуются авторитарностью (не склонны обсуждать варианты решения с сотрудниками), делают акцент на сильный контроль. Они очень эффективны в достижении результата.

2. Аналитический: эти индивиды мыслят абстрактно, информацию обрабатывают тщательно, следовательно, решения принимают, как правило, на основе большого объёма информации и медленно. Они предпочитают оптимизировать решения проблем, любят принимать решения самостоятельно, а не путём консультаций или обсуждений. Предпочитают письменную форму получения информации.

3. Концептуальный: этот тип руководителей обладает высокой сложностью когнитивного процесса и ориентирован на людей, такие индивиды склонны долго и тщательно обдумывать решение проблемы и обсуждать его с коллегами/подчинёнными, принимая во внимание все возможные альтернативы. Эти люди, как правило, обладают широкой картиной мира, видят перспективу и ориентированы на будущее. Они очень творческие, им нравится добиваться своего, но они нуждаются в оценке и похвале.

4. Поведенческий (бихевиористский): этот тип ориентирован на внимание коллег по работе и нуждается в симпатии окружающих. Они всегда поддерживают, хорошие слушатели, восприимчивы к советам и легко вступают в контакт. Открыто демонстрируют добродушие и хорошо относятся к ослаблению контроля. Эти индивиды предпочитают встречу и

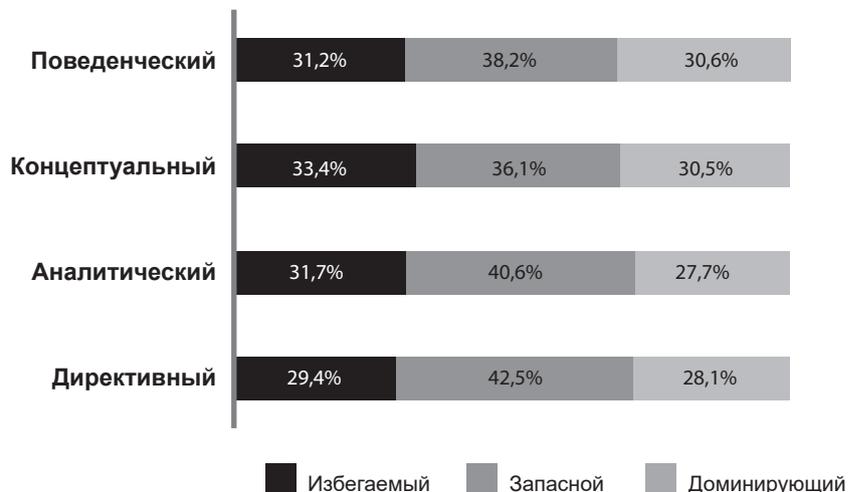


Рис. 2. Стили принятия управленческих решений врачами Томской области ( $n = 1097$ ).

личный разговор письменной информации. Они сфокусированы на более близких целях.

Каждый руководитель не может по всем параметрам идеально соответствовать какому-то одному из стилей принятия решений, описанных выше, обычно один и тот же человек использует один или несколько главных (доминирующих) стилей и один или несколько запасных. Индивидуальные поведенческие паттерны определяют и избегаемые стили принятия решений.

Обработка полученных результатов проведена следующим образом. Пусть  $x_{ij}$  — оценка  $j$ -го респондента по стилю  $i$  (где  $i = 1$  соответствует директивному стилю принятия решений,  $i = 2$  — аналитическому,  $i = 3$  — концептуальному и  $i = 4$  — поведенческому),  $\bar{X}_i$  — средняя оценка по стилю  $i$  по генеральной совокупности, с которой сопоставляется респондент  $j$ , (в качестве такой оценки использовалась средняя по общей выборке из 1097 врачей области, в которую вошли как те, кто занимает руководящие должности в учреждениях здравоохранения, так и рядовые врачи), а  $\sigma_i$  — среднее квадратическое (стандартное) отклонение оценки по стилю  $i$  по этой выборке. Тогда, если:

$$x_{ij} > \bar{X}_i + \sigma_i/2,$$

то стиль  $i$  диагностировался как доминирующий для респондента  $j$ . Если:

$$x_{ij} < \bar{X}_i - \sigma_i/2,$$

то стиль  $i$  диагностировался как избегаемый для респондента  $j$ . Наконец, при:

$$\bar{X}_i - \sigma_i/2 \leq x_{ij} \leq \bar{X}_i + \sigma_i/2$$

стиль  $i$  диагностировался как запасной для респондента  $j$  [16].

Статистическая обработка данных проведена с помощью пакета Microsoft Excel 2013, для определения статистической значимости различий исследуемых выборок использован анализ таблиц сопряженности (критерий  $\chi^2$  Пирсона).



Рис. 3. Стили принятия управленческих решений руководителями разного уровня медицинских организаций Томской области.  
а — главные врачи (n = 53); б — заместители главного врача (n = 111); в — заведующие отделениями (n = 131).

### Результаты

Распределение частоты стилей принятия решений (в качестве избегаемого, запасного или доминирующего) у врачей медицинских организаций Томской области, включая руководителей, достаточно пропорционально (рис. 2).

Проанализируем распределение доминирующего (избегаемого) стилей по уровням управления (рис. 3). Показано, сколько раз каждый из стилей оказывался доминирующим, запасным или избегаемым для руководителей в исследуемых организациях. Поскольку и доминирующими, и запасными, и избегаемыми для одного и того же человека в методике А. Роу могут быть несколько стилей, сумма оценок по столбцам больше 100% (см. рис. 2). Однако каждый стиль для конкретного человека являлся либо избегаемым, либо запасным, либо доминирующим, поэтому суммы по каждой строке составляют ровно 100% (по числу респондентов).

Наиболее часто у *главных врачей* в качестве доминирующего выступает аналитический стиль (45,3%), концептуальный стиль занимает второе место по частоте доминирования после аналитического (34%). Поведенческий стиль заметно реже других оказывается доминирующим: он либо запасной (47,2%), либо избегаемый (34% главных врачей) (см. рис. 3, а).

Опираясь на данные о доминирующем *аналитическом* стиле принятия решений, можно сказать, что большая часть главных врачей предпочитают принимать решения индивидуально, им требуется большое количество информации, они нацелены на тщательный выбор оптимального варианта решения и при этом ориентируются прежде всего на задачу, а потом уже на людей.

В то же время существует вторая по численности когорта их коллег — руководителей медицинских учреждений, которые, обладая доминирующим *концептуальным* стилем принятия решений, напротив, склонны к обсуждению их вариантов с коллегами, при этом ориентация на людей является

одним из важных драйверов их деятельности. Они наиболее креативны и предъявляют большие запросы к информации, часто используя образные и графические формы её представления. Тщательный анализ всех возможных вариантов решения, в известной степени, перфекционизм — их характерная черта.

У самой многочисленной когорты (39,6%) из числа *заместителей главных врачей* также доминирующим оказался аналитический стиль ПУР, но вот второе место в этом рейтинге доминирующих стилей (29,7%) занимает уже не концептуальный, как у их руководителей, а директивный стиль. При этом «рейтинг избегаемости» концептуального и поведенческого стиля для этой категории работников довольно высок — 41,4 и 36,0%. Исходя из характеристик стилей, у заместителей главных врачей преобладает индивидуальный подход к принятию решений. В то же время в качестве запасного у данной категории руководителей наиболее часто (45,1%) встречается поведенческий стиль, что указывает на то, что в некоторых случаях они предпочитают групповую форму при выборе самого решения, но ориентируются прежде всего на отношения с людьми, а не на достижение наилучшего решения. Избегаемым стилем чаще всего (41,4%) являлся концептуальный (см. рис. 3, б).

Анализ данных, полученных при опросе *заведующих отделениями*, показал, что наиболее часто в качестве доминирующего у них встречался поведенческий стиль — он определен у 33,6% респондентов (см. рис. 3, в), на втором месте — директивный (25,2%). В качестве запасного наиболее часто (48,1%) выступает аналитический стиль, а избегаемого — концептуальный (38,2%). Это означает, что самая крупная когорта заведующих отделениями существенно ориентируются на мнение своих подчинённых. Они предпочитают получать информацию в устной форме, при этом их информационные потребности заметно меньше, чем у большинства коллег на вышестоящих уровнях управления.

**Результаты обработки анкет А. Роу для врачей  
Томской области и менеджеров-слушателей  
программ МВА**

Стиль ПУР-респонденты	X - ½ σ	X + ½ σ	X
Директивный — врачи Томской области	71	85	78
Директивный — менеджеры	74	87	80
Аналитический — врачи Томской области	80	96	88
Аналитический — менеджеры	82	96	89
Концептуальный — врачи Томской области	63	75	69
Концептуальный — менеджеры	66	75	70
Поведенческий — врачи Томской области	57	74	65
Поведенческий — менеджеры	56	68	61

Примечание: X — среднее значение, σ — стандартное отклонение.

При сравнении частоты встречаемости стилей в разных группах руководителей установлено, что в качестве доминирующего стиля главные врачи (45,3%), как и заместители главных врачей (39,6%), чаще выбирают аналитический, чем заведующие отделениями (24,4%;  $\chi^2 = 7,78$ ;  $p = 0,02$  и  $\chi^2 = 6,52$ ;  $p = 0,04$  соответственно). При этом заведующие отделениями в большей степени склонны к поведенческому стилю принятия решений, чем заместители руководителей (33,6 и 18,9%;  $\chi^2 = 7,36$ ;  $p = 0,03$ ). При сравнении числа респондентов, выбирающих концептуальный стиль принятия решений в качестве доминирующего или запасного, с числом респондентов, для которых данный стиль является избегаемым, статистически значимые различия отмечены между главными врачами и их заместителями (75,5 и 58,6%,  $\chi^2 = 4,46$ ;  $p < 0,05$ ). Руководители медицинских организаций на 16,9% чаще, чем их заместители, принимают решения, оценивая картину в целом, тогда как почти у 40% заместителей концептуальный стиль является избегаемым (см. рис. 3).

### Обсуждение

Необходимость эффективного решения текущих проблем здравоохранения требует существенного повышения внимания к качеству менеджмента на всех уровнях управления здравоохранением, поскольку эффективность управления влияет как на клинические показатели медицинских организаций (например, летальность), так и на финансовые показатели (например, доходы) [18]. Однако должны учитываться не только объективные предпосылки, но и роль человеческого фактора — личности руководителя, его профессиональной компетентности, что и определяет управленческий

потенциал руководителя. От этого в решающей степени зависит успешность функционирования и развития системы здравоохранения.

Методика А. Роу получила широкое использование при исследовании стилей принятия решений в различных сферах деятельности. Несколько исследований было проведено в образовании. Так директора школ, у которых концептуальный стиль являлся доминирующим, а аналитический запасным, оказались в большей мере готовыми к изменениям и, чаще всего, уже их реализуют; директора, у которых аналитический стиль является доминирующим, а концептуальный запасным, потенциально готовы к изменениям при условии изменения ситуации или внешнего воздействия [19].

Одно из немногих исследований в системе здравоохранения с использованием методики А. Роу, проведено Sarah Y. Bowman в медицинском центре в Колорадо [20]. Автор отмечает сильно доминирующий концептуальный стиль принятия решений генерального директора, при этом для абсолютного большинства руководящих работников центра концептуальный стиль принятия решений также был доминирующим, что, рассматривается, как один из факторов, обеспечивающих сплоченную работу топ-менеджмента организации.

В проведенном исследовании значения средних и стандартных отклонений для массива наблюдений над врачами Томской области сопоставлены с данными по другой группе респондентов (см. таблицу). Данные в целом по всем врачам Томской области ( $n = 1097$ ) оказываются близкими к результатам, полученным ранее по российским менеджерам — слушателям программ МВА (мастер бизнес-администрирования) ( $n = 500$ ) [21].

Как и у менеджеров, у врачей медицинских организаций Томской области, включая руководителей, можно выделить следующие тенденции:

Средняя оценка по аналитическому стилю заметно превышает другие средние показатели.

Наименьшее среднее значение зафиксировано у поведенческого стиля (см. таблицу).

Интересно, что различия между российскими врачами и российскими менеджерами заметно меньше, чем различия между российскими и американскими менеджерами [21].

В целом, проведенные к настоящему времени с использованием данной методологии исследования позволяют предположить, что наличие у руководителей доминирующего концептуального стиля принятия решений выступает в качестве важной детерминанты их управленческого потенциала [17, 19, 20, 22].

Анализируя полученные данные по разным категориям руководителей медицинских учреждений Томской области, можно отметить, что здесь проявляются некоторые широко распространенные тенденции. Так, степень использования концептуального стиля принятия решений выше на

более высоких уровнях управления. Это стоит рассматривать как позитивный симптом, поскольку различные исследования, свидетельствуют, что именно этот стиль принятия решения характерен для наиболее эффективных менеджеров [19, 20, 22]. С другой стороны, концептуальный стиль принятия решений не является преобладающим для главных врачей области, он заметно уступает аналитическому.

По мере продвижения вниз по административной лестнице доля руководителей с доминирующим концептуальным стилем снижается, при этом растёт доля тех руководителей, которые в принятии решений ориентированы на индивидуальные (авторитарные) процессы, и руководителей, ориентированных на отношения с людьми в большей мере, чем на решение поставленных задач. Ряд исследований говорят о том, что это не самый эффективный стиль руководства [19, 20, 22, 23]. Если рассматривать меньшее по сравнению с другими секторами распространение концептуального стиля принятия решений среди высших руководителей организаций как недостаток, то он мог бы быть компенсирован за счёт команды руководителя, его заместителей. Именно такую компенсацию предлагает в качестве базовой идеи И. Адизес<sup>2</sup> [24]. Однако заместители главных врачей и заведующие отделениями ещё дальше от концептуального стиля, чем руководители учреждений. Многие из этих сотрудников со временем сменяют главных врачей. Что при этом произойдет с качеством управления? Можно предположить, что с течением времени индивидуальный стиль принятия решения у нынешних заместителей изменится. Однако возможности трансформации индивидуального стиля принятия решений не безграничны и требуют осознанных усилий в тех случаях, когда речь идёт о сотрудниках со значительным опытом работы. В данном контексте и с учётом высокой сложности управленческих задач, стоящих перед современными медицинскими организациями, необходимо обращать внимание на командные виды взаимодействия руководителей разного уровня, развитие клинического лидерства, а также опираться на международный опыт внедрения распределённого лидерства для повышения эффективности системы управления [25].

### Заключение

В результате проведённого исследования установлено, что доминирующим стилем принятия решений у значительной части главных врачей и их заместителей является аналитический. Заведующие отделениями в большей степени склонны к поведенческому стилю принятия решений. Учитывая эмпирические исследования в других сфе-

рах деятельности, доминирование аналитического стиля у руководителей медицинских организаций не является хорошим прогностическим признаком. Полученные результаты говорят либо о том, что в сфере здравоохранения действуют какие-то иные закономерности, либо о том, что потенциал профессионализации управления использован пока не в полной мере. Это интересный вопрос, заслуживающий, на наш взгляд, дальнейшего пристального исследования.

Безусловно, формирование определённого типа руководителя, с одной стороны, зависит от условий его работы, к которым он вынужден приспосабливаться, а с другой — от личностных характеристик сотрудника и его индивидуальных особенностей при принятии решений. Недооценка индивидуальных характеристик руководителей разного уровня, личностного потенциала при оценке управленческой информации и принятии решений ставят перед руководителями организаций сложную задачу формирования и подготовки долгосрочного кадрового резерва.

**Финансирование.** Исследование не имело спонсорской поддержки.

**Конфликт интересов.** Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

### ЛИТЕРАТУРА

(п.п. 16—18, 20, 22 см. REFERENCES)

1. Мирошникова Ю.В. Обоснование направлений дополнительного образования заведующих отделениями медицинских организаций. *Социальные аспекты здоровья населения*. 2017; 53(1). Available at: <http://vestnik.mednet.ru/content/view/811/30>
2. Ульянова В.А., Овчаренко Т.М., Богдан Н.Н. Формирование управленческих компетенций руководителей медицинских организаций в ходе повышения квалификации. В кн.: *Материалы Международного форума «Инновации в общественном здоровье и здравоохранении: экономика, менеджмент, право»*. Новосибирск: Сибмедиздат НГМУ; 2012: 297-300.
3. Долгинцев В.И. Государственная политика в области здравоохранения и подготовки руководящих кадров. *Социальные аспекты здоровья населения*. 2010; 15(3). Available at: <http://vestnik.mednet.ru/content/view/216/30/>
4. Вахитов Ш.М., Блохина М.В. Подготовка и использование управленческих кадров в здравоохранении как актуальная проблема. *Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины*. 2008; (3): 46-8.
5. Барсукова Г.Н., Князев А.А., Смирнов А.А. Руководители здравоохранения о проблемах руководящих кадров. *Социальные аспекты здоровья населения*. 2010; 15(3). Available at: <http://vestnik.mednet.ru/content/view/217/30/>
6. Воробьев П.А., ред. *Доклад «Здравоохранение России»*. М.: Ньюдиамед; 2011.
7. Сибурин Т.А., Мирошникова Ю.В., Лохтина Л.К. Состав руководящих кадров здравоохранения: анализ, проблемы, вектор развития. *Социальные аспекты здоровья населения*. 2014; (3). Available at: <http://vestnik.mednet.ru/content/view/574/30/>
8. Галкин Р.А., Гехт И.А., Артемьева Г.Б. Семнадцать мгновений обновления здравоохранения России. *Менеджер здравоохранения*. 2012; (3): 13-9.
9. Куделина О.В. Творчество и лидерство. Идеи распределённого лидерства в управлении учреждениями здравоохранения. *Экономика и управление*. 2016; 124(2): 39-46.

<sup>2</sup> И. Адизес писал: чтобы быть лидером, нужно уметь повести за собой подчинённых, коллег и даже босса, а для этого нужно знать подход к носителям разных стилей [24].

10. Башмаков О.А. Пути повышения качества постдипломной подготовки врачей организаторов здравоохранения. *Социальные аспекты здоровья населения*. 2015; 43(3). Available at: <http://vestnik.mednet.ru/content/view/687/30/>
11. Башмаков О.А. Совершенствование системы подготовки руководящих кадров здравоохранения. *Социальные аспекты здоровья населения*. 2015; 41(1). Available at: <http://vestnik.mednet.ru/content/view/652/30/>
12. Башмаков О.А. Медико-социальные особенности руководящих кадров, как основного кадрового потенциала в здравоохранении. *Социальные аспекты здоровья населения*. 2014; 40(6). Available at: <http://vestnik.mednet.ru/content/view/641/30/>
13. Богдан Н.Н., Гончарова Н.В. Влияние обучения на формирование управленческих компетенций руководителей медицинских организаций. *Медицина и образование в Сибири*. 2015; (5). Available at: <http://ngmu.ru/cozo/mos/article/pdf.php?id=1877>
14. Сибурин Т.А., Лохтина Л.К., Мирошникова Ю.В. Состояние и эффективность работы с резервом руководящих кадров здравоохранения. *Здравоохранение Российской Федерации*. 2015; (1): 4-9.
15. *Здравоохранение Томской области в 2015 году*. Томск: Бюро медицинской статистики; 2016.
19. Каспаржак А.Г., Филинов Н.Б., Байбурун Р.Ф., Исаева Н.В., Бысик Н.В. Директора школ как агенты реформы российской системы образования. *Вопросы образования*. 2015; (3): 122-43.
21. Филинов-Чернышев Н.Б. *Разработка и принятие управленческих решений*. М.: Издательство Юрайт; 2017.
23. Бруссо К., Драйвер М., Ларссон Р., Уриан Г. Как принимают решения опытные начальники. *Harvard Business Review (Россия)*: 2006; (4): 74-85.
24. Адизес И. *Развитие лидеров. Как понять свой стиль управления и эффективно общаться с носителями иных стилей*. [Пер. с англ.]. М.: Альпина Паблишер; 2014.
25. Куделина О.В. Модель компетенций руководителя организации здравоохранения: международный опыт внедрения компетенций распределённого лидерства. *Российский журнал менеджмента*. 2016; 14(4): 81-104.
7. Siburina T.A., Miroshnikova Yu.V., Lokhtina L.K. The composition of leading health personnel: analysis, problems, vector of development. *Sotsial'nye aspekty zdorov'ya naseleniya*. 2014; (3). Available at: <http://vestnik.mednet.ru/content/view/574/30/> (in Russian)
8. Galkin R.A., Gekht I.A., Artem'eva G.B. Seventeen Moments of Russia's Public Health Update. *Menedzher zdavookhraneniya*. 2012; (3): 13-9. (in Russian)
9. Kudelina O.V. Creativity and leadership. Ideas of distributed leadership in the management of healthcare institutions. *Ekonomika i upravlenie*. 2016; 124(2): 39-46. (in Russian)
10. Bashmakov O.A. Ways to improve the quality of postgraduate training of health care providers. *Sotsial'nye aspekty zdorov'ya naseleniya*. 2015; 43(3). Available at: <http://vestnik.mednet.ru/content/view/687/30/> (in Russian)
11. Bashmakov O.A. Improvement of the system of training leading health personnel. *Sotsial'nye aspekty zdorov'ya naseleniya*. 2015; 41(1). Available at: <http://vestnik.mednet.ru/content/view/652/30/> (in Russian)
12. Bashmakov O.A. Medico-social characteristics of leading cadres as the main human resources potential in health care. *Sotsial'nye aspekty zdorov'ya naseleniya*. 2014; 40(6). Available at: <http://vestnik.mednet.ru/content/view/641/30/> (in Russian)
13. Bogdan N.N., Goncharova N.V. The influence of training on the formation of managerial competencies of heads of medical organizations. *Meditsina i obrazovanie v Sibiri*. 2015; (5). Available at: <http://ngmu.ru/cozo/mos/article/pdf.php?id=1877> (in Russian)
14. Siburina T.A., Lokhtina L.K., Miroshnikova Yu.V. Status and effectiveness of work with the reserve of leading health personnel. *Zdravookhranenie Rossiyskoy Federatsii*. 2015; (1): 4-9. (in Russian)
15. *Public Health in Tomsk Region in 2015 [Zdravookhranenie Tomskoy oblasti v 2015 godu]*. Tomsk: Byuro meditsinskoy statistiki; 2016. (in Russian)
16. Rowe A.J., Boulgarides J.D. Decision Styles – A Perspective. *LODJ*. 1983; 4(4): 3-9.
17. Rowe A.J., Mason R.O., Dickel K.E., Mann R.B., Mockler R.J. *Strategic Management: A Methodological Approach*. Boston: Addison-Wesley; 1990.
18. Bloom N., Sadun R., Reenen J.V. *Does Management Matter in Healthcare?* Available at: [http://www.people.hbs.edu/rsadun/Management\\_Healthcare\\_June2014.pdf](http://www.people.hbs.edu/rsadun/Management_Healthcare_June2014.pdf)
19. Kasparzhak A.G., Filinov N.B., Bayburin R.F., Isaeva N.V., Bysik N.V. Directors of schools as agents of the reform of the Russian education system. *Voprosy obrazovaniya*. 2015; (3): 122-43. (in Russian)
20. Bowman S.Y. *Decision-Making Styles of a Medical Center's Management Group: A Case Study*. *Hospital Topics*. 1992. 70(3): 25-9.
21. Filinov-Chernyshev N.B. *Development and Adoption of Management Decisions: Textbook [Razrabotka i prinjatие управленческих решений]*. М.: Izdatel'stvo Jurait, 2017. (in Russian)
22. Rowe A.J., Mason R.O. *Managing with style: A guide to understanding, assessing, and improving decision making*. San Francisco: Jossey-Bass Publishers. 1987.
23. Brusso K., Drajver M., Larsson R., Urian G. *Kak priminajut reshenija opytnye nachal'niki*. *Harvard Business Review*. 2006; 4: 74-85. (in Russian)
24. Adizes I. *Leading the Leaders: How to Enrich Your Style of Management and Handle People Whose Style Is Different from Yours*. Santa Barbara: The Adizes Institute Publications; 2004.
25. Kudelina O.V. The model of the competencies of the head of the health organization: the international experience of implementing the competencies of distributed leadership. *Rossiyskiy zhurnal menedzhmenta*. 2016; 14(4): 81-104. (in Russian)

## REFERENCES

1. Miroshnikova Yu.V. Substantiation of directions of additional education for heads of departments of medical organizations. *Sotsial'nye aspekty zdorov'ya naseleniya*. 2017; 53(1). Available at: <http://vestnik.mednet.ru/content/view/811/30/> (in Russian)
2. Ulyanova V.A., Ovcharenko T.M., Bogdan N.N. Formation of managerial competencies of heads of medical organizations in the course of professional development. In: *Materials of the International Forum «Innovations in Public Health and Health Care: Economics, Management, Law» [Materialy Mezhdunarodnogo foruma «Innovatsii v obshchestvennom zdorov'e i zdavookhraneniі: ekonomika, menedzhment, pravo»]*. Novosibirsk: Sibmedizdat NGMU; 2012: 297-300. (in Russian)
3. Dolgintsev V.I. State policy in the field of health and management training. *Sotsial'nye aspekty zdorov'ya naseleniya*. 2010; 15(3). Available at: <http://vestnik.mednet.ru/content/view/216/30/> (in Russian)
4. Vakhitov Sh.M., Blokhina M.V. Preparation and use of management personnel in health care as an actual problem. *Problemy sotsial'noy gigieny, zdavookhraneniya i istorii meditsiny*. 2008; (3): 46-8. (in Russian)
5. Barsukova G.N., Knyazev A.A., Smirnov A.A. Heads of health care about the problems of leading cadres. *Sotsial'nye aspekty zdorov'ya naseleniya*. 2010; 15(3). Available at: <http://vestnik.mednet.ru/content/view/217/30/> (in Russian)
6. Vorob'ev P.A., ed. *The report «Public Health of Russia» [Doklad «Zdravookhranenie Rossii»]*. Moscow: N'yudiamed; 2011. (in Russian)

*Гусева Н.К.<sup>1</sup>, Бердугин В.А.<sup>2</sup>, Зубеев П.С.<sup>1,3</sup>, Баранова С.В.<sup>3</sup>*

## АНАЛИЗ РАБОТЫ ВРАЧЕБНОЙ КОМИССИИ КРУПНОГО БОЛЬНИЧНО-ПОЛИКЛИНИЧЕСКОГО ОБЪЕДИНЕНИЯ ПО ПРОДЛЕНИЮ ЛИСТКОВ НЕТРУДОСПОСОБНОСТИ

<sup>1</sup>ФГБОУ ВО «Нижегородская государственная медицинская академия» Минздрава России, 603005, г. Нижний Новгород;

<sup>2</sup>ФБУЗ «Приволжский окружной медицинский центр» ФМБА России, 603001, г. Нижний Новгород;

<sup>3</sup>ГБУЗ Нижегородской области «Городская больница № 33» Ленинского района города Нижнего Новгорода, 603076, г. Нижний Новгород

*Особенностью медицинской экспертизы временной нетрудоспособности является то, что экспертные решения согласно законодательству считаются основанием для предоставления больным различных видов социальной защиты и, в частности, освобождения от работы на острый период заболевания. Поскольку речь идёт о расходовании на данные мероприятия средств бюджета и внебюджетных фондов, все процедуры экспертизы временной нетрудоспособности регламентированы законодательными и нормативными актами, которые не всегда чётко определяют действия врачей в различных ситуациях, а иногда не соответствуют постоянно меняющимся условиям в системе работы медицинских организаций. Недавние изменения законодательной базы привели к значительному увеличению нагрузки на врачебную комиссию по продлению листков нетрудоспособности, которая и так была достаточно высокой за счёт обращений, связанных с направлением больных на медико-социальную экспертизу, медицинским освидетельствованием граждан и т. д. Статья посвящена анализу работы врачебной комиссии крупного больнично-поликлинического объединения по продлению листков нетрудоспособности. Авторы преследовали цель выявить неблагоприятные тенденции в её работе и определить пути оптимизации. Оценка современного состояния работы врачебной комиссии показала, что для снижения временной нетрудоспособности граждан большое значение имеет профилактика травматизма (особенно бытового), а также обострений хронических заболеваний, в том числе в рамках диспансерного наблюдения за соответствующими контингентами пациентов.*

**Ключевые слова:** экспертиза временной нетрудоспособности; временная нетрудоспособность; листок нетрудоспособности; врачебная комиссия.

**Для цитирования:** Гусева Н.К., Бердугин В.А., Зубеев П.С., Баранова С.В. Анализ работы врачебной комиссии крупного больнично-поликлинического объединения по продлению листков нетрудоспособности. *Здравоохранение Российской Федерации*. 2018; 62(1): 45—50. DOI: <http://dx.doi.org/10.18821/0044-197X-2018-62-1-45-50>

*Guseva N.K.<sup>1</sup>, Berdutin V.A.<sup>2</sup>, Zubeev P.S.<sup>1,3</sup>, Baranova S.V.<sup>3</sup>*

## THE ANALYSIS OF FUNCTIONING OF MEDICAL COMMISSION OF THE LARGE HOSPITAL POLYCLINIC ASSOCIATION RELATED TO PROLONGATION OF MEDICAL CERTIFICATES

<sup>1</sup>The Nizhny Novgorod State Medical Academy, Nizhny Novgorod, 603001, Russian Federation;

<sup>2</sup>The Privolzhskiy District Medical Center, Nizhny Novgorod, 603001, Russian Federation;

<sup>3</sup>The Nizhny Novgorod municipal hospital №33, Nizhny Novgorod, 603076, Russian Federation

*The feature of expertise of temporary disability is that expert decisions are considered according legislation as a basis of providing patients with various types of social protection and, in particular, exemption from work during acute period of disease. Since this is an issue of spending budget funds and extra-budgetary funds for these activities, all the procedures of expertise of temporary disability are regulated by legislative and regulatory acts that not always clearly define actions of doctors in various situations, and sometimes do not correspond to constantly changing conditions in the system of medical organizations functioning. The recent alterations in the legislative base led to a significant increase of burden on medical commission of the prolongation of medical certificates, which was already high enough due to appeals related to referral of patients to medical social expertise, medical examination of citizens, etc. The article presents the analysis of medical commission functioning of a large hospital-polyclinic association related to prolongation of medical certificates. The authors pursued the goal of identifying unfavorable trends in the medical commission functioning and identify ways to optimize it. The assessment of current status of the medical commission functioning demonstrated that prevention of injuries, especially domestic ones, as well as prevention of exacerbations of chronic diseases, including within the framework*

*of dispensary observation of corresponding contingents of patients are of great importance for reducing the temporary disability of citizens.*

**Key words:** *expertise; temporary disability; medical certificate; medical commission.*

**For citation:** Guseva N.K., Berdutin V.A., Zubeev P.S., Baranova S.V. The analysis of functioning of medical commission of the large hospital polyclinic association related to prolongation of medical certificates. *Zdravookhranenie Rossijskoi Federatsii (Health Care of the Russian Federation, Russian journal)*. 2018; 62 (1): 45—50. (In Russ.).  
DOI: <http://dx.doi.org/10.18821/0044-197X-2018-62-1-45-50>

**For correspondence:** Vitaliy A. Berdutin, candidate of medical sciences, associate professor of the chair of traveling and innovative training of integrated disciplines of the Institute of Postgraduate Professional Education of the Federal State Budgetary Institution «The State Scientific Center of the Russian Federation — Federal Medical Biophysical Center named after A.I. Burnazyan», Deputy Head of the contractual department of the Privolzhskiy District Medical Center, Nizhny Novgorod, 603001, Russian Federation. E-mail: [vberdt@gmail.com](mailto:vberdt@gmail.com)

**Information about authors:**

Guseva N.K., <http://orcid.org/0000-0002-2833-8594>  
Berdutin V.A., <http://orcid.org/0000-0003-3211-0899>  
Zubeev P.S., <http://orcid.org/0000-0003-0414-9104>  
Baranova S.V., <http://orcid.org/0000-0001-9228-3025>

**Acknowledgment.** The study had no sponsorship.

**Conflict of interest.** The authors declare no conflict of interest.

Received 02 November 2017

Accepted 10 November 2017

## Введение

Экспертиза временной нетрудоспособности — это вид медицинской деятельности, который является основным разделом работы врачебных комиссий и подлежит лицензированию. Его особенность состоит в том, что экспертные решения считаются основанием для предоставления больным различных видов социальной защиты (освобождение от работы на острый период заболевания, выплата пособия по временной нетрудоспособности, перевод по состоянию здоровья в облегчённые условия труда, направление на медико-социальную экспертизу (МСЭ) для определения инвалидности и др.) [1—3].

Поскольку речь идёт о расходовании на данные мероприятия средств бюджета и внебюджетных фондов, все процедуры экспертизы временной нетрудоспособности регламентированы законодательными и нормативными актами, которые не всегда чётко определяют действия врачей в различных ситуациях, а иногда не соответствуют постоянно меняющимся условиям в системе работы медицинских организаций [4—6]. В частности, речь идёт о статье 59 Федерального закона от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», регламентирующей единоличную выдачу лечащими врачами листков нетрудоспособности (ЛН) гражданам сроком до 15 календарных дней включительно с дальнейшим продлением по решению врачебной комиссии (ВК). Внедрение данного положения Закона значительно увеличило нагрузку на ВК по продлению ЛН, которая и так была достаточно высокой за счёт обращений, связанных с направлением больных на МСЭ, медицинским освидетельствованием граждан

и т. д.<sup>1</sup> Учебные пособия по экспертизе временной нетрудоспособности, издаваемые в настоящее время, в основном посвящены правилам выдачи и оформления ЛН<sup>2</sup> [7—9]. Очевидно, что постоянный рост нагрузки на ВК приводит к снижению качества экспертных решений. Для оптимизации этого вида деятельности необходимо исследовать в динамике работу медицинских организаций по продлению ЛН на уровне врачебных комиссий.

Цель исследования — выявить неблагоприятные тенденции в работе врачебной комиссии медицинской организации по продлению листков нетрудоспособности и определить пути её оптимизации.

## Материал и методы

Для выполнения цели исследования проведён анализ динамики показателей работы ВК медицинской организации по продлению листков нетрудоспособности в 2011 и 2015 гг., а также дана оценка современному состоянию этого раздела работы ВК с учётом действующих нормативных актов. Источниками информации послужили журналы работы ВК крупного больнично-поликлинического объединения Нижегородской области (форма 035/у) за 2011 и 2015 гг. (до и после внедрения ст. 59 Федерального закона от 21.11.2011 № 323-ФЗ). Сбор статистического материала проводили методом выкопировки. Для формирования статистической совокупности применяли метод

<sup>1</sup> Приказ Минздравсоцразвития России от 05.05.2012 № 502н «Об утверждении порядка создания и деятельности врачебной комиссии медицинской организации».

<sup>2</sup> Приказ Минздравсоцразвития России от 29.06.2011 № 624н «Об утверждении Порядка выдачи листков нетрудоспособности».

Таблица 1

**Половая структура обращений для продления ЛН в 2011 и 2015 гг.**

Возрастные группы, годы	2011		2015	
	мужчины, %	женщины, %	мужчины, %	женщины, %
До 30	60,8	39,2	55,8	44,2
31—40	62,1	37,9	51,8	48,2
41—50	48,8	51,2	44,4	55,6
Старше 50	52,9	47,1	48,6	51,4
Итого...	54,4	45,6	49,1	50,9

направленного отбора. Из общего объема работы ВК с ЛН были исключены и анализировались отдельно случаи, когда выдавались их дубликаты. Изучено 799 обращений в ВК по поводу продления ЛН в 2011 г. и 2417 обращений в 2015 г. Анализ материала выполняли методом табличной сводки и расчёта экстенсивных и интенсивных показателей, а также показателей динамического ряда. Исследование проводилось в рамках доверительных границ, установленных с вероятностью безошибочного прогноза  $p \geq 0,95$ , при  $t \geq 2$ .

**Результаты**

Количество обращений в ВК с целью продления листка нетрудоспособности в 2015 г. по сравнению с 2011 г. возросло в 3 раза, а их доля в общем числе обращений увеличилась с 65,4 до 81,4% ( $t = 2,92$ ). Произошли изменения не только в структуре, но и в характере обращений.

В возрастной структуре обратившихся больных преобладают лица предпенсионного и пенсионного возраста, которые составили в 2011 г. 51,3%, а в 2015 г. — 54,1%. Однако за 5 лет увеличилась доля лиц до 30 лет (на 0,7%) и старше 50 лет (на 2,8%). Имеются и гендерные различия. Если в

2011 г. почти во всех возрастных группах пациентов, обратившихся в ВК, и в целом в обследуемом контингенте преобладают мужчины, то в 2015 г. возрастает и становится преобладающей доля женщин ( $t = 1,6$ ) — как в структуре обращений в целом, так и в старших возрастах (табл. 1).

В структуре причин обращений в ВК представлены патологии верхних и нижних конечностей (травмы и заболевания), онкологические заболевания, ишемическая болезнь сердца, заболевания и травмы позвоночника, сосудистые заболевания головного мозга и черепно-мозговые травмы (ЧМТ), болезни внутренних органов (бронхолёгочной системы, желудочно-кишечного тракта (ЖКТ), почек); доля прочих заболеваний невелика (табл. 2).

Анализ обращений пациентов показал, что одной из главных проблем, ведущих к временной нетрудоспособности граждан, остаются патологии верхних и нижних конечностей (в табл. 2 приведены суммарные показатели), основную долю которых составляют травмы. Доля травм в структуре общей патологии нижних конечностей равна 89,3% в 2011 г. и 56,3% в 2015 г. ( $p > 0,95$ ), в структуре общей патологии верхних конечностей — 87,5% в 2011 г. и 89,5% в 2015 г. ( $p > 0,95$ ). К основным причинам также относятся онкологические заболевания, болезни внутренних органов, ишемическая болезнь сердца.

Значительный рост числа обращений пациентов отмечен по всем группам представленных патологий, вместе с тем темп прироста больше в группах обращений при онкологических заболеваниях, прочих заболеваниях, травмах и заболеваниях верхних конечностей (болезни суставов, сосудов, мягких тканей) и является самым высоким при болезнях внутренних органов. Так, количество обращений по поводу заболеваний бронхолёгочной системы увеличилось в 12,6 раза, ЖКТ — в 7,3 раза, почек — в 3,3 раза.

Таблица 2

**Сравнительная характеристика структуры обращений для продления ЛН по типу патологии в 2011 и 2015 гг.**

Тип патологии	Количество обращений пациентов, абс. числа		Структура обращений по типу патологии, %		Темп прироста, %
	2011	2015	2011	2015	
Травмы и заболевания нижних конечностей	221	620	32,3	25,7	180,5
Травмы и заболевания верхних конечностей	112	385	16,4	15,9	243,8
Онкологические заболевания	80	316	11,7	13,1	295,0
Ишемическая болезнь сердца	65	195	9,4	8,1	200,0
Травмы и заболевания позвоночника	57	187	8,3	7,7	228,1
Сосудистые заболевания головного мозга и ЧМТ	57	191	8,3	7,9	235,1
Болезни внутренних органов (бронхолёгочной системы, почек, ЖКТ)	48	363	7,0	15,0	656,3
Прочие заболевания	45	160	6,6	6,6	255,6
Всего...	685*	2417	100	100	252,8

Примечание: \* — в 2011 г. изучено 799 обращений в ВК по поводу продления ЛН, но не у всех больных в журнале ВК были отмечены сроки временной нетрудоспособности. С целью анализа сроков отобраны 685 человек, у которых эта информация указана.

Таблица 3

## Сравнительная характеристика структуры обращений для продления ЛН по срокам временной нетрудоспособности в 2011 и 2015 гг.

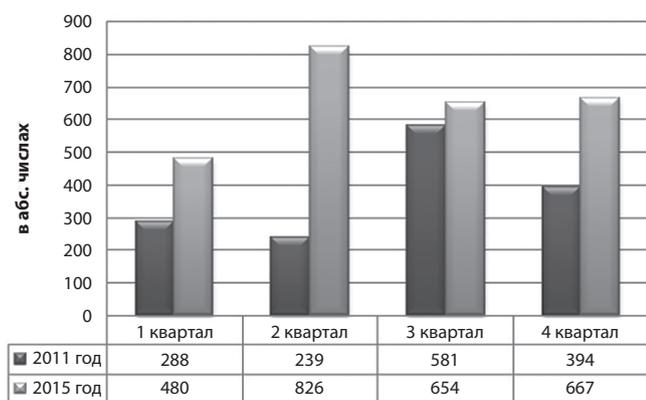
Тип патологии	Количество обращений пациентов						
	2011			2015			
	до 30 дней	31—100 дней	более 100 дней	до 30 дней	31—100 дней	более 100 дней	
Травмы и заболевания нижних конечностей	99	87	35	298	235	87	
Травмы и заболевания верхних конечностей	81	24	7	219	140	26	
Онкологические заболевания	26	45	9	89	190	37	
Ишемическая болезнь сердца	17	41	7	78	110	7	
Травмы и заболевания позвоночника	21	21	15	108	71	8	
Сосудистые заболевания головного мозга и ЧМТ	15	32	38	70	110	16	
Болезни внутренних органов (бронхолёгочной системы, почек, ЖКТ)	34	12	2	171	41	8	
Прочие заболевания	29	13	3	123	27	4	
Всего...	абс.	322	275	88	1276	954	188
	%	47,0	40,1	12,9	52,8	39,5	7,7

Выявлено, что рост обращений в ВК связан не только с изменениями в законодательстве, которые определили необходимость продления листка нетрудоспособности свыше 15 дней по рекомендации ВК, но и с особенностями оказания медицинской помощи пациентам с различными патологиями (повышение хирургической активности, внедрение сложных реконструктивных операций). Число обращений пациентов в ВК по поводу продления листка нетрудоспособности до 30 дней возросло в 3,95 раза, в пределах 31—100 дней — в 3,5 раза, свыше 100 дней — в 2,1 раза ( $p > 0,95$ ) (табл. 3).

В зависимости от сроков временной нетрудоспособности рассматриваемые патологии можно разделить на 2 группы: в 1-й из них большую долю составляют периоды до 30 дней временной нетрудоспособности (травмы и заболевания верхних конечностей, болезни внутренних органов, прочие заболевания); во 2-й — сроки более 30 дней (травмы и заболевания нижних конечностей, он-

кологические заболевания, ишемическая болезнь сердца, сосудистые заболевания головного мозга и ЧМТ). По данным за 2015 г., периоды временной нетрудоспособности свыше 100 дней были у 14% ( $p > 0,95$ ) больных с травмами и заболеваниями нижних конечностей, у 11,7% ( $p > 0,95$ ) пациентов с онкологическими заболеваниями и у 8,2% ( $p > 0,95$ ) пациентов с сосудистыми заболеваниями головного мозга и ЧМТ. Следует отметить, что причиной роста количества обращений в ВК, связанных со сроками свыше 100 дней нетрудоспособности, у лиц с заболеваниями нижних конечностей стало широкое внедрение в практику оперативных методов лечения отдельных патологий, например эндопротезирования тазобедренного и коленного суставов. Среди периодов длительностью до 30 дней в 2015 г. 57,7% ( $p > 0,95$ ) составили сроки от 5 до 15 дней включительно (736 обращений). Сроки от 10 дней, как правило, назначают в случае, если далее идут выходные или праздничные дни. Более короткие периоды касаются пациентов, направленных из других учреждений с открытыми листками нетрудоспособности для уточнения экспертной тактики.

Выявленная динамика частоты обращений в ВК по кварталам 2011 и 2015 гг. отражена на рисунке. Значительно увеличивают объём работы ВК с листками нетрудоспособности наличие многочисленных дефектов, связанных с оформлением их бланков, и доступность экспертной помощи. Причиной роста количества дефектов стал Приказ Минздравсоцразвития России от 26.04.2011 № 347н «Об утверждении формы бланка листка нетрудоспособности», вступивший в силу с 1 июля 2011 г. Новая форма ЛН стала объёмной и достаточно сложной для заполнения. Начало работы с этой формой в исследуемой медицинской



Динамика частоты обращений в ВК для продления листков нетрудоспособности в 2011 и 2015 гг.

Таблица 4

**Частота оформления дубликатов ЛН в 2011 и 2015 гг.**

Квартал	2011			2015			<i>t</i>
	Общее число обращений за ЛН	Число обращений за дубликатами ЛН		Общее число обращений за ЛН	Число обращений за дубликатами ЛН		
		абс.	%		абс.	%	
1-й	288	21	7,3	480	75	15,6	2,61
2-й	239	20	8,4	826	88	10,7	3,04
3-й	581	191	32,9	654	65	9,9	3,60
4-й	394	143	36,3	667	70	10,5	2,92
Всего...	1502	375	25,0	2627	298	11,3	3,18

организации ознаменовалось появлением многочисленных дефектов оформления бланков и необходимостью выписки большого количества дубликатов с 3-го квартала 2011 г. (табл. 4). В 2015 г., несмотря на резкое увеличение объёма работы, число дефектных бланков снизилось с 375 до 298 и их частота стала равномерно распределяться по кварталам года.

**Обсуждение**

Рост объёма работы ВК по продлению листов нетрудоспособности в 2015 г. по сравнению с 2011 г. (в 3 раза) с учётом дефицита врачей и множества вопросов, решаемых ВК, не всегда оправдан. Контроль ВК особо значим при нетяжёлых заболеваниях и последствиях травм, которые хорошо поддаются лечению как в амбулаторных, так и в стационарных условиях. При тяжёлых длительно текущих заболеваниях и последствиях травм такой контроль сроков временной нетрудоспособности является лишней нагрузкой и для пациентов, и для врачей. Он необоснован также с точки зрения ориентировочных сроков временной нетрудоспособности при различных патологиях. Тяжёлые травмы нижних конечностей, онкологические заболевания, ишемическая болезнь сердца, сосудистые заболевания головного мозга и последствия ЧМТ требуют продолжительного стационарного и амбулаторного лечения, в том числе длительного проведения восстановительных мероприятий, что находит отражение в ориентировочных сроках временной нетрудоспособности, которые, например, при раке молочной железы могут достигать 115 дней, при тяжёлых ЧМТ — 220 дней, переломах нижних конечностей — 165 дней («Ориентировочные сроки временной нетрудоспособности при наиболее распространённых заболеваниях и травмах (в соответствии с МКБ-10)», утверждены Минздравом РФ 21.08.2000 г. № 2510/9362-34).

Существенное возрастание в структуре обращений в ВК числа лиц предпенсионного и пенсионного возраста связано с ростом этих контингентов и увеличением их социальной активности и доли в общей структуре населения с 25,0% в 2010 г. до 27,2% в 2016 г. [10]. За этот период сни-

зилась доля трудоспособного населения с 60,6 до 56,6%, что и определило рост востребованности лиц предпенсионного и пенсионного возраста в общественном производстве. Демографической ситуацией в регионе можно объяснить и рост доли женщин в структуре обращаемости в ВК. Повозрастные показатели смертности в Нижегородской области у женщин значительно ниже, чем у мужчин, особенно в старших возрастах. Средняя продолжительность предстоящей жизни при рождении у женщин на 12 лет выше, чем у мужчин (64,1 и 76,1 года в 2015 г.), что обуславливает их более высокую социальную и медицинскую активность [11]. Женщины чаще обращаются в медицинскую организацию при заболеваниях и травмах нижних конечностей, травмах верхних конечностей, заболеваниях позвоночника и внутренних органов. Однако они и выздоравливают быстрее, чем мужчины: сроки до 30 дней временной нетрудоспособности у женщин в 1,2 раза преобладают над таковыми у мужчин, тогда как сроки более 30 дней у мужчин встречаются в 1,1 раза чаще ( $t > 2$ ).

Причиной значительного роста болезней бронхолёгочной системы, ЖКТ и прочих патологий явилось некачественное лечение острых состояний, в частности острых респираторных заболеваний (в дальнейшем приводящих к трахеитам, бронхитам, пневмониям), а также хронических гастритов, холециститов, панкреатитов, тяжёлые обострения которых требуют оперативного вмешательства. В 2015 г. 42,7% из 221 обращения ( $p > 0,95$ ) в ВК по поводу заболеваний ЖКТ составили обращения больных после оперативных вмешательств.

Внутригодовая поквартальная динамика связана с изменением структуры патологии и высокими темпами прироста травм конечностей и (в особенности) болезней внутренних органов. Рост патологий внутренних органов, характеризующихся сезонностью обострений (весна и осень), определил увеличение числа обращений в ВК за продлением ЛН во 2-м и 4-м кварталах 2015 г. Значительное влияние на общий рост обращений отражается в том, что в структуре обращений по поводу продления ЛН для данной группы заболеваний 77,7%

(171 из 220;  $p > 0,95$ ) составляют листки нетрудоспособности сроком до 30 дней.

Нужно отметить, что в районе, где расположена исследуемая медицинская организация, в 2015 г. наблюдается рост травм верхних конечностей с 18,07 до 26,52 на 1000 населения, травм нижних конечностей — с 11,64 до 16,68 на 1000 населения.

Что касается выписки дубликатов ЛН по причине неправильного оформления, то очевидно, что этот объём работы определяется изменением формы бланка ЛН. Поскольку данный документ имеет особую финансовую и юридическую значимость, оформлять его должны соответствующие специалисты, а медицинских работников следует либо освободить от этой работы, либо обеспечить прохождение ими специальной подготовки.

### Выводы

Анализ динамики показателей работы ВК медицинской организации по продлению ЛН в 2011 и 2015 гг. показал существенное увеличение объёма этой работы и изменение ее структуры.

Рост объёма работы ВК по продлению ЛН произошёл из-за изменений в нормативной базе, регламентирующей проведение экспертизы временной нетрудоспособности.

Продление ЛН решением ВК в сроки более 15 дней должно касаться только патологий, которые быстро поддаются лечению, а сроки при тяжёлых длительно текущих заболеваниях и последствиях травм следует контролировать с учётом ориентировочных сроков временной нетрудоспособности.

Большое количество обращений по поводу выписки дубликатов ЛН при дефектах оформления свидетельствует о необходимости освобождения медицинских работников от оформления бланков ЛН, а требующуюся для этого информацию нужно отражать в медицинских картах амбулаторных и стационарных больных. С этой точки зрения следует приветствовать переход на электронную форму листка нетрудоспособности [9].

Оценка современного состояния работы ВК по продлению ЛН показала, что для снижения временной нетрудоспособности граждан большое значение имеет профилактика травматизма (особенно бытового), а также обострений хронических заболеваний, в том числе в рамках диспансерного наблюдения за соответствующими контингентами пациентов.

Изменения в нормативной базе оказывают существенное влияние на объём и структуру работы врачей по экспертизе временной нетрудоспособности, поэтому такие изменения должны приниматься с учётом состояния и проблем медицинских организаций.

**Финансирование.** Исследование не имело спонсорской поддержки.

**Конфликт интересов.** Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

### ЛИТЕРАТУРА

1. Галаева Л.А. Правовые вопросы, возникающие в связи с проведением экспертизы временной нетрудоспособности и оформлением ее результатов. *Социальное и пенсионное право*. 2015; (4): 45-8.
2. Москвичева М.Г., Щетинин В.Б. *Организация и проведение экспертизы временной нетрудоспособности в медицинской организации*. Челябинск; 2014.
3. Юрьев В.К., Глущенко В.А., ред. *Экспертиза временной нетрудоспособности: Учебно-методическое пособие*. СПб.; 2015.
4. Нестеров А.В. Независимая медицинская экспертиза: юридический аспект. *Медицинское право*. 2016; (5): 17-20.
5. Крайнова И.Ф. Клинико-экспертная работа в должностных инструкциях работников. *Качество медицинской помощи*. 2005; (1): 39-42.
6. Старовойтова И.М., Саркисов К.А. Стоит ли созывать врачебную комиссию по требованию пациента. *Правовые вопросы в здравоохранении*. 2017; (2): 108-11.
7. Шишов М.А. "Белые пятна" экспертизы временной нетрудоспособности (с учетом правоприменительной практики). *Медицинское право*. 2014; (5): 12-4.
8. Старовойтова И.М., Саркисов К.А. Экспертиза временной нетрудоспособности: противоречия правовых норм. *Правовые вопросы в здравоохранении*. 2017; (1): 86-91.
9. Сувернева А.И. Об электронных больничных. *Отдел кадров коммерческой организации*. 2017; (7): 34-8.
10. Шалимова А.Д. Как определить профпригодность и связь заболевания с профессией: две экспертизы. *Правовые вопросы в здравоохранении*. 2017; (2): 96-104.
11. Шургая М.А. Региональные тенденции первичной инвалидности граждан пенсионного возраста в Российской Федерации. *Медико-социальная экспертиза и реабилитация*. 2015; 19(1): 28-32.

### REFERENCES

1. Galaeva L.A. Legal issues arising in connection with the examination of temporary disability and registration of its results. *Sotsial'noepensionnoepravo*. 2015; (4): 45-8. (in Russian)
2. Moskvicheva M.G., Shchetinin V.B. *Organization and Conduct of Examination of Temporary Incapacity for Work in a Medical Organization [Organizatsiyaipovedenieekspertizyvremennoyetrudospobnosti v meditsinskoyorganizatsii]*. Chelyabinsk; 2014. (in Russian)
3. Yur'ev V.K., Glushchenko V.A., eds. *Examination of Temporary Incapacity for Work. Teaching-methodical Manual [Ekspertizavremennoyetrudospobnosti: Uchebno-metodicheskoeposobie]*. SPb.; 2015. (in Russian)
4. Nesterov A.V. Independent medical examination: legal aspect. *Meditsinskoepravo*. 2016; (5): 17-20. (in Russian)
5. Kraynova I.F. Clinical and expert work in job descriptions of employees. *Kachestvomeditinskoypomoshchi*. 2005; (1): 39-42. (in Russian)
6. Starovoytova I.M., Sarkisov K.A. Whether it is necessary to call a medical commission at the request of the patient. *Pravovyyevoprosy v zdravookhraneni*. 2017; (2): 108-11. (in Russian)
7. Shishov M.A. "White spots" of examination of temporary incapacity for work (taking into account law enforcement practice). *Meditsinskoepravo*. 2014; (5): 12-4. (in Russian)
8. Starovoytova I.M., Sarkisov K.A. Examination of temporary incapacity for work: contradictions of legal norms. *Pravovyyevoprosy v zdravookhraneni*. 2017; (1): 86-91. (in Russian)
9. Suverneva A.I. About electronic temporary disability certificates. *Otdelkadrovkommercheskoyorganizatsii*. 2017; (7): 34-8. (in Russian)
10. Shalimova A.D. How to determine the suitability and connection of the disease with the profession: two examinations. *Pravovyyevoprosy v zdravookhraneni*. 2017; (2): 96-104. (in Russian)
11. Shurgaya M.A. Regional tendencies of primary disability of citizens of retirement age in the Russian Federation. *Mediko-sotsial'nayaekspertizaireabilitatsiya*. 2015; 19(1): 28-32. (in Russian)

## НАМ ПИШУТ

© ГУБИН А.В., КАМЫШЕВА В.В., 2018

УДК 614.2:617.3-089

*Губин А.В., Камышева В.В.*

### 30-ЛЕТНИЙ ОПЫТ ХИРУРГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ ИНОСТРАННЫМ ПАЦИЕНТАМ В ГОСУДАРСТВЕННОЙ ОРТОПЕДИЧЕСКОЙ КЛИНИКЕ

ФГБУ «Российский научный центр «Восстановительная травматология и ортопедия» имени академика  
Г.А. Илизарова» Минздрава России, 640014, г. Курган

*История медицинского туризма насчитывает несколько тысячелетий. Тем не менее медицинский туризм стал широко распространённым явлением только к концу XX века, в эпоху глобализации — вместе с резким ростом низкобюджетного массового туризма за счёт развития Интернета и доступности авиаперелётов.*

**Цель исследования** — поделиться опытом организации плановой медицинской помощи иностранным пациентам в условиях государственной ортопедической клиники.

*С 1983 по 2016 г. в Российском научном центре «Восстановительная травматология и ортопедия» имени академика Г.А. Илизарова пролечены 1304 иностранных пациента из 82 стран мира. Для решения всех парамедицинских вопросов пребывания иностранных пациентов с 14 июля 1988 г. в Центре Илизарова функционирует международный отдел (МО), созданный на базе группы, осуществлявшей работу по организации международного научно-технического сотрудничества. Главные задачи международного отдела -- организация и содействие в развитии международных связей Центра. Международный отдел -- уникальное подразделение, не имеющее аналогов в других федеральных учреждениях здравоохранения.*

*Опыт Центра Илизарова в оказании ортопедической помощи иностранным гражданам является передовым для России. Основной фактор, определяющий привлекательность Центра для иностранцев, — это уникальность технологии чрескостного остеосинтеза по Илизарову в сочетании с огромным опытом лечения ортопедической патологии.*

**Выводы.** *Медицинский туризм становится одной из важнейших отраслей современной глобальной экономики. Улучшение качества и доступности высокотехнологичной медицинской помощи при целенаправленной политике государства, содействии законодательства, общественности и СМИ может если не превратить Россию из донора в реципиент пациентов, то по крайней мере резко сократить отток средств из страны и поддержать собственные центры компетенции.*

**Ключевые слова:** *медицинский туризм; чрескостный остеосинтез; метод Илизарова; организация медицинской помощи иностранным пациентам; международный отдел.*

**Для цитирования:** Губин А.В., Камышева В.В. 30-летний опыт хирургической помощи иностранным пациентам в государственной ортопедической клинике. *Здравоохранение Российской Федерации.* 2018; 62(1): 51—56.

DOI: <http://dx.doi.org/10.18821/0044-197X-2018-62-1-51-56>

*Gubin A.V., Kamysheva V.V.*

### THE THIRTY YEARS' EXPERIENCE OF SURGICAL CARE TO FOREIGN PATIENTS IN STATE ORTHOPEDICS CLINIC

The Academician G.A. Ilizarov Russian Research Center «Restorative Traumatology  
and Orthopedics», Kurgan, 640014, Russian Federation

*The history of medical tourism counts several millennia. however, medical tourism became a widespread occurrence only to the end of XX century, in the age of globalization that favored drastic increasing of low budget mass tourism at the expense of development of Internet and accessibility of air flights.*

**The purpose of study.** *To share experience of organization of planned medical care to foreign patients in conditions of state orthopedics clinic.*

*During 1983—2016 in the Academician G.A. Ilizarov Russian Research Center «Restorative Traumatology and Orthopedics» 1304 foreign patients coming from 82 countries were treated. In the Ilizarov Center, to resolve all paramedical issues related to stay of foreign patients, an international department is functioning since July 14 1988, organized on the basis of a group accomplishing organization of scientific technical cooperation. The major tasks of the international department are organization and promotion of development of international relationships of the Center. The international department is a unique section having no analogues in other federal health care*

*institutions. The experience of the Ilizarov Center in rendering orthopedic care to foreign citizen is a leading one for Russia. The main factor determining attractiveness of the Center to foreigners is a uniqueness of technology of Ilizarov transosseous osteosynthesis in combination with enormous experience in treatment of orthopedic pathology.*

*Conclusions. The medical tourism becomes one of major sections of modern global economics. The amelioration of quality and accessibility of high-tech medical care under dedicated state policy, legislation, community and mass media support can at least to shorten withdrawal of funds from our country and support one's own centers of competence.*

**Key words:** *medical tourism; transosseous osteosynthesis; Ilizarov technique; organization of medical care to foreign patients; international department.*

**For citation:** Gubin A.V., Kamysheva V.V. The thirty years experience of surgical care to foreign patients in state orthopedics clinic. *Zdravookhranenie Rossiiskoi Federatsii (Health Care of the Russian Federation, Russian journal)*. 2018; 62 (1): 51—56. (In Russ.).  
DOI: <http://dx.doi.org/10.18821/0044-197X-2018-62-1-51-56>

**For correspondence:** Valentina V. Kamysheva, the head of international department of the Academician G.A. Ilizarov Russian Research Center «Restorative Traumatology and Orthopedics», Kurgan, 640014, Russian Federation. E-mail: [valentina.ilizarovcenter@gmail.com](mailto:valentina.ilizarovcenter@gmail.com)

**Information about authors:**

Gubin A.V., <https://orcid.org/0000-0003-3234-8936>

**Acknowledgment.** The study had no sponsorship.

**Conflict of interest.** The authors declare no conflict of interest.

Received 02 October 2017

Accepted 18 October 2017

История медицинского туризма насчитывает несколько тысячелетий. Эпидаврия — небольшая область в Греции, которая являлась храмом бога-целителя Асклепия, — стала первым упоминанием цели для страждущих в поиске лечения [1]. Во многих местах Европы в XVIII веке появились города-курорты с источниками минеральных вод и благоприятным климатом. Их, прежде всего, посещали состоятельные пациенты с заболеваниями лёгких (в первую очередь туберкулёзом), болезня-

ми кожи, почек и желудочно-кишечного тракта. С развитием научного подхода в медицине в XIX веке целью путешественников стали знаменитые терапевты, хирурги, психиатры. Тем не менее медицинский туризм превратился в широко распространённое явление только к концу XX века, в эпоху глобализации — вместе с резким ростом низкобюджетного массового туризма за счёт развития интернета и доступности авиаперелётов [2].

По данным ассоциации российских туроператоров, рынку медицинского туризма в ближайшее десятилетие прогнозируют не менее 25% ежегодного роста. В 2016 г. рынок медицинского туризма оценивался в 439 млрд долларов США. Согласно Индексу медицинского туризма (МТИ), составленному Visa и Oxford Economics, этот сектор к 2025 г. достигнет оборота в 3 трлн долларов США. Исходя из рейтинга МТИ, в настоящее время пятёрка лучших направлений медицинского туризма включает Канаду, Великобританию, Израиль, Сингапур и Индию. Также в Топ-10 входят Германия, Франция, Южная Корея, Италия и Колумбия. В общей сложности в рейтинге 41 государство. Россия в этом списке на 34-м месте — среди таких стран, как Турция (32-е место), Иордания (33-е), Оман (35-е), Тунис (36-е), Кувейт (37-е); замыкает рейтинг Иран. Лидером рынка выездного медицинского туризма в настоящее время являются США, затем следуют страны Азии: Таиланд, Сингапур, Южная Корея и Китай. По оценке экспертов, КНР к 2025 г. по расходам на медицинский туризм даже обгонит американцев [3].

В современной России выезд на лечение за рубеж приобрёл массовый характер из-за недоверия к отечественной медицине и агрессивной рекламной политики медицинских туроператоров. Причём по-



Рис. 1. Фото профессора Г.А. Илизарова с Карло Маури (слева) и Юрием Сенкевичем (справа).

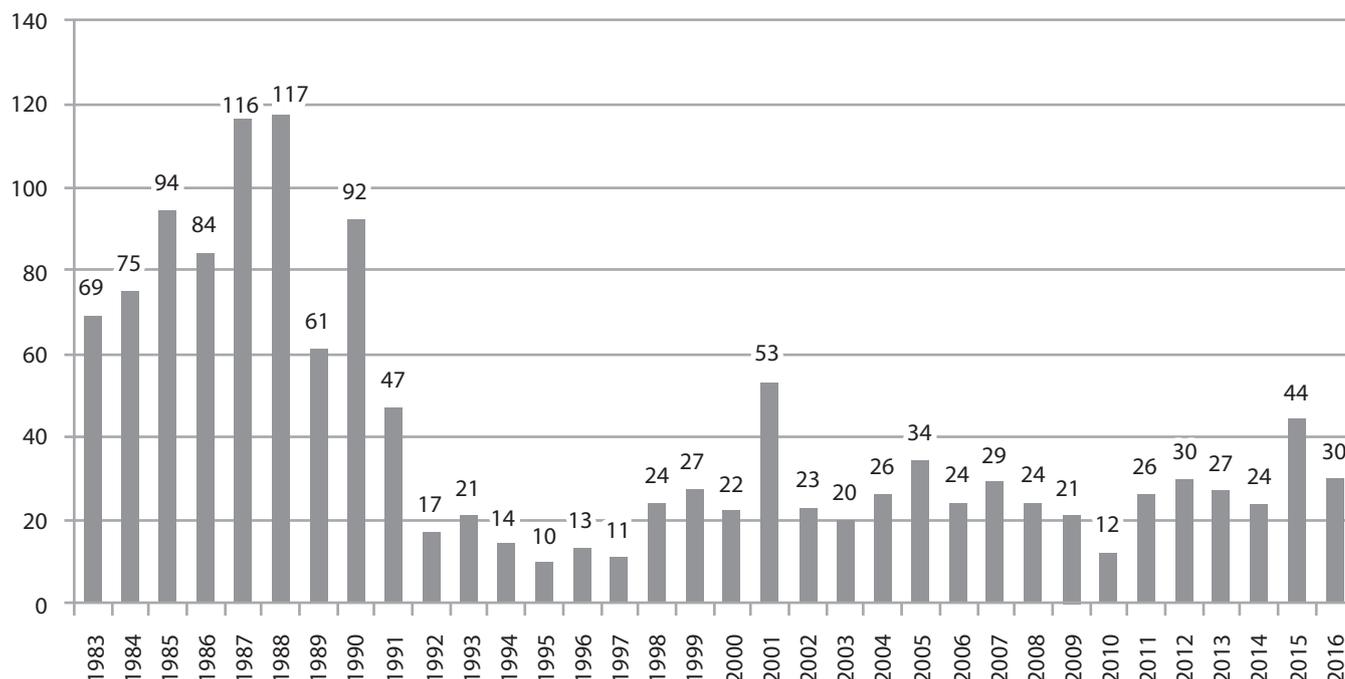


Рис. 2. Диаграмма количества иностранных пациентов, находившихся на лечении в РНЦ «ВТО» им. акад. Г.А. Илизарова в 1983—2016 гг.

мимо личных средств пациентов обычной практикой является сбор денег через профессиональные благотворительные организации, использующие средства массовой информации (СМИ) и Интернет.

Последние 10 лет ознаменовались широким внедрением высокотехнологичных методов лечения в России за счёт государственных программ. Специалисты Российского научного центра «Восстановительная травматология и ортопедия» имени академика Г.А. Илизарова (РНЦ «ВТО» им. акад. Г.А. Илизарова) освоили огромное количество используемых в лучших клиниках мира технологий. Тем не менее среди уникальных методов лечения есть и один отечественный — широко применяемый в мире и коренным образом изменивший ортопедию XX века.

Распространению метода Илизарова в западных странах способствовал известный учёный и путешественник — итальянец Карло Маури. В Альпах во время кругосветного путешествия, которое он совершал вместе с Юрием Сенкевичем, К. Маури сломал ногу. Помочь ему не смогла ни одна ведущая клиника мира, из-за остеомиелита не удалось добиться сращения костей, и тогда Ю. Сенкевич посоветовал другу поехать в Курган. За несколько месяцев К. Маури фактически обрёл новую конечность и, вернувшись в Италию, стал пропагандировать метод Илизарова [4] (рис. 1). Антонио Бьянки-Майокки и Маурицио Катани были первыми итальянскими врачами, которые приехали в Курган, обучились методу и потом уже сами распространили его по всей Европе.

Развитие метода Илизарова сейчас продолжается в ведущих ортопедических клиниках мира.

Мощные школы созданы в Италии, США, Индии, Египте и, конечно, в самом Кургане. Сегодня метод Илизарова как метод выбора спасает врача при решении самых сложных ортопедических задач у многократно оперированных пациентов с врождённой и приобретённой патологией, а также при гнойной инфекции. Благодаря эксклюзивным операциям, которые выполняются в РНЦ «ВТО» им. акад. Г.А. Илизарова, поток пациентов из дальнего и ближнего зарубежья не прекращается по сей день [5].

Цель исследования — поделиться длительным опытом организации плановой медицинской помощи иностранным пациентам в условиях государственной ортопедической клиники.

### Материал и методы

С 1983 по 2016 г. в РНЦ «ВТО» им. акад. Г.А. Илизарова пролечены 1304 иностранных пациента из 82 стран мира (рис. 2).

Географическое распределение наших пациентов отображено на рис. 3. В 80-е годы XX века было больше больных из бывших социалистических стран, таких как Польша, Чехословакия, Болгария, Монголия. Со временем география стала заметно расширяться, и добавились страны Европы (Италия, Германия, Греция), а также Северной и Южной Америки и Азии (рис. 3).

На протяжении всего периода существования Центра значительную часть пациентов составляли жители стран СНГ (рис. 4).

Для решения всех парамедицинских вопросов пребывания иностранных пациентов с 14 июля 1988 г. в Центре Илизарова функционирует меж-

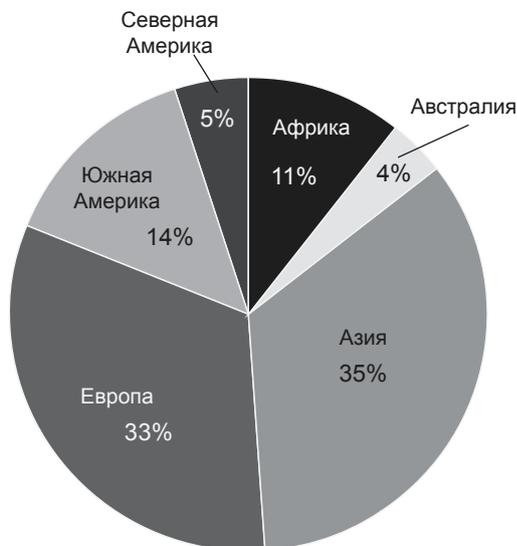


Рис. 3. Распределение иностранных пациентов по месту жительства.

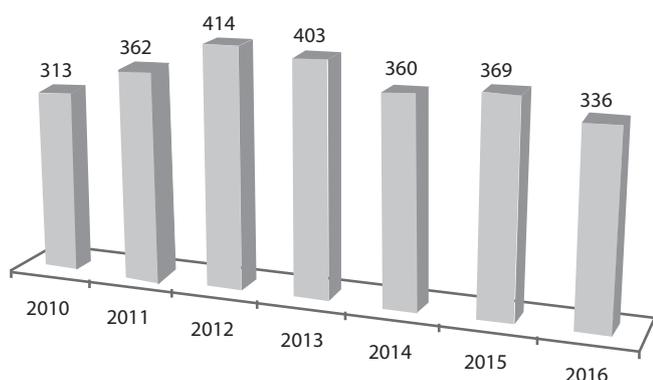


Рис. 4. Диаграмма распределения пациентов стран СНГ.

дународный отдел (МО). Он был создан на базе группы, осуществлявшей работу по организации международного научно-технического сотрудничества. Главными задачами МО являются организация и содействие в развитии международных связей Центра:

1. Обеспечение международного участия и перевод во время международных курсов и конференций на базе Центра и за рубежом.
2. Ведение деловой переписки с партнёрами Центра за рубежом.
3. Решение протокольных вопросов по приёму и пребыванию иностранных граждан в Центре.
4. Оказание методической и организационной помощи при приёме на лечение иностранных граждан.
5. Подготовка необходимых документов иностранных граждан при оформлении приглашений на въезд в Российскую Федерацию для Федеральной миграционной службы (ФМС).
6. Подготовка предложений по планированию международных связей Центра.

7. Продвижение на зарубежные рынки услуг, оказываемых Центром, с целью привлечения новых потребителей.

### Результаты

Опыт Центра Илизарова в оказании ортопедической помощи иностранным гражданам является передовым для России. Основным фактором, определяющим привлекательность Центра для иностранцев, — это уникальность технологии чрескостного остеосинтеза по Илизарову в сочетании с огромным опытом лечения ортопедической патологии. В связи с этим в 2015 г. наша клиника вошла в список медицинских учреждений, в которые Министерство здравоохранения Сербии направляет пациентов с редкими заболеваниями с государственной оплатой лечения. Тем не менее мы предприняли важные организационные действия для развития направления медицинского туризма, результатами чего стали:

1. Мультиязыковой сайт, где можно напрямую написать обращение в Центр.
  2. Прейскурант цен на услуги для иностранных граждан.
  3. Ведение дистрибьюторской деятельности.
  4. Сопровождение пациентов сотрудниками международного отдела, оказывающими услуги по обеспечению устного и письменного перевода для пациента, по организации госпитализации и созданию комфортных условий во время пребывания пациента в Центре (Интернет, сотовая связь, заказ и доставка блюд из ресторанов города, регистрация в местных органах Управления ФМС и продление виз при необходимости).
  5. Активная научная и образовательная деятельность с публикациями в высокорейтинговых зарубежных научных журналах, участие в работе международных ассоциаций, таких как Ассоциация по изучению и применению метода Илизарова (A.S.A.M.I., Россия), Ассоциация ортопедов франкоязычных стран (AOLF), Международная ассоциация спинальных хирургов (AOSpine), занимающаяся вопросами обучения врачей и лечения пациентов с заболеваниями позвоночника.
  6. Сертификат соответствия системы менеджмента качества ISO 9001:2008.
  7. Программы дружественной среды для пациента, многоязычный интерфейс указателей в Центре, специально оборудованные детские площадки и скверы для прогулок на территории Центра.
- Несмотря на это Международный отдел Центра сталкивается с рядом вопросов организационного характера:
1. В Кургане, расположенном в Зауралье, нет международного аэропорта. Пациентам удобнее планировать поездку на лечение в Курган через Москву. МО оказывает услуги по сопро-

Нам пишут

- вождению пациента от аэропорта до места назначения.
- Сложность в оформлении виз. Чтобы въехать в Россию на лечение, пациенту нужна специальная виза, и российские консульства запрашивают официальное приглашение от больницы для её выдачи. Срок готовности такого приглашения в органах Управления ФМС составляет 21 день. После обращения пациента в консульство за визой ожидание может занять от 3 до 14 дней. Пациенту необходимо планировать поездку заранее, как минимум за 1—2 мес.
  - Недостаточная развитость инфраструктуры Кургана, низкое качество сопутствующих услуг. За пределами Центра Илизарова пациентам и сопровождающим их лицам очень сложно самостоятельно организовать свое пребывание, если они не владеют русским языком. В гостиницах города, аэропорте, магазинах, службах такси не говорят на английском языке.

### Обсуждение

В XXI веке медицинский туризм стал высокотехнологичной отраслью экономики с огромным финансовым и интеллектуальным потенциалом — драйвером развития новых технологий в биоинженерии, электронике и материаловедении [6]. Границы доступа к качественному медицинскому обслуживанию начали распадаться, утверждают авторы исследования [7], по оценке которых в ближайшие 10 лет не менее 3—4% мирового населения будет путешествовать на международном уровне именно для получения медицинских процедур.

Одна из главных причин роста медицинского туризма — старение населения. По данным исследования [8], к 2025 г. 13% всех международных поездок будут совершены весьма пожилыми путешественниками. Среди других факторов, способствующих развитию отрасли, отмечают улучшение транспортной инфраструктуры, в частности открытие новых аэропортов по всему миру, а также повышение уровня глобального достатка [9].

Важными предпосылками для успеха отрасли медицинского туризма являются:

- Высокотехнологичная медицинская помощь, доступная в ограниченном количестве клиник.
- Очень высокая стоимость и (или) длинные очереди на лечение на родине.
- Активная государственная поддержка клиник, привлекающих иностранных пациентов.
- Высокопрофессиональная реклама дистрибьюторов медицинских услуг с появлением их офисов в странах — донорах пациентов.
- Массовая миграция высококвалифицированного медицинского персонала в страны с более высокой зарплатой и лучшими условиями для труда и профессионального роста.

При анализе опыта медицинского туризма в других странах интересны стратегии, которые

они применяют для привлечения медицинских туристов. Такие страны, как Мальдивы, Индия, Барбадос, Малайзия, Ямайка, используют свою известность в туристическом плане и развитую туристическую индустрию, чтобы привлекать пациентов из европейских стран (в основном из северной Европы) сравнительно доступными медицинскими услугами, совмещая их с организацией элитного отдыха [10].

Центр Илизарова обладает уникальной технологией — методом чрескостного остеосинтеза. Разработанный Г.А. Илизаровым, а впоследствии постоянно совершенствующийся, аппарат для чрескостного остеосинтеза выгодно отличается от ранее предлагавшихся тем, что он впервые позволил комплексно решить проблему оптимизации условий при лечении переломов и ортопедических заболеваний. Важной особенностью аппарата следует считать прежде всего универсальность и многоплановость его использования. Из небольшого числа деталей можно комплектовать практически неограниченное число различных его вариантов — применительно к поставленным лечебным задачам, особенностям заболевания или повреждения и его локализации.

Имеется возможность производить закрытую коррекцию положения отломков во всех направлениях на любом этапе лечения и обеспечивать прочную фиксацию, которая позволяет больным с первых его дней ходить с частичной или полной нагрузкой на больную конечность. Клиническое применение и экспериментальное обоснование заложили крепкий фундамент для рождения новых — наиболее эффективных и перспективных — способов лечения. Таким образом, была создана надёжная и взаимообуславливающая система единства науки и практики, чему предшествовал титанический труд как самого автора, так и коллектива учёных, врачей, инженеров и многих других специалистов [11].

Использование метода Илизарова для лечения сложной травматолого-ортопедической патологии — основа медицинского туризма в Кургане.

Чтобы сделать пребывание иностранцев за пределами больницы безопасным и комфортным, появилась идея создания медицинского кластера. В него вошли близлежащие больницы, а также предприятия гостиничного и ресторанного бизнеса. Центр Илизарова предлагает пациентам пользоваться услугами размещения и питания у наших партнёров, а партнёры гарантируют безопасность и соблюдение всех правил пребывания иностранца на территории РФ [12]. В структуре учреждения должен быть отдел, занимающийся всеми аспектами этого направления.

### Выводы

- Медицинский туризм становится одной из важнейших отраслей современной глобальной эко-

номики, драйвером развития интеллектуально-го, инфраструктурного и биотехнологического потенциала стран — реципиентов пациентов [6, 13].

2. В стратегическом успехе развития медицинского туризма роль государства является определяющей. Поддержка государства важна в политическом, юридическом и экономическом планах.
3. Клинике, привлекающей иностранных пациентов, необходимо (помимо уникальных компетенций) иметь чёткую стратегию рекламы, Интернет-поддержки, дистрибьюторской деятельности, ценообразования, а также специально обученный персонал и международный сертификат качества.
4. Наличие врачей с мировыми именами и высокой научной активностью, обучающая деятельность важны с точки зрения репутации и известности клиники за рубежом и делают её рекомендуемой для лечения ряда заболеваний даже при наличии организационных сложностей.
5. Улучшение качества и доступности высокотехнологической медицинской помощи при целенаправленной политике государства, содействии законодательства, общественности и СМИ может если не превратить Россию из донора в реципиент пациентов, то по крайней мере резко сократить отток средств из страны и поддерживать собственные центры компетенции.

**Финансирование.** Исследование не имело спонсорской поддержки.

**Конфликт интересов.** Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

#### ЛИТЕРАТУРА

(п.п. 1, 2, 6—10, 13 см. REFERENCES)

3. Вести АТОР. Россия заняла 34 место в рейтинге стран медицинского туризма. Available at: <http://www.atorus.ru/news/press-centre/new/36350.html>
4. Нувахов Б.Ш. *Микеланджело ортопедии*. М.: Евразия+, 2004.

5. Нувахов Б.Ш. *Направляя силу природы*. М.: Наука; 2016.
11. Стасевич К. Эффект Илизарова. *Наука и жизнь*. 2016; (5). Available at: <https://www.nkj.ru/archive/articles/28712/>
12. Центр кластерного развития Курганской области. Available at: <http://innovation45.ru/cluster/102>

#### REFERENCES

1. Sarantopoulos I., Vicky K., Geitona M. Medical tourism and the role of e-medical tourism intermediaries in Greece. *Tourismos*. 2014; 9(2): 129-45.
2. Horowitz M.D., Rosensweig J.A., Jones C.A. Medical Tourism: Globalization of the Healthcare Marketplace. *Med. Gen. Med*. 2007; 9(4): 33-9.
3. Vesti АТОР. Russia ranked 34th in the ranking of countries of medical tourism. Available at: <http://www.atorus.ru/news/press-centre/new/36350.html> (in Russian)
4. Nuvakhov B.Sh. *Mikelandzhele of Orthopaedics [Mikelandzhelo ortopedii]*. Moscow: Evrasia +; 2004. (in Russian)
5. Nuvakhov B.Sh. *Directing the Force of Nature [Napravlyaya silu prirody]*. Moscow: Nauka; 2016. (in Russian)
6. Johnston R., Ormond M., Crooks V. Policy Implications of Medical Tourism Development in Destination Countries: Revisiting and Revising an Existing Framework by Examining the Case of Jamaica. *Globalization and health*. 2015; 11: 29.
7. Crooks V., Snyder J. Faith, Hope, and Trust in Medical Tourism. Available at: <https://www.researchgate.net/publication/282254713>
8. Gola S. Have benefits of medical tourism 'trickled down' to India's poor? *International Trade & Health Equity: Medical Tourism*. 2015; 1: 1-20.
9. Crooks V., Neville I., Snyder J., Shafik D., Shelly B., Karen J., et al. You don't want to lose that trust that you've built with this patient': (Dis)trust, medical tourism, and the Canadian family physician-patient relationship. *BMC family practice*. 2015; 16(1): 25.
10. Johnston R., Adams K., Bishop L., Crooks V.A., Snyder J. Best care on home ground versus elitist healthcare: Concerns and competing expectations for medical tourism development in Barbados. *International journal for equity in health*. 2015; 14(1): 15.
11. Stasevich K. Ilizarov effect. *Nauka i zhizn'*. 2016; (5). Available at: <https://www.nkj.ru/archive/articles/28712/> (in Russian)
12. Center of cluster development in Kurgan region. Available at: <http://innovation45.ru/cluster/102> (in Russian)
13. Ormond M. Knowledge transfer in the "medical tourism" industry: The role of transnational migrant patients and health workers. In: Thomas F., ed. *Handbook of Migration and Health*. Cheltenham: Edward Elgar; 2016.

Поступила 02.10.17  
Принята в печать 18.10.17