

ФЕДЕРАЛЬНАЯ СЛУЖБА ПО НАДЗОРУ В СФЕРЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ



# ВЕСТНИК № 1 РОСЗДРАВНАДЗОРА (2021)

РЕЦЕНЗИРУЕМЫЙ НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКИЙ ЖУРНАЛ ДЛЯ СПЕЦИАЛИСТОВ В СФЕРЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ И ФАРМДЕЯТЕЛЬНОСТИ



## ТЕМА НОМЕРА

НАЦИОНАЛЬНЫЙ  
ПРОЕКТ  
«ЗДРАВООХРАНЕНИЕ»:  
ПРОМЕЖУТОЧНЫЕ  
ИТОГИ  
РЕАЛИЗАЦИИ

ОРГАНИЗАЦИЯ  
МЕДИЦИНСКОЙ  
ДЕЯТЕЛЬНОСТИ  
В ПЕРИОД ПАНДЕМИИ  
COVID-19

## QR-гид: наиболее актуальное в мгновенном доступе

### Уважаемые коллеги!

В данном разделе нашего журнала мы представляем полезную информацию в соответствии с главной темой номера. Для просмотра материала используйте приложение считывания QR-кодов на смартфоне, который можно установить через App Store или Play market.

### Нормативные правовые акты, регламентирующие деятельность по реализации национального проекта «Здравоохранение»



Указ Президента РФ от 21.07.2020 № 474 «О национальных целях развития Российской Федерации на период до 2030 года»



Постановление Правительства РФ от 31.10.2018 № 1288 (ред. от 10.07.2020) «Об организации проектной деятельности в Правительстве Российской Федерации»



Указ Президента РФ от 07.05.2018 № 204 «О национальных целях и стратегических задачах развития Российской Федерации на период до 2024 года»



Распоряжение Правительства Российской Федерации от 13.10.2018 г. № 2211-р «О внесении изменений в перечень государственных программ Российской Федерации»



Постановление Правительства РФ от 26.12.2017 № 1640 (ред. от 23.12.2020) «Об утверждении государственной программы Российской Федерации «Развитие здравоохранения»»



Приказ Минздрава России от 21.11.2017 № 926н «Об утверждении Концепции развития непрерывного медицинского и фармацевтического образования в Российской Федерации на период до 2021 года»



Паспорт национального проекта «Здравоохранение» (утв. президиумом Совета при Президенте Российской Федерации по стратегическому развитию и национальным проектам, протокол от 24 декабря 2018 г. № 16)



Приказ Минздрава России от 13.03.2019 № 124н «Об утверждении порядка проведения профилактического медицинского осмотра и диспансеризации определенных групп взрослого населения»



Приказ Минздрава России от 31.01.2019 № 38 «О Координационном центре по реализации федерального проекта «Борьба с онкологическими заболеваниями»»



Распоряжение Правительства РФ от 27.06.2019. № 1391-р «О проведении в 2019 и 2020 гг. Всероссийской диспансеризации взрослого населения РФ»



Приказ Минздрава России от 30.11.2017 № 965н «Об утверждении порядка организации и оказания медицинской помощи с применением телемедицинских технологий»

## Уважаемые коллеги!



Указом Президента Российской Федерации В.В. Путина от 21 июля 2020 года были определены национальные цели развития нашей страны на период до 2030 года. Приоритетная национальная цель для системы здравоохранения – сохранение населения, здоровье и благополучие людей. Главой государства в рамках национальной цели сформулированы основные показатели, характеризующие ее достижение: обеспечение устойчивого роста численности населения Российской Федерации, повышение ожидаемой продолжительности жизни до 78 лет. Национальный проект «Здравоохранение», разработанный с целью совершенствования системы здравоохранения Российской Федерации, повышения качества и доступности медицинской помощи, снижения смертности, – призван обеспечить достижение этих показателей.

Анализ промежуточных итогов национального проекта показывает, что основные запланированные показатели за период 2019–2020 годов были достигнуты, несмотря на сложную эпидемиологическую ситуацию в стране. В рамках реализации мероприятий по повышению доступности для населения первичной медико-санитарной помощи в 71 субъекте Российской Федерации введено в эксплуатацию 1396 фельдшерских, фельдшерско-акушерских пунктов и врачебных амбулаторий. Приобретено и поставлено в медицинские организации 985 передвижных медицинских комплексов. Продолжается реализация региональных программ по борьбе с сердечно-сосудистыми заболеваниями, мероприятия выполнены в целом по стране на 80,5%: 360 медицинских организаций (137 региональных сосудистых центров и 223 первичных сосудистых отделений) приняли участие в переоснащении медицинским оборудованием. Ключевым направлением в повышении выявляемости и диагностики онкологических заболеваний является организация центров амбулаторной онкологической помощи: в 2020 году в 72 субъектах Российской Федерации организована работа 280 центров (при плановом значении – 210). Также необходимо отметить достижение целевых показателей мероприятий по развитию материально-технической базы детских поликлиник: по итогам 2020 года 2715 детских поликлиник и поликлинических отделений медицинских организаций в субъектах Российской Федерации дооснащены медицинским оборудованием и реализовали организационно-планировочные решения (фактическое значение составило 98,3% при плановом значении – 95%).

Росздравнадзором будет продолжен постоянный мониторинг и контроль за своевременностью и полной реализацией мероприятий в рамках национального проекта «Здравоохранение» для обеспечения запланированных целевых показателей и сведения к минимуму рисков при достижении национальных целей развития Российской Федерации, определенных июльским указом.

С уважением, **А.В. Самойлова**,  
главный редактор журнала,  
руководитель Федеральной службы  
по надзору в сфере здравоохранения

**ТЕМА НОМЕРА:**  
**НАЦИОНАЛЬНЫЙ ПРОЕКТ**  
**«ЗДРАВООХРАНЕНИЕ»:**  
**ПРОМЕЖУТОЧНЫЕ ИТОГИ**  
**РЕАЛИЗАЦИИ**

**Михаил МУРАШКО:**

«По итогам реализации национального проекта “Здравоохранение” за 2020 год удалось достичь важнейших социально значимых результатов» . . . . . 6

**САМОЙЛОВА А.В.**

Контроль за реализацией национального проекта «Здравоохранение» . . . . . 13

**БОЕНКО Е.А., РОГИНКО Н.И.,**  
**ДЗЕРАНОВА Н.Г., АБРАМОВ А.Ю.,**  
**ШАРАПОВА О.В.**

Всероссийская диспансеризация взрослого населения в рамках национального проекта «Здравоохранение» . . . . . 21

**ФИСЕНКО В.С., ПЛУТНИЦКИЙ А.Н.,**  
**ДЬЯЧЕНКО М.Ю., МАНГИЛЕВА А.А.**

Национальный проект «Здравоохранение» как основной ресурс повышения качества медицинской помощи . . . . . 30

**КАРАКУЛИНА Е.В., ВВЕДЕНСКИЙ Г.Г.,**  
**ЩЕГОЛЕВ П.Е., ХОДЫРЕВА И.Н.,**  
**АЛБОРОВА С.К.**

Федеральный проект «Развитие системы оказания первичной медико-санитарной помощи» – инструмент повышения доступности медицинской помощи гражданам Российской Федерации . . . . . 38

**СТИЛИДИ И.С., ГЕВОРКЯН Т.Г.,**  
**ШПАК А.Г.**

Совершенствование показателей федерального проекта «Борьба с онкологическими заболеваниями». . . . 46

**СЕМЁНОВА Т.В., АНТОНОВ А.Е.,**  
**ШЛЕМСКАЯ В.В., ТИМОШИНА Е.Н.,**  
**ПАХОМОВА Ю.В.**

Методики расчета аналитических показателей для мониторинга достижения значений показателей и результатов федерального проекта «Обеспечение медицинских организаций системы здравоохранения квалифицированными кадрами» и соответствующих региональных проектов . . . . . 54

**СЕМЁНОВА Т.В., ПРИРОДОВА О.Ф.**

Промежуточные итоги реализации федерального проекта «Обеспечение медицинских организаций системы здравоохранения квалифицированными кадрами» в части непрерывного образования медицинских работников . . . 61

**СЕМЁНОВА Т.В., КОРОБКО И.В.,**  
**АНИСКЕВИЧ А.С.**

Реализация федерального проекта «Развитие сети национальных медицинских исследовательских центров и внедрение инновационных медицинских технологий» . . . . . 71

**ГРИН С.И., КРЮКОВА К.К., ГАТАУЛИН Р.Г.,**  
**РАДЕЦКАЯ А.В., ГАЙДЕРОВ А.А.,**  
**МУРАВЬЕВ С.М.**

Сравнительный анализ целевых показателей федерального проекта «Развитие экспорта медицинских услуг» и их корректировка в период пандемии COVID-19 . . . . . 81

**ТКАЧЕВА О.Н., РОЗАНОВ А.В.,**  
**КОТОВСКАЯ Ю.В.**

Федеральный проект «Старшее поколение» – первые итоги работы . . . . 88

**ОРГАНИЗАЦИЯ МЕДИЦИНСКОЙ**  
**ДЕЯТЕЛЬНОСТИ В ПЕРИОД**  
**ПАНДЕМИИ COVID-19**

**ВЕЧОРКО В.И., КИЦУЛ И.С.**

Средняя длительность лечения пациентов с новой коронавирусной инфекцией COVID-19 в условиях стационара. . . . . 93

**THE TOPIC OF THE ISSUE**  
**NATIONAL PROJECT**  
**«HEALTH CARE»:**  
**INTERMEDIATE RESULTS**  
**OF IMPLEMENTATION**

**Mikhail MURASHKO**

«As a result of the implementation of the national project “Health” for 2020, the most important socially significant results were achieved» . . . . . **6**

**SAMOYLOVA A.V.**

Monitoring of the implementation of the national project “Health care” . . . . **13**

**BOENKO E.A., ROGINKO N.I.,  
 DZERANOVA N.G., ABRAMOV A.Yu.,  
 SHARAPOVA O.V.**

All-Russian prophylactic medical examination of the adult population within the framework of the national project “Health care” . . . . . **21**

**FISENKO V.S., PLUTNITSKY A.N.,  
 DYACHENKO M.Yu., MANGILEVA A.A.**

National project “Health care” as a primary resource for improving the quality of medical care . . . . . **30**

**KARAKULINA E.V., VVEDENSKIY G.G.,  
 SCHEGOLEV P.E., KHODYREVA I.N.,  
 ALBOROVA S.K.**

Federal project “The development of primary healthcare” – tool for increasing the availability of medical care to citizens of the Russian Federation . . . . . **38**

**STYLIDI I.S., GEVORKYAN T.G.,  
 SHPAK A.G.**

Improvement of indicators of federal project “Fight against oncological diseases” . . . . . **46**

**SEMENOVA T.V., ANTONOV A.E.,  
 SHLEMSKAYA V.V., TIMOSHINA E.N.,  
 PAKHOMOVA YU.V.**

Methodology for the Calculation of Analytical Indicators for Monitoring the Achievement of Values of Indicators and Results of the Federal Project “Staffing Support of the Medical Organizations of the Healthcare System” and Corresponding Regional Projects. . . . . **54**

**SEMENOVA T.V., PRIRODOVA O.F.**

Interim results of the implementation of the federal project “Providing medical organizations of the healthcare system with qualified personnel” in terms of continuing education of medical workers . . . . . **61**

**SEMENOVA T.V., KOROBKO I.V.,  
 ANISKEVICH A.S.**

Federal project “Development of national medical research center network and implementation of innovative medical technologies” . . . . . **71**

**GRIN S.I., KRIUKOVA K.K., GATAULIN R.G.,  
 RADETSKAYA A.V., GAIDEROV A.A.,  
 MURAVIEV S.M.**

Comparative analysis of target indicators of the federal project “Development of medical services export” and their adjustment during the COVID-19 pandemic . . . . . **81**

**TKACHEVA O.N., ROZANOV A.V.,  
 KOTOVSKAYA YU.V.**

Federal project «Senior Generation» – the first results of the work . . . . . **88**

**ORGANIZATION OF MEDICAL ACTIVITIES  
 DURING THE COVID-19 PANDEMIC**

**VECHORKO V. I., KITSUL I. S.**

Average duration of treatment of patients with new coronavirus infection COVID-19 in a hospital setting . . . . . **93**



**Учредитель**  
**ФГБУ**  
**«ИМЦЭУАОСМП»**  
**Росздравнадзора**

Генеральный  
директор

**БЕЛАНОВ**  
**Константин Юрьевич**

**РЕДАКЦИЯ ЖУРНАЛА**

Заведующая  
редакцией:

**ТРУБНИКОВА**  
**Анастасия Александровна**  
+7-903-792-76-81;  
+7-967-161-34-35;  
anastasia-vestnikrzn@mail.ru  
vestnikrzn@mail.ru

Ответственный  
редактор:

**РЫБАКОВА**  
**Тамара Алексеевна**  
+7-903-792-76-81  
vestnikrzn@mail.ru

Сайт <http://vestnikrzn.ru>

**Главный редактор**

**САМОЙЛОВА Алла Владимировна,**  
д-р мед. наук, [prim@roszdravnadzor.ru](mailto:prim@roszdravnadzor.ru)

**Редакционный совет**

**Представители Минздрава России**

<b>МУРАШКО</b> <b>Михаил Альбертович</b>	д-р мед. наук, министр здравоохранения Российской Федерации
<b>ФИСЕНКО</b> <b>Виктор Сергеевич</b>	канд. фарм. наук, первый заместитель министра здравоохранения Российской Федерации
<b>ГРИДНЕВ</b> <b>Олег Владимирович</b>	д-р мед. наук, заместитель министра здравоохранения Российской Федерации
<b>КАМКИН</b> <b>Евгений Геннадьевич</b>	канд. мед. наук, заместитель министра здравоохранения Российской Федерации
<b>ГЛАГОЛЕВ</b> <b>Сергей Владимирович</b>	заместитель министра здравоохранения Российской Федерации
<b>САЛАГАЙ</b> <b>Олег Олегович</b>	канд. мед. наук, заместитель министра здравоохранения Российской Федерации
<b>СЕМЁНОВА</b> <b>Татьяна Владимировна</b>	канд. мед. наук, заместитель министра здравоохранения Российской Федерации
<b>ПУГАЧЁВ</b> <b>Павел Сергеевич</b>	заместитель министра здравоохранения Российской Федерации
<b>АСТАПЕНКО</b> <b>Елена Михайловна</b>	канд. техн. наук, директор Департамента лекарственного обеспечения и регулирования обращения медицинских изделий Минздрава России
<b>ПЛУТНИЦКИЙ</b> <b>Андрей Николаевич</b>	д-р мед. наук, руководитель Департамента проектной деятельности Минздрава России

**Представители Росздравнадзора**

<b>ПАВЛЮКОВ</b> <b>Дмитрий Юрьевич</b>	заместитель руководителя Росздравнадзора
<b>ПАРХОМЕНКО</b> <b>Дмитрий Всеволодович</b>	д-р фарм. наук, заместитель руководителя Росздравнадзора
<b>СЕРЁГИНА</b> <b>Ирина Фёдоровна</b>	д-р мед. наук, проф., заместитель руководителя Росздравнадзора

**Представители ФГБУ, подведомственных Росздравнадзору**

<b>ИВАНОВ</b> <b>Игорь Владимирович</b>	канд. мед. наук, генеральный директор ФГБУ «Национальный институт качества» Росздравнадзора
<b>ТИТОВА</b> <b>Анна Васильевна</b>	д-р фарм. наук, проф. РНИМУ им. Н.И. Пирогова, начальник отдела организации контроля качества лекарственных средств ФГБУ «ИМЦЭУАОСМП» Росздравнадзора
<b>ШАРИКАДЗЕ</b> <b>Денис Тамазович</b>	генеральный директор ФГБУ «ВНИИИМТ» Росздравнадзора

Адрес учредителя: 109074, Российская Федерация, г. Москва, Славянская площадь, д. 4, стр. 1. [www.fgu.ru](http://www.fgu.ru)  
Издание зарегистрировано в Федеральной службе по надзору в сфере связи, информационных технологий и массовых коммуникаций (Роскомнадзор). Регистрационное свидетельство ПИ №ФС77-53457 от 29 марта 2013 г.  
ISSN: 2070-7940

Издатель: Индивидуальный предприниматель **Пшенов И.А.** Дизайн обложки: **Трубникова А.А.**  
Подписано к печати 01.04.2021 Формат 60 x 84/8. Усл. печ. л. 11,16. Печать офсетная. Тираж 2000 экз. Заказ № 534  
Отпечатано в ООО «Красногорская типография».  
Адрес типографии: 143405, Московская область, г. Красногорск, Коммунальный квартал, д. 2.  
Цена свободная. Распространяется по подписке.

Мнение редакции может не совпадать с мнением авторов.

Воспроизведение, копирование и передача в любом формате опубликованных в журнале статей или их фрагментов (частей) без письменного разрешения редакции не допускается.

## Редакционная коллегия

### Иностранные члены

<b>ВУЙНОВИЧ Мелита</b> (Республика Сербия)	представитель ВОЗ, руководитель Странового офиса
<b>КАУПБАЕВА Ботагоз Тулеугалиевна</b> (Республика Казахстан)	МВА, председатель Общественного объединения экспертов и консультантов по внешней комплексной оценке в сфере здравоохранения
<b>РАКИЧ Северин</b> (Республика Сербская, Босния и Герцеговина)	д-р мед. наук, проф., Министерство здравоохранения и социального обеспечения, координатор Центра развития системы здравоохранения и международного сотрудничества
<b>САТЫБАЛДИЕВА Жаннат Абеновна</b> (Республика Казахстан)	д-р мед. наук, проф., руководитель Департамента фармаконадзора и мониторинга безопасности, эффективности и качества медицинских изделий, член Национальной консультативной комиссии по иммунизации населения Минздрава Республики Казахстан, эксперт I категории РГП на ПХВ «Национальный центр экспертизы лекарственных средств и медицинских изделий»
<b>ТУЛЕГЕНОВА Ардак Уринбасаровна</b> (Республика Казахстан)	д-р фарм. наук, проф., почетный член Национальной академии наук Республики Казахстан, председатель Фармакопейного комитета Евразийского экономического союза (ЕАЭС)

### Медицинские науки

<b>БАГНЕНКО Сергей Федорович</b>	акад. РАН, д-р мед. наук, ректор Первого Санкт-Петербургского государственного медицинского университета имени акад. И.П. Павлова Минздрава России, главный внештатный специалист по скорой медицинской помощи
<b>БОЙЦОВ Сергей Анатольевич</b>	акад. РАН, проф., д-р мед. наук, генеральный директор ФГБУ «НМИЦ Кардиологии» Минздрава России
<b>БРИКО Николай Иванович</b>	акад. РАН, д-р мед. наук, проф., зав. кафедрой эпидемиологии и доказательной медицины Первого МГМУ им. И.М. Сеченова, главный внештатный специалист-эпидемиолог
<b>ДАЙХЕС Николай Аркадьевич</b>	член-корр. РАН, д-р мед. наук, проф., директор ФГБУ «Научно-клинический центр оториноларингологии ФМБА России», главный внештатный оториноларинголог Минздрава России
<b>ЗАРУБИНА Татьяна Васильевна</b>	д-р мед. наук, проф., зав. кафедрой медицинской кибернетики и информатики МБФ РНИМУ им. Н.И. Пирогова, главный внештатный специалист по внедрению современных информационных систем в здравоохранении
<b>ИВАНОВ Дмитрий Олегович</b>	д-р мед. наук, проф., ректор ФГБОУ ВО «Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет» Минздрава России, главный неонатолог Минздрава России
<b>МОЛЧАНОВ Игорь Владимирович</b>	д-р мед. наук, зав. кафедрой анестезиологии и реаниматологии Российской медицинской академии последипломного образования, главный внештатный специалист по анестезиологии-реаниматологии
<b>ЮЩУК Николай Дмитриевич</b>	д-р мед. наук, проф., акад. РАН, президент Московского государственного медико-стоматологического университета им. А.И. Евдокимова Минздрава России

### Фармацевтические науки

<b>САКАНЯН Елена Ивановна</b>	д-р фарм. наук, проф., зам. председателя Совета по Государственной фармакопее Минздрава РФ; председатель Фармакопейного комитета ЕЭС; главный аналитик Центра фармакопее и международного сотрудничества ФГБУ «НЦ ЭСМП» Минздрава России
-------------------------------	--

### Юридические науки

<b>ВИНОГРАДОВ Вадим Александрович</b>	д-р юрид. наук, проф., руководитель Департамента публичного права факультета права НИУ «ВШЭ»
<b>ВЛАДИМИРОВ Владимир Юрьевич</b>	генерал-майор полиции, начальник Департамента Федеральной службы РФ по контролю за оборотом наркотических средств и психотропных веществ
<b>КУЛАКОВ Владимир Викторович</b>	д-р юрид. наук, проф., ректор ФГБОУ ВО «Российский государственный университет правосудия», действительный член Российской академии естественных наук (РАЕН)
<b>МОХОВ Александр Анатольевич</b>	д-р юрид. наук, проф., зав. кафедрой медицинского права Московского государственного юридического университета (МГЮА) им. О. Е. Кутафина
<b>ПИЛИПЕНКО Юрий Сергеевич</b>	д-р юрид. наук, сопредседатель попечительского совета Института адвокатуры МГЮА им. О. Е. Кутафина, президент Федеральной палаты адвокатов Российской Федерации, член Общественного совета при ФСП РФ, член Экспертного совета при Уполномоченном по правам человека в РФ, член Рабочей группы президиума Совета при Президенте РФ по противодействию коррупции по взаимодействию со структурами гражданского общества, член НКС Общественной палаты РФ, член Совета по законотворчеству при Председателе Госдумы ФС РФ
<b>РАРОГ Алексей Иванович</b>	д-р юрид. наук, проф., зав. кафедрой уголовного права Московского государственного юридического университета (МГЮА) им. О. Е. Кутафина, заслуженный деятель науки РФ, Почетный юрист города Москвы, кавалер Ордена Почета
<b>РОМАНОВСКИЙ Георгий Борисович</b>	д-р юрид. наук, проф., зав. кафедрой «Уголовное право» ФГБОУ ВО «Пензенский государственный университет»
<b>СВИРИН Юрий Александрович</b>	акад. РАЕН, вице-президент Гильдии российских адвокатов, проректор Российской академии адвокатуры и нотариата, Почетный адвокат России
<b>СЕРГЕЕВ Юрий Дмитриевич</b>	член-корр. РАН, д-р юрид. наук, проф., зав. кафедрой медицинского права Первого МГМУ им. И.М. Сеченова, заслуженный юрист России, член совета директоров Всемирной ассоциации медицинского права (WAML), президент Национальной ассоциации медицинского права
<b>СОКОЛОВ Александр Юрьевич</b>	д-р юрид. наук, проф., член экспертного совета Высшей аттестационной комиссии при Министерстве образования и науки Российской Федерации по праву, директор Саратовского филиала Института государства и права Российской академии наук
<b>ШМАЛИЙ Оксана Васильевна</b>	д-р юрид. наук, зав. кафедрой административного и информационного права Института права и национальной безопасности Российской академии народного хозяйства и государственной службы

**ТЕМА НОМЕРА:**

НАЦИОНАЛЬНЫЙ ПРОЕКТ «ЗДРАВООХРАНЕНИЕ»:  
ПРОМЕЖУТОЧНЫЕ ИТОГИ РЕАЛИЗАЦИИ

**Михаил МУРАШКО:  
«По итогам реализации национального проекта  
“Здравоохранение” за 2020 год удалось достичь  
важнейших социально значимых результатов»**

21 июля 2020 года Президент РФ В.В. Путин подписал Указ № 474 «О национальных целях развития Российской Федерации на период до 2030 года», который скорректировал целевые ориентиры, определенные предыдущим указом<sup>1</sup> и определил национальные цели на ближайшие 10 лет: сохранение населения, здоровье и благополучие людей; возможности для самореализации и развития талантов; комфортная и безопасная среда для жизни; достойный, эффективный труд и успешное предпринимательство; цифровая трансформация.

Национальной целью развития Российской Федерации для отрасли здравоохранения определено сохранение населения, здоровье и благополучие людей. Глава государства установил целевые показатели, характеризующие достижение национальных целей к 2030 году: обеспечение устойчивого роста численности населения, повышение ожидаемой продолжительности жизни до 78 лет и др. Вопросы достижения национальных целей в сфере здравоохранения мы обсудили с министром здравоохранения Российской Федерации Михаилом МУРАШКО.



<sup>1</sup> Указ Президента РФ от 07.05.2018 № 204 «О национальных целях и стратегических задачах развития Российской Федерации на период до 2024 года».



– **Михаил Альбертович, несколько месяцев назад на основании паспортов восьми федеральных проектов был скорректирован<sup>2</sup> паспорт национального проекта «Здравоохранение». Какие основные изменения были внесены в новую редакцию национального проекта в связи с новым указом?**

– На 2021 год параметры федеральных проектов, входящих в национальный проект «Здравоохранение», приведены в соответствие с параметрами Единого плана по достижению национальных целей развития Российской Федерации на период до 2024 года и плановый период до 2030 года, а также с показателями государственной программы Российской Федерации «Развитие здравоохранения», утвержденной постановлением Правительства Российской Федерации от 26.12.2017 № 1640.

Основным в паспорте национального проекта «Здравоохранение» явился целевой показатель «повышение ожидаемой продолжительности жизни до 78 лет до 2030 года».

Стоит отметить также, что при подготовке новых редакций паспортов национальных проектов и входящих в их состав федеральных проектов использовано новое понятие – «общественно значимый результат», – это результат, непосредственно влияющий на улучшение жизни людей, ориентированный, прежде всего, на конкретные, значимые для каждого человека потребности. Öffentlich значимые результаты формировались из наиболее социально ориентированных результатов проектов. Их можно охарактеризовать как конкретные задачи, как дополнение национальных целей развития.

В паспорта национального и федеральных проектов включены: 9 общественно значимых результатов, 25 основных и 37 дополнительных показателей.

Среди основных общественно значимых результатов, вошедших в национальный

проект «Здравоохранение», можно назвать следующие:

1. Обеспечена доступность для детей детских поликлиник и детских поликлинических отделений с созданной современной инфраструктурой оказания медицинской помощи.
2. Увеличена доступность для граждан поликлиник и поликлинических подразделений, внедривших стандарты и правила «новой модели организации оказания медицинской помощи».
3. Гражданам, проживающим в населенных пунктах с численностью населения до 2 тыс. человек, стала доступна первичная медико-санитарная помощь посредством охвата фельдшерскими пунктами, фельдшерско-акушерскими пунктами и врачебными амбулаториями, а также медицинская помощь с использованием мобильных комплексов.
4. В результате цифровизации здравоохранения гражданам обеспечена доступность цифровых сервисов, в том числе посредством внедрения электронного документооборота, электронной записи к врачу, электронных рецептов, а также повышена доступность использования телемедицинских технологий» и др.

– **Пандемия COVID-19 внесла коррективы во многие сферы жизни, в том числе повлияла и на реализацию национального проекта «Здравоохранение». Какие основные изменения можно отметить?**

– Среди основных изменений в рамках реализации национального проекта «Здравоохранение» вследствие влияния пандемии COVID-19 можно выделить следующие:

- временное ограничение плановой работы первичного звена здравоохранения;
- приостановление проведения диспансеризации и профилактических медицинских осмотров граждан;
- вынужденное изменение маршрутизации пациентов по причине перепрофилирования медицинских организаций;

<sup>2</sup> Президентом РФ В.В. Путиным Правительству РФ при участии Государственного Совета в срок до 30.10.2020 было поручено скорректировать и представить на рассмотрение Совета при Президенте РФ по стратегическому развитию и национальным проектам национальные проекты, направленные на достижение национальных целей и целевых показателей.

- повышение нагрузки на службу скорой медицинской помощи;
- повышение нагрузки на медицинский персонал в условиях имеющегося кадрового дефицита;
- приостановление плановых госпитализаций в лечебные учреждения;
- закрытие на карантин медицинских организаций или подразделений, обеспечивающих специализированную медицинскую помощь, в связи с выявлением COVID-19 у сотрудников и др.

В связи с возникшими ограничениями, связанными с распространением новой коронавирусной инфекции, Минздравом России произведена корректировка установленных значений некоторых показателей и результатов проектов, в том числе, связанных с посещениями медицинских организаций, показателей экспорта медицинских услуг на 2021 год и последующий период и др.

**– Существуют ли на сегодняшний день риски реализации национального проекта «Здравоохранение» и входящих в его состав федеральных проектов? И, если риски существуют, какие меры принимаются со стороны Минздрава России, чтобы их избежать?**

– Минздравом России в сжатые сроки были сформированы нормативная правовая и методическая базы, регулирующие деятельность по оказанию медицинской помощи в сложных санитарно-эпидемиологических условиях.

Вместе с тем были разработаны первоочередные меры, которые позволили в итоге компенсировать негативные последствия пандемии. Это меры по основным профилям заболеваний: сердечно-сосудистым, эндокринным, болезням органов дыхания и нервной системы. Кроме того, широкое распространение получили цифровые технологии.

Благодаря этому система оказания медицинской помощи уже через несколько недель после начала пандемии была адаптирована к работе в условиях жестких требований к эпидемиологической безопасности.

Учитывая временное приостановление проведения диспансеризации и профилактических медицинских осмотров, в том числе с применением выездных форм работы, были снижены целевые значения показателей по числу граждан, прошедших профилактические осмотры, количеству посещений при выездах мобильных медицинских бригад. По итогам 2020 года риски нивелированы, все показатели достигнуты.

Несмотря на это, хочу подчеркнуть важность проведения профилактических мероприятий в целях своевременного выявления заболеваний, таких как сердечно-сосудистые, онкологические заболевания, заболевания дыхательной системы, сахарный диабет и других, являющихся основной причиной инвалидизации и преждевременной смертности населения Российской Федерации.

Крайне важно сохранить приверженность пациентов к прохождению диспансеризации и профилактических осмотров в целях недопущения роста запущенных и хронических форм заболеваний.

Введение режима самоизоляции и длительный период нерабочих дней стали причиной увеличения сроков проведения конкурсных процедур по всем видам закупок, сроков поставки товаров, оборудования и выполнения работ по заключенным контрактам, в связи с чем некоторые риски реализации проектов все же существуют.

Сегодня Минздравом России проводится регулярный оперативный мониторинг достижения регионами показателей федеральных проектов, и, при необходимости, принимаются совместные с регионами меры по предотвращению недостижения запланированных результатов.

**– Существуют ли в настоящее время риски реализации национального проекта «Здравоохранение» и входящих в его состав федеральных проектов по причинам, не связанным с эпидемиологической ситуацией в стране?**

– Из проблем, не связанных с пандемией COVID-19, в рамках реализации

федеральных проектов хочу отметить, что не все регионы одинаково успешно справились с поставленными задачами по разным причинам, как объективным, так и субъективным. Из основного – неэффективное планирование и отсутствие должного контроля со стороны региональных министерств.

**– Одним из активно обсуждаемых вопросов является оказание квалифицированной медицинской помощи онкологическим пациентам. Несмотря на ограничительные меры в связи с пандемией, онкологические пациенты должны получать медицинскую помощь незамедлительно и в полном объеме. Какие меры принимаются в настоящее время для оказания пациентам доступной и качественной медицинской помощи?**

– В условиях возникновения угрозы распространения заболеваний, вызванных новой коронавирусной инфекцией, было приостановлено проведение профилактических мероприятий в части диспансеризации, получение медицинской помощи в стационарных условиях и условиях дневного стационара в плановой форме, назначение отдельных инструментальных, лабораторных исследований и других. Несмотря на сложную эпидемиологическую обстановку, медицинские организации с начала пандемии оказывают все виды медицинской помощи по профилю «Онкология» в полном объеме, стандарты лечения, тактика не меняются, при этом в медицинских организациях применены меры по предупреждению распространения коронавируса.

**– В настоящее время в условиях пандемии COVID-19 важным направлением явилось дистанционное взаимодействие пациента с медицинскими организациями и с врачами, в частности. Что включает в себя дистанционное взаимодействие в рамках национального проекта «Здравоохранение»?**

– В настоящее время приоритетной задачей является обеспечение

информатизации системы здравоохранения на основе внедрения передовых технологий с учетом целей и задач национального проекта «Здравоохранение».

В 2017–2018 годах вступили в силу основные нормативные правовые акты, регулирующие особенности оказания медицинской помощи с применением телемедицинских технологий:

- внесены изменения в Федеральный закон от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» (статья 36.2 «Особенности медицинской помощи, оказываемой с применением телемедицинских технологий»);
- издан приказ Минздрава России от 30.11.2017 № 965н «Об утверждении порядка организации и оказания медицинской помощи с применением телемедицинских технологий».

Указанными актами закрепляется понятие «телемедицинские технологии», устанавливается порядок дистанционного взаимодействия медицинских работников между собой и медицинских работников с пациентами и (или) их законными представителями, в том числе цели проведения телемедицинских консультаций, требования к дистанционному наблюдению за состоянием здоровья пациента, условия коррекции ранее назначенного лечения с использованием телемедицинских технологий, требования к документированию информации об оказании медицинской помощи пациенту с применением телемедицинских технологий.

При дистанционном взаимодействии медицинских работников между собой может осуществляться:

- оценка состояния здоровья пациента (комплекс мер, направленных на оценку, в том числе с точки зрения необходимого объема и срочности медицинской помощи, определения оптимального маршрута этапов оказания медицинской помощи, определения оптимального способа медицинской эвакуации в зависимости от состояния);
- уточнение диагноза (фактически – установление диагноза);

- определение прогноза и тактики медицинского обследования и лечения (фактически – рекомендации по корректровке лечения);
- определение целесообразности перевода в специализированное отделение медицинской организации либо медицинской эвакуации.

При дистанционном взаимодействии медицинских работников с пациентами или их законными представителями может осуществляться:

- профилактика, сбор, анализ жалоб пациента и данных анамнеза;
- оценка эффективности лечебно-диагностических мероприятий (контроль состояния по результатам назначений, сделанных во время очного приема (осмотра, консультации));
- медицинское наблюдение за состоянием здоровья пациента (контроль самочувствия с применением систем экстренного оповещения об ухудшении состояния, использование приборов для контроля пространственного положения пациента);
- принятие решения о необходимости проведения очного приема (осмотра, консультации);
- при условии установления лечащим врачом диагноза и назначения лечения на очном приеме (осмотре, консультации) возможно проведение консультаций с применением телемедицинских технологий с коррекцией ранее назначенного лечения.

Отдельным случаем дистанционного взаимодействия является дистанционное наблюдение за состоянием здоровья пациента, которое назначается лечащим врачом по результатам очного приема (осмотра, консультации) и установление диагноза заболевания.

Федеральным проектом «Создание единого цифрового контура в здравоохранении на основе ЕГИСЗ» предусмотрено обеспечение эффективной информационной поддержки процесса управления системой медицинской помощи, а также процесса оказания медицинской помощи.

Следствием реализации основных направлений данного федерального проекта

станет внедрение во всех субъектах РФ государственных информационных систем в сфере здравоохранения, а также подключение к ним всех медицинских организаций региона, благодаря чему подавляющее большинство субъектов РФ обеспечат реализацию систем: электронных рецептов, автоматизированного управления льготным лекарственным обеспечением, телемедицинских консультации и др.

**– В продолжение разговора по вопросу дистанционного взаимодействия хотелось бы остановиться на созданной в рамках реализации федерального проекта «Развитие сети национальных медицинских исследовательских центров и внедрение инновационных медицинских технологий» вертикально интегрированной медицинской информационной системе (далее – ВИМИС, информационная система), могли бы Вы более подробно рассказать о ней?**

– В основе данной информационной системы лежит принцип обмена данными между медицинскими организациями и системой мониторинга качества медицинской помощи. Внедрение обеспечивает возможность непрерывного наблюдения за состоянием здоровья пациентов на всех этапах оказания медицинской помощи. Она связывает все медицинские организации, работающие в данной области медицины, – от первичного звена здравоохранения до национального центра. Оцифровка клинических рекомендаций, протоколов лечения позволяет выявлять риски развития заболевания и направлять пациентов на дополнительные диагностические процедуры, проводить своевременное лечение и контролировать выполнение всех необходимых процедур, оптимизировать маршрутизацию пациентов, персонализировать подходы к оказанию медицинской помощи. Также для руководителей имеется инструментарий для мониторинга деятельности медицинской службы.

В 2020 году созданы ВИМИС по профилям «онкология», «сердечно-сосудистые заболевания», «акушерство, гинекология» и «неонатология».

В 2021 году запланировано их масштабирование во всех субъектах Российской Федерации, а также создание ВИМИС по профилю «профилактика».

**– Стоит отметить, что в рамках реализации большинства федеральных проектов, входящих в состав национального проекта «Здравоохранение», реализуются региональные проекты. Какие мероприятия проводятся Минздравом России для контроля за достижением целей, показателей и результатов реализации региональных проектов субъектами Российской Федерации? Предусмотрены ли отчеты по итогам реализации проектов, к которым будет предоставлен открытый доступ?**

– С целью эффективной реализации федеральных проектов Минздравом России созданы координационные центры, основными функциями которых является сбор и анализ отчетности о ходе реализации региональных проектов, осуществление взаимодействия с ответственными специалистами в субъектах РФ и др.

Минздравом России осуществляется оперативный мониторинг реализации региональных проектов на основании ежемесячных, ежеквартальных и итоговых отчетов, которые субъекты РФ формируют и утверждают в подсистеме управления национальными проектами государственной интегрированной информационной системы «Электронный бюджет».

Результаты мониторингов рассматриваются ежеквартально на видеоселекторных совещаниях с руководителями органов исполнительной власти субъектов РФ в сфере охраны здоровья. При имеющихся рисках недостижения в адрес руководителей высших органов исполнительной власти субъектов РФ и их заместителей, полномочных представителей Президента РФ в федеральных округах направляются письма и правительственные телеграммы о возникающих в ходе реализации проектов рисках и необходимости принятия мер по их устранению.

При необходимости, при наличии рисков недостижения значений показателей и результатов, осуществляются выезды

в субъекты РФ с целью оказания организационно-методической поддержки и внедрения современных инновационных технологий.

Для решения поставленных задач также привлекаются профильные национальные медицинские исследовательские центры, которые осуществляют организационно-методическое руководство краевыми, республиканскими, областными, окружными медицинскими организациями субъектов Российской Федерации.

Вместе с тем, ежемесячный мониторинг достижения результатов и показателей федеральных проектов проводится и Федеральной службой по надзору в сфере здравоохранения.

**– Какие, по Вашему мнению, можно подвести особо значимые итоги реализации национального проекта «Здравоохранение» и входящих в его состав федеральных проектов за 2020 год?**

– Несмотря на ограничительные мероприятия в системе здравоохранения в 2020 году, удалось достичь важнейших социально значимых результатов.

В 2020 году проводилась работа по масштабному дооснащению и переоснащению новейшим медицинским оборудованием 181 медицинской организации, оказывающей медицинскую помощь больным с онкологическими заболеваниями. Введено в эксплуатацию более 5,2 тыс. единиц медицинских изделий, включая 73 аппарата компьютерной томографии, 35 аппаратов магнитно-резонансной томографии и 221 аппарат ультразвуковой диагностики.

Наряду с этим, в 2020 году в 63 субъектах РФ были открыты 139 центров амбулаторной онкологической помощи – новых структурных подразделений, обеспечивающих проведение всего комплекса диагностических мероприятий, необходимых для выявления онкологических заболеваний в пределах одной медицинской организации.

Для повышения доступности медицинской помощи онкологическим больным выделены средства в размере 271,3 млрд руб., в том числе дополнительно

120 млрд руб. в рамках федерального проекта, что позволило по итогам 12 месяцев 2020 года увеличить количество случаев лечения в условиях дневного стационара и стационара на 17,3% относительно аналогичного периода прошлого года.

Практически все (98,3%) детские поликлиники/отделения субъектов РФ дооснащены медицинскими изделиями и в них реализованы организационно-планировочные решения внутренних пространств: созданы комфортные условия для пребывания детей и их родителей, понятная система навигации, сокращено время ожидания приема врача.

Введены в эксплуатацию 6 региональных детских больниц, из них 5 – в 2020 году, идет строительство еще 11 больниц (ввод 6 из них запланирован в 2021 году), на базе которых будет организовано лечение детей с различными видами патологий, а также инфекционными заболеваниями, с возможностью оказания специализированной, в том числе высокотехнологичной помощи детям в стационарных условиях.

Почти в 3 раза перевыполнен план по показателю «Число специалистов, вовлеченных в систему непрерывного образования медицинских работников, в том числе с использованием дистанционных технологий». Он составил 1 544 984 специалиста (процент достижения 275,89%).

В целях обеспечения населения экстренной медицинской помощью с использованием санитарной авиации эвакуировано более 14,0 тыс. пациентов, в том числе более 2,2 тыс. детей (осуществлено более 10,2 тыс. вылетов). В 2020 году построено/реконструировано 87 вертолетных площадок при медицинских организациях.

Функционирует сеть национальных медицинских исследовательских центров из 36 учреждений (из них 12 – в 2020 году) по 26 укрупненным профилям медицинской помощи (направлениям деятельности).

Специалистами центров проведено:

- 70,8 тыс. консультаций региональных медицинских организаций с применением телемедицинских технологий;
- более 1800 научно-практических мероприятий с применением телемедицинских

технологий, в том числе виртуальных обходов, разборов сложных случаев и показательных операций в режиме телеконференции;

- свыше 1,2 тыс. выездных консультационных мероприятий для медицинских организаций 85 субъектов РФ.

Обеспечен массовый доступ к сервису «Мое здоровье»: более 15 млн граждан воспользовались услугами онлайн в Личном кабинете пациента «Мое здоровье», что особенно актуально в связи с распространением новой коронавирусной инфекции и необходимостью сохранять режим самоизоляции и социальной дистанции.

С 2020 года введено новое мероприятие «Профилактика развития сердечно-сосудистых заболеваний и их осложнений у пациентов высокого риска». В 2020 году на указанные цели выделено 10,15 млрд руб. Благодаря этому в 85 субъектах РФ более 450 тыс. пациентов с высоким риском развития сердечно-сосудистых заболеваний и их осложнений получили льготные лекарственные препараты, что составило 82,9% от числа лиц, взятых под диспансерное наблюдение по поводу инфаркта миокарда, острого нарушения мозгового кровообращения и соответствующих операций на сердце.

**– И, в завершение, хотелось бы узнать о прогнозе достижения целей, показателей и ключевых параметров национального проекта «Здравоохранение» и входящих в него федеральных проектов в текущем году в условиях продолжающейся пандемии COVID-19.**

– При разработке обновленной редакции паспортов федеральных проектов учтен опыт реализации мероприятий, в том числе в условиях распространения новой коронавирусной инфекции COVID-19.

Минздравом России совместно с органами исполнительной власти субъектов РФ в сфере охраны здоровья предпринимаются все необходимые меры для достижения показателей и результатов федеральных проектов.

**Беседовала Анастасия ТРУБНИКОВА**

**А.В. САМОЙЛОВА<sup>1</sup>**, д-р мед. наук, руководитель Федеральной службы по надзору в сфере здравоохранения  
ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-9142-8808>



САМОЙЛОВА А.В.

## Контроль за реализацией национального проекта «Здравоохранение»

<sup>1</sup> Федеральная служба по надзору в сфере здравоохранения, 109074, Москва, Славянская площадь, д. 4, стр. 1.  
Federal Service for Surveillance in Healthcare, 4, bld. 1, Slavyanskaya Square, Moscow, 109074, Russian Federation.

**Ключевые слова:** национальный проект «Здравоохранение», федеральные проекты, региональные проекты, мероприятия проекта

**Для цитирования:** Самойлова А.В. Контроль за реализацией национального проекта «Здравоохранение» // Вестник Росздравнадзора. – 2021. – № 1. – С. 13–20.

**For citation:** Samoylova A.V. Monitoring of the implementation of the national project “Health care” // Vestnik Roszdravnadzora. – 2021. – Vol. 1. – P. 13–20.

**Samoylova A. V.**

**Monitoring of the implementation of the national project “Health care”**

The article presents the main results of the implementation of the activities of the national project “Health care” in 2020, the control of which is entrusted to Roszdravnadzor.

The main reasons for the failure to reach the milestones and planned activities of regional projects have been analyzed, including those related to the spread of the novel coronavirus infection COVID-19 pandemic in the territory of the Russian Federation.

Based on the results of control activities and monitoring, it can be noted that, in general, the constituent entities of the Russian Federation have achieved key indicators of regional projects, despite the unforeseen high load on the health care system, which may indicate positive dynamics and the potential to achieve the key goals of the national project in the future.

**Keywords:** national project “Health care”, federal projects, regional projects, project activities

**В статье представлены основные итоги реализации мероприятий национального проекта «Здравоохранение» в 2020 г., контроль которых возложен на Росздравнадзор.**

**Проанализированы основные причины недостижения контрольных точек и запланированных мероприятий региональных проектов, в том числе касающиеся распространения на территории Российской Федерации пандемии новой коронавирусной инфекции COVID-19.**

**По результатам контрольных мероприятий и проведения мониторингов можно отметить, что в целом субъектами РФ были достигнуты ключевые показатели региональных проектов, несмотря на непредвиденную высокую нагрузку на систему здравоохранения в целом, что может свидетельствовать о позитивной динамике и потенциале достижения ключевых целей национального проекта в будущем.**

### Введение

Национальный проект «Здравоохранение», включающий в себя 8 федеральных проектов, направлен в первую очередь на достижение основных задач целевых показателей, определенных в Указах Президента РФ от 07.05.2018 № 204 (ред. от 21.07.2020) «О национальных целях и стратегических задачах развития Российской Федерации на период до 2024 года» и от 21.07.2020 № 474 «О национальных целях развития Российской Федерации на период до 2030 года».

Основопологающими целями национального проекта «Здравоохранение» являются: снижение смертности населения

трудоспособного возраста; снижение смертности от болезней системы кровообращения, от новообразований; снижение младенческой смертности; ликвидация кадрового дефицита в медицинских организациях, оказывающих первичную медико-санитарную помощь; обеспечение охвата всех граждан профилактическими медицинскими осмотрами не реже одного раза в год; обеспечение оптимальной доступности для населения (в том числе для жителей населенных пунктов, расположенных в отдаленных местностях) медицинских организаций, оказывающих первичную медико-санитарную

помощь; оптимизация работы медицинских организаций, оказывающих первичную медико-санитарную помощь; увеличение объема экспорта медицинских услуг.

В каждом субъекте РФ реализация проектов осуществляется с учетом территориальных и демографических особенностей, а также с учетом уровня развития системы здравоохранения регионов.

Росздравнадзором, как федеральным органом исполнительной власти, осуществляющим функции по контролю и надзору в сфере здравоохранения, на основании постановления Правительства РФ от 30.06.2004 № 323 «Об утверждении Положения о Федеральной службе по надзору в сфере здравоохранения» осуществляется мониторинг и контроль за реализацией отдельных результатов следующих федеральных проектов, входящих в состав национального проекта «Здравоохранение»:

- «Развитие системы оказания первичной медико-санитарной помощи»<sup>1</sup>;
- «Борьба с сердечно-сосудистыми заболеваниями»<sup>2</sup>;
- «Борьба с онкологическими заболеваниями»<sup>3</sup>;
- «Развитие детского здравоохранения, включая создание современной инфраструктуры оказания медицинской помощи детям»<sup>4</sup>.

В целях контроля за реализацией федеральных проектов Росздравнадзором на постоянной основе проводится детальный анализ демографических показателей регионов и целевых показателей, заложенных в региональных проектах субъектов РФ. Также организовано взаимодействие с ответственными органами исполнительной власти в сфере охраны здоровья граждан, федеральными координационными центрами и национальными медицинскими исследовательскими центрами с целью получения информации о наличии рисков

недостижения показателей региональных проектов в субъектах РФ и о проблемах в организации медицинской помощи на территории каждого субъекта.

Необходимо отметить, что распространение пандемии новой коронавирусной инфекции внесло коррективы в механизмы осуществления контрольных функций.

В связи со вступлением в силу постановления Правительства РФ от 03.04.2020 № 438 «Об особенностях осуществления в 2020 году государственного контроля (надзора), муниципального контроля и о внесении изменения в пункт 7 Правил подготовки органами государственного контроля (надзора) и органами муниципального контроля ежегодных планов проведения плановых проверок юридических лиц и индивидуальных предпринимателей» плановые проверки были отменены.

Вместе с тем, с целью недопущения срывов сроков реализации мероприятий региональных проектов Росздравнадзором осуществляются соответствующие ежеквартальные/ежемесячные мониторинги (по направлениям контроля за реализацией национального проекта), и при выявлении фактов нарушения сроков запланированных мероприятий могут быть инициированы внеплановые проверочные мероприятия.

#### **Реализация мероприятия по созданию фельдшерско-акушерских пунктов, фельдшерских пунктов и врачебных амбулаторий в рамках федерального проекта «Развитие системы оказания первичной медико-санитарной помощи»**

Оказание медицинской помощи в фельдшерских и фельдшерско-акушерских пунктах, врачебных амбулаториях (далее соответственно – ФП, ФАП, ВА) населению сельской местности является важной частью трехуровневой системы здравоохранения

<sup>1</sup> В соответствии с постановлениями Правительства РФ от 29.12.2018 № 1732 и от 29.12.2018 № 1734.

<sup>2</sup> В соответствии с постановлением Правительства РФ от 30.12.2018 № 1771.

<sup>3</sup> В соответствии с постановлением Правительства РФ от 30.12.2018 № 1772.

<sup>4</sup> В соответствии с протоколом заседания межведомственной рабочей группы по мониторингу и контролю за эффективностью реализации национальных и федеральных проектов при президиуме Совета при Президенте РФ по стратегическому развитию и национальным проектам от 18.10.2019 № 4.



на региональном уровне. Для районов с низкой плотностью населения, для малонаселенных пунктов оказание первичной медико-санитарной помощи является особым индикатором доступности получения медицинской помощи в целом.

Поэтому в федеральном проекте, направленном на развитие системы оказания первичной медико-санитарной помощи, большое внимание уделено созданию условий для получения такого вида помощи всеми гражданами РФ, в том числе строительству и реконструкции ФАП, ФП, ВА.

В рамках реализации мероприятия по созданию фельдшерско-акушерских пунктов, фельдшерских пунктов и врачебных амбулаторий в 2020 г. было введено в эксплуатацию более 70% от запланированных к созданию объектов (рис. 1–2).

При этом в 26 регионах (Республики Башкортостан, Калмыкия, Мордовия, Бурятия, Чувашия, Дагестан, Тыва; Краснодарский, Красноярский, Забайкальский края; Воронежская, Орловская, Саратовская, Пензенская, Курганская, Курская, Астраханская, Кировская, Костромская, Тульская, Новгородская, Омская, Рязанская, Томская области; Еврейская автономная область; Ненецкий автономный округ) в результате образовавшейся экономии дополнительно запланировано создание более

100 объектов, что позволит увеличить общее количество изначально запланированных объектов на 8%. Новые объекты предусмотрены к созданию с помощью строительства или установки модульных конструкций.

По итогам анализа обеспечения своевременности достижения результата по созданию новых объектов – ФАП, ФП, ВА в 2020 г. было выявлено, что в 51 регионе имело место отставание от графика строительства объектов и ввода их в эксплуатацию.

Росздравнадзором были инициированы проверки во всех субъектах РФ, где были выявлены риски в достижении контрольных точек, предусмотренных проектом. В 8 регионах проведены внеплановые проверки, в 3 регионах – комплексные плановые проверки, включающие контроль за реализацией регионального проекта «Развитие системы первичной медико-санитарной помощи», в 40 регионах проведены предварительные проверки. По результатам контрольно-надзорных мероприятий выданы 4 предписания об устранении выявленных нарушений, 24 предостережения о недопустимости нарушения обязательных требований, установленных муниципальными правовыми актами. Также по итогам проверок направлены информационные письма в адреса органов

Рисунок 1. ВА п. Пашково, Земетчинский район, Пензенская область



Рисунок 2. ФАП с. Лапшово, Камешкирский район, Пензенская область



исполнительной власти в сфере охраны здоровья граждан, информация по результатам контрольно-надзорных мероприятий доведена до глав регионов.

**Реализация мероприятия по приобретению передвижных медицинских комплексов в рамках федерального проекта «Развитие системы оказания первичной медико-санитарной помощи»**

По данным Росстата, на 1 января 2020 г. доля населения, проживающего в сельской местности, составляет более 25%. Для охвата населения сельских районов, в том числе труднодоступных, профилактическими мероприятиями, диспансерным наблюдением, а также в целях ранней диагностики заболеваний, применяются передвижные медицинские комплексы, оснащенные необходимым медицинским оборудованием.

Поэтому оказание медицинской помощи с помощью передвижных медицинских комплексов во многих субъектах РФ является неотъемлемой частью полноценного обеспечения населения регионов доступной и качественной медицинской помощью.

Контроль за реализацией мероприятия по приобретению передвижных медицинских комплексов (далее – ПМК) в 2020 г.

осуществлялся Росздравнадзором посредством ежемесячного мониторинга данных, поступающих из регионов.

Из запланированных к закупке и поставке на 2019 г. ПМК, реализация проекта составила 99,8%; из запланированных к закупке и поставке на 2020 г. ПМК, реализация проекта составила 93,0%.

Однако эффективная эксплуатация и целевое использование закупленных в рамках федерального проекта ПМК была затруднена во всех регионах в связи с распространением на территории Российской Федерации новой коронавирусной инфекции.

В соответствии с распоряжением Правительства РФ от 21.03.2020 № 710-р (ред. от 10.07.2020) «О приостановлении проведения Всероссийской диспансеризации взрослого населения Российской Федерации в соответствии с распоряжением Правительства РФ от 27.06.2019 № 1391-р», все диспансерные мероприятия, в том числе выезды ПМК, были временно приостановлены. В связи с вынужденным простоем, общая эффективность эксплуатации ПМК, а также медицинского оборудования, входящего в его состав, значительно снизилась.

Стоит отметить, что в отдельных регионах в период приостановления диспансеризации медицинские организации, располагающие ПМК, продолжали эксплуатировать данные медицинские изделия в соответствии с новыми условиями оказания медицинской помощи. Например, в качестве фильтр-боксов для больных с новой коронавирусной инфекцией.

Помимо вынужденного простоя ПМК по причине введения мер, направленных на предотвращение распространения новой коронавирусной инфекции, Росздравнадзором также в течение года в ходе мониторингов и проверок выявлялись следующие причины простоя и неэффективной эксплуатации ПМК, в том числе поставленных в рамках федерального проекта:

- отсутствие медицинского персонала (или водителя/техника), в том числе для работы на медицинском оборудовании;

- поломка/ремонт ПМК или медицинского оборудования, входящего в его состав;
- несоответствие медицинского изделия заявленным эксплуатационным характеристикам;
- внесение изменений в регистрационное удостоверение;
- отсутствие документации, в том числе лицензии на осуществление медицинской деятельности, санитарно-эпидемиологического заключения, документации на автотранспорт;
- проведение претензионной работы;
- оформление передачи медицинского изделия в другую медицинскую организацию;
- проведение сервисного обслуживания ПМК;
- отсутствие условий для передвижения ПМК в связи с особенностями погодных и климатических условий отдельных регионов;
- отсутствие потребности.

Из поставленных в рамках реализации федерального проекта ПМК, Росздравнадзором были выявлены незарегистрированные и недоброкачественные медицинские изделия.

Например, в Курской области мобильный лечебно-профилактический комплекс «Диагностика» был признан недоброкачественным медицинским изделием в связи с несоответствием требованиям технической документации производителя, содержащейся в комплекте данной регистрационной документации, в части проверенных Росздравнадзором характеристик. В Курганской области закупленный для медицинских организаций региона медицинский передвижной лечебно-диагностический комплекс «Лучевая диагностика» по результатам экспертизы ФГБУ «ВНИИМТ» признан медицинским изделием, не включенным в Государственный реестр медицинских изделий и организаций (индивидуальных предпринимателей), осуществляющих производство и изготовление медицинских изделий.

Использование медицинских изделий, не соответствующих требованиям технической документации и не прошедших необходимых клинических испытаний (исследований), может быть опасно

для жизни и здоровья пациентов. Поэтому важной составляющей работы Росздравнадзора является проведение мониторинга безопасности медицинских изделий, регистрации побочных действий, нежелательных реакций при применении медицинских изделий, фактов и обстоятельств, создающих угрозу причинения вреда жизни и здоровью людей при обращении зарегистрированных медицинских изделий.

Росздравнадзором будет продолжен контроль как за своевременностью и полнотой реализации мероприятий по созданию фельдшерско-акушерских пунктов, фельдшерских пунктов и врачебных амбулаторий, так и за эффективностью использования закупленных/поставленных ПМК для улучшения качества и доступности медицинской помощи.

#### **Реализация федеральных проектов «Борьба с онкологическими заболеваниями» и «Борьба с сердечно-сосудистыми заболеваниями» в части переоснащения медицинским оборудованием медицинских организаций регионов**

Обеспечение граждан доступной и качественной медицинской помощью невозможно без использования медицинского оборудования, которое позволяет применять современные методы диагностики и лечения заболеваний.

Пациентам с болезнями системы кровообращения и онкологическими заболеваниями – одними из самых распространенных причин заболеваемости и смертности, – критически важно своевременно и полном объеме провести диагностические исследования, от которых будет зависеть дальнейшая тактика лечения, а, следовательно, и сохранение жизни и здоровья.

В рамках двух федеральных проектов национального проекта «Здравоохранение» переоснащению медицинских организаций новым медицинским оборудованием уделяется ключевое внимание.

В реализации федерального проекта «Борьба с сердечно-сосудистыми заболеваниями» в части переоснащения медицинских

организаций медицинским оборудованием в 2020 г. участвовали 128 региональных сосудистых центров (далее – РСЦ) и 218 первичных сосудистых отделений (далее – ПСО).

По итогам 2020 г., было законтрактовано 99,2% медицинского оборудования, запланированного к закупке для переоснащения и дооснащения медицинских организаций; поставлено в медицинские организации 95,2% от запланированного; введено в эксплуатацию – 93,7%.

Из общего количества запланированного к закупке на 2020 г. оборудования (для оснащения/переоснащения ПСО и РСЦ) 2,6% составляет «тяжелое» оборудование (компьютерные томографы, магнитно-резонансные томографы, ангиографы). За 2020 г. все запланированное к закупке «тяжелое» оборудование законтрактовано, поставлено в медицинские организации – 92,6%, введено в эксплуатацию – 86,6% от плана.

В реализации федерального проекта «Борьба с онкологическими заболеваниями» в части переоснащения медицинских организаций медицинским оборудованием в 2020 г. участвовала 181 медицинская организация.

*Эффективное использование медицинского оборудования является одним из показателей качественного и полноценного оказания медицинской помощи населению*

По итогам 2020 г., было законтрактовано 99,7% медицинского оборудования, запланированного к закупке для переоснащения и дооснащения медицинских организаций; поставлено в медицинские организации 96,1% от запланированного; введено в эксплуатацию – 94,9%.

Из общего количества запланированного к закупке на 2020 г. оборудования, 6,9% составляет «тяжелое» оборудование – лучевые установки, компьютерные томографы, магнитно-резонансные томографы. За 2020 г. все запланированное к закупке

«тяжелое» оборудование законтрактовано, поставлено в медицинские организации – 93,3%, введено в эксплуатацию – 84,4% от плана.

В соответствии с поручением министра здравоохранения Российской Федерации М.А. Мурашко от 24.07.2020 № 93, Росздравнадзор осуществляет ежемесячный мониторинг эффективности эксплуатации и целевого использования медицинского оборудования, приобретенного медицинскими организациями в рамках федеральных проектов «Борьба с онкологическими заболеваниями» и «Борьба с сердечно-сосудистыми заболеваниями».

Росздравнадзором в рамках мониторинга и контроля были выявлены следующие основные причины простоя медицинской техники, в том числе поставленной в рамках национального проекта «Здравоохранение»:

- ремонт/неготовность помещения под установку оборудования;
- поломка/ремонт медицинского оборудования;
- отсутствие медицинского персонала для работы на медицинском оборудовании;
- отсутствие своевременного технического обслуживания и метрологической поверки;
- отсутствие расходных материалов для эксплуатации медицинского оборудования;
- простой оборудования в связи с введенными ограничительными мерами по предотвращению распространения новой коронавирусной инфекции, в том числе в связи с перепрофилированием медицинской организации под оказание медицинской помощи больным с новой коронавирусной инфекцией;
- простой оборудования в связи с карантинными мерами в медицинских организациях (закрытие медицинских организаций на карантин).

Эффективное использование медицинского оборудования является одним из показателей качественного и полноценного оказания медицинской помощи населению; простой и неэффективное использование влечет за собой дефекты в оказании медицинской помощи, а также негативно влияет на доступность медицинской помощи, что, в свою

очередь, является нарушением Федерального закона от 21.11.2011 № 323-ФЗ (ред. от 22.12.2020) «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации». Кроме того, без полноценного использования медицинского оборудования невозможно оказание специализированной, в том числе высокотехнологичной медицинской помощи на современном уровне.

**Реализация мероприятия по строительству и реконструкции детских больниц (корпусов) в рамках федерального проекта «Развитие детского здравоохранения, включая создание современной инфраструктуры оказания медицинской помощи детям»**

Охрана здоровья детей является одним из приоритетов государственной политики в сфере здравоохранения. Указом Президента РФ от 29.05.2017 № 240<sup>5</sup> 2018–2027 гг. объявлены Десятилетием детства.

Ключевыми целями плана основных мероприятий, проводимых в рамках Десятилетия детства, являются укрепление и охрана здоровья детей, повышение качества и доступности медицинской помощи детям.

Один из федеральных проектов в составе национального проекта «Здравоохранение» полностью посвящен комплексному развитию детского здравоохранения в стране – «Развитие детского здравоохранения, включая создание современной инфраструктуры оказания медицинской помощи детям».

Основными мероприятиями данного федерального проекта являются:

- увеличение охвата диспансерным наблюдением детей (в том числе с впервые в жизни установленными диагнозами болезней костно-мышечной системы, соединительной ткани, глаза и его придаточного аппарата, органов пищеварения, системы кровообращения, эндокринной системы, расстройств питания и нарушения обмена веществ);

- увеличение охвата профилактическими медицинскими осмотрами детей в возрасте 15–17 лет ;
- повышение квалификации медицинских специалистов в области перинатологии, неонатологии и педиатрии с помощью обучения в симуляционных центрах Минздрава России;
- дооснащение детских поликлиник/поликлинических отделений медицинскими изделиями и реализация организационно-планировочных решений внутренних пространств для обеспечения комфортности пребывания детей ;
- строительство и реконструкция детских больниц (корпусов).

Контроль реализации мероприятия по строительству и реконструкции детских больниц (корпусов) осуществляется Росздравнадзором, в том числе посредством включения данных аспектов в предмет проведения проверок государственных органов исполнительной власти субъектов РФ в сфере охраны здоровья и сбора ежеквартального мониторинга исполнения запланированных этапов строительства/реконструкции объектов в регионах России.

*Ключевыми целями плана основных мероприятий, проводимых в рамках Десятилетия детства, являются укрепление и охрана здоровья детей, повышение качества и доступности медицинской помощи детям*

По итогам 2020 г. введены в эксплуатацию новые объекты и начата их деятельность в следующих субъектах РФ:

- Белгородская область: ОГБУЗ «Детская областная клиническая больница», г. Белгород – реконструкция стационарного отделения восстановительного лечения для детей с нарушенными

<sup>5</sup> Указ Президента РФ от 29.05.2017 № 240 «Об объявлении в Российской Федерации Десятилетия детства».

функциями периферической нервной системы и опорно-двигательного аппарата;

- Чувашская Республика: БУ ЧР «Городская детская больница № 2» Министерства здравоохранения Чувашской Республики, г. Чебоксары – реконструкция здания стационара;
- Пензенская область: ГБУЗ «Пензенская областная детская клиническая больница им. Н.Ф. Филатова», г. Пенза – реконструкция акушерского корпуса и главного корпуса с устройством теплового перехода.

В Республике Алтай (БУЗ РА «Республиканская больница», г. Горно-Алтайск) закончена реконструкция незавершенного строительства пристройки к детскому подразделению, объект сдан 29.12.2020. Согласно дополнительному соглашению с Минздравом России о предоставлении субсидии из федерального бюджета бюджету субъекта РФ, срок ввода объекта в эксплуатацию установлен в мае 2021 г.

В Чеченской Республике (ГБУ «Республиканская детская клиническая больница им. Е.П. Глинки», г. Грозный) завершено строительство детского инфекционного корпуса на 100 коек. Проводится процедура лицензирования с последующим вводом в эксплуатацию.

Продолжается работа в следующих субъектах:

- Республика Северная Осетия-Алания (ГБУЗ «Республиканская детская клиническая больница» Министерства здравоохранения Республики Северная Осетия – Алания, г. Владикавказ) – плановая дата начала эксплуатации объекта – февраль 2021 г.;
- Ставропольский край (ГБУЗ Ставропольского края «Краевая детская клиническая больница», г. Ставрополь, строительство нового корпуса) – плановая дата начала эксплуатации объекта – июнь 2022 г.

В Краснодарском крае (ГБУЗ «Детская краевая клиническая больница» Министерства здравоохранения Краснодарского края, г. Краснодар, строительство лечебно-диагностического корпуса) имеется риск недостижения запланированных мероприятий в части неисполнения

доведенных лимитов бюджетных обязательств и субсидии на софинансирование капитальных вложений в объекты государственной собственности субъекта РФ; завершение строительно-монтажных работ планируется на конец 2021 г.

Введение в эксплуатацию детских больниц/корпусов позволит не только повысить качество и доступность специализированной, в том числе высокотехнологичной медицинской помощи, оказываемой детям в стационарных условиях, создать комфортные условия для совместного пребывания ребенка с родителями/законными представителями, но и, как конечный результат, снизить показатели смертности детского населения всех возрастных групп, что является одним из ключевых целевых показателей федерального проекта.

### Заключение

Таким образом, Росздравнадзором в целях недопущения срывов реализации и/или несвоевременной реализации национального проекта «Здравоохранение», которые могут повлечь неисполнение национальных целей развития Российской Федерации, утвержденных Указами Президента России В.В. Путина от 21.07.2020 № 474 и от 07.05.2018 № 204, осуществляется постоянный мониторинг и контроль в рамках компетенции за ходом исполнения отдельных мероприятий федеральных проектов.

Регулярный мониторинг и контроль позволяют оперативно выявлять проблемы реализации федеральных проектов; разработанный системный подход и унифицированные формы отчетности способствуют минимизации возможных ошибок в предоставлении данных со стороны субъектов РФ.

Своевременная и полноценная реализация всех мероприятий национально-го проекта «Здравоохранение» позволит достичь запланированных целевых показателей, что позитивно отразится на качестве и объеме оказания медицинской помощи населению, а также на качестве жизни в стране в целом.

**Е.А. БОЕНКО<sup>1</sup>**, канд. эконом. наук, начальник Управления контроля за реализацией государственных программ в сфере здравоохранения, elenaboenko@mail.ru

**Н.И. РОГИНКО<sup>1</sup>**, заместитель начальника Управления контроля за реализацией государственных программ в сфере здравоохранения Росздравнадзора

**Н.Г. ДЗЕРАНОВА<sup>1</sup>**, канд. мед. наук, заместитель начальника отдела контроля за реализацией программы модернизации и деятельностью органов исполнительной власти Управления контроля за реализацией государственных программ в сфере здравоохранения Росздравнадзора

**А.Ю. АБРАМОВ<sup>2</sup>**, д-р мед. наук, доцент, директор, abramov\_au@pfur.ru  
ORCID <https://orcid.org/0000-0001-7178-1260>

**О.В. ШАРАПОВА<sup>3</sup>**, д-р мед. наук, проф., главный врач, sharapova-olga59@mail.ru  
ORCID <https://orcid.org/0000-0003-0384-1705>

## Всероссийская диспансеризация взрослого населения в рамках национального проекта «Здравоохранение»

<sup>1</sup> Федеральная служба по надзору в сфере здравоохранения, 109074, Российская Федерация, г. Москва, Славянская площадь, д. 4, стр. 1. Federal Service for Surveillance in Healthcare, 4, bld. 1, Slavyanskaya Square, Moscow, 109074 Russian Federation.

<sup>2</sup> ФГАУ ВО «Российский университет дружбы народов» Министерства науки и высшего образования РФ, 117198, Российская Федерация, г. Москва, ул. Миклухо-Маклая, д. 6. Federal State Autonomous Educational Institution of the Higher Education «Peoples' Friendship University of Russia» Ministry of Science and Education of the Russian Federation, RUDN University, 6, Miklukho-Maklaya Str., Moscow, 117198, Russian Federation.

<sup>3</sup> ГБУЗ города Москвы «Городская клиническая больница им. В.В. Виноградова Департамента здравоохранения города Москвы», 117292, Российская Федерация, г. Москва, ул. Вавилова, д. 61, стр. 2. State Budgetary Institution of Health "City clinical hospital of Vinogradov V.V." of the Health care Department of Moscow, 61, Vavilova St., Moscow, 117292, Russian Federation.

**Ключевые слова:** национальный проект «Здравоохранение», Всероссийская диспансеризация взрослого населения, профилактика неинфекционных заболеваний, диспансеризация, контрольно-надзорная деятельность

**Для цитирования:** Боечко Е.А., Рогинко Н.И., Дзеранова Н.Г., Абрамов А.Ю., Шаропова О.В. Всероссийская диспансеризация взрослого населения в рамках национального проекта «Здравоохранение» // Вестник Росздравнадзора. – 2021. – № 1. – С. 21–29.

**For citation:** Boenko E.A., Roginko N.I., Dzeranova N.G., Abramov A.Yu., Sharapova O.V. All-Russian prophylactic medical examination of the adult population within the framework of the national project "Health care" // Vestnik Roszdravnadzora. – 2021. – Vol. 1. – P. 21–29.

**Boenko E.A., Roginko N.I., Dzeranova N.G., Abramov A.Yu., Sharapova O.V.**

**All-Russian prophylactic medical examination of the adult population within the framework of the national project "Health care"**

The article discusses the stages of development of the preventive direction in domestic health care, provides a regulatory legal framework governing the procedure for conducting clinical examination of certain groups of the adult population. The results of the All-Russian prophylactic medical examination of the adult population within the framework of the national project "Healthcare" are presented. The measures of Roszdravnadzor in terms of control over the implementation of medical examination are considered, the results of monitoring and the main violations identified in the course of control activities are listed.

**Keywords:** national project "Health care", All-Russian prophylactic medical examination of the adult population, prevention of noncommunicable diseases, prophylactic medical examination, control and supervisory activities

### Введение

В России профилактика неинфекционных заболеваний (НИЗ) в системе охраны здоровья граждан является традиционно приоритетным направлением деятельности [1, 4, 5]. Но поворотным событием в активизации усилий государства и общества в этом направлении стала Первая всемирная министерская конференция по здоровому образу жизни и борьбе

В статье рассмотрены этапы развития профилактического направления в отечественном здравоохранении, приведена нормативная правовая база, регулирующая порядок проведения диспансеризации определенных групп взрослого населения. Представлены итоги Всероссийской диспансеризации взрослого населения в рамках национального проекта «Здравоохранение». Рассмотрены мероприятия Росздравнадзора в части контроля за осуществлением диспансеризации, перечислены результаты мониторинга и основные нарушения, выявленные в ходе контрольных мероприятий.

с неинфекционными болезнями с участием более 800 делегатов из 164 стран, прошедшая под эгидой ВОЗ в Москве в апреле 2011 г. В ходе конференции проблемы здорового образа жизни и контроля НИЗ были важнейшим предметом дискуссий, также было акцентировано внимание на применении межсекторального подхода к решению этих проблем. Была подчеркнута важность проведения профилактических мероприятий в медицинских организациях, оказывающих первичную медико-санитарную помощь, обсуждалась необходимость создания «единой профилактической среды» [1]. Массовая диспансеризация была признана одной из эффективных мер снижения уровня смертности населения.

### Нормативное регулирование

Наиболее активные перемены в плане совершенствования мер профилактики НИЗ в первичном звене медицинской помощи начались в 2013 г. с внедрения в практику порядка диспансеризации на новой методологической и организационной основе. Катализатором активного внедрения и обновления подходов к диспансеризации населения стал Федеральный закон от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» (далее – Федеральный закон № 323-ФЗ). В соответствии с планом его реализации был принят порядок диспансеризации определенных групп взрослого населения<sup>1</sup> (далее – порядок диспансеризации) и, следом за ним, – порядок проведения профилактического медицинского осмотра<sup>2</sup>. Профилактический осмотр представлял собой сокращенный вариант диспансеризации и служил замещающим инструментом в период, когда гражданин не подлежал обследованию в рамках диспансеризации. Кроме того, был принят порядок проведения

диспансерного наблюдения<sup>3</sup>, который определял процесс контроля НИЗ и других хронических заболеваний после их выявления. Порядок диспансеризации впоследствии был неоднократно изменен и усовершенствован.

С 1 декабря 2018 г. в России реализуется национальный проект «Здравоохранение», являющийся продолжением приоритетного национального проекта «Здоровье», стартовавшего 1 января 2006 г. Одним из путей реализации национального проекта является проведение диспансеризации взрослого населения.

Согласно ст. 24 Федерального закона № 323-ФЗ работодатели обязаны обеспечивать условия для прохождения работниками медицинских осмотров и диспансеризации, а также беспрепятственно отпускать работников для их прохождения. Кроме того, с 2018 г. Трудовой Кодекс РФ дополнен ст. 185.1 «Гарантии работникам при прохождении диспансеризации», согласно которой работники пенсионного и предпенсионного возрастов для прохождения диспансеризации имеют право на освобождение от работы на два рабочих дня один раз в год.

В целях совершенствования порядка прохождения диспансеризации и ежегодных профилактических медицинских осмотров (далее – ПМО) в соответствии с распоряжением Правительства РФ от 27.06.2019 № 1391-р «О проведении в 2019 и 2020 гг.<sup>4</sup> Всероссийской диспансеризации взрослого населения РФ» высшим исполнительным органам государственной власти субъектов РФ предписано организовать проведение в установленном порядке<sup>5</sup> профилактических медицинских осмотров и диспансеризации определенных групп взрослого населения в медицинских организациях, участвующих в реализации территориальных программ государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской

<sup>1</sup> Приказ Минздрава России от 03.12.2012 № 1006н «Об утверждении порядка проведения диспансеризации определенных групп взрослого населения».

<sup>2</sup> Приказ Минздрава России от 06.12.2012 № 1011н «Об утверждении Порядка проведения профилактического медицинского осмотра» (утратил силу).

<sup>3</sup> Приказ Минздрава России от 21.12.2012 № 1344н «Об утверждении порядка проведения диспансерного наблюдения» (утратил силу).

<sup>4</sup> Программа продлена на 2021 год в связи с пандемией COVID-19.

<sup>5</sup> Приказ Минздрава России от 13.03.2019 № 124н «Об утверждении порядка проведения профилактического медицинского осмотра и диспансеризации определенных групп взрослого населения».



помощи. Федеральный фонд обязательного медицинского страхования совместно с территориальными фондами обязательного медицинского страхования и страховыми медицинскими организациями, а также Росздравнадзор в рамках установленных полномочий должны осуществлять контроль за проведением мероприятий.

В новом порядке проведения ПМО и диспансеризации предусмотрено ежегодное проведение профилактических медицинских осмотров для взрослых граждан РФ, проведение диспансеризации для граждан в возрасте 18–39 лет 1 раз в 3 года, а в возрасте 40 лет и старше – ежегодно. Важно отметить, что диспансеризация включает раннее выявление (скрининг) хронических неинфекционных заболеваний (состояний), являющихся основной причиной инвалидности и преждевременной смертности населения РФ, в том числе онкоскрининг на семь наиболее распространенных локализаций онкологических заболеваний, а также дополнительное обследование граждан старших возрастных групп, направленное на выявление возраст-ассоциированных патологических состояний (герiatricких синдромов).

Важной новацией нового порядка проведения ПМО и диспансеризации стала организационно-правовая возможность привлечения медицинских работников, оказывающих специализированную медицинскую помощь, для проведения приемов (осмотров, консультаций), исследований и иных медицинских вмешательств, проводимых в рамках ПМО и диспансеризации населения. Кроме того, в соответствии с новым порядком граждане могут пройти диспансеризацию не только днем, но и в вечернее время, а также по субботам.

### Контрольно-надзорные мероприятия

Федеральной службой по надзору в сфере здравоохранения на постоянной основе осуществлялся контроль за проведением Всероссийской диспансеризации взрослого населения РФ посредством ежемесячного мониторинга, а также в ходе контрольных мероприятий в субъектах РФ.

Новые принципы диспансеризации потребовали целого ряда организационных

решений на уровне медицинских организаций (МО). Прежде всего необходимо было обеспечить достаточное ресурсное оснащение, кадровую обеспеченность, а также организовать размещение информационных материалов и проведение информационно-коммуникационной компании, направленной на популяризацию профилактических медицинских осмотров и диспансеризации, в том числе на телевидении, радио и в информационно-телекоммуникационной сети «Интернет».

С целью мониторинга готовности субъектов РФ к проведению Всероссийской диспансеризации Росздравнадзором были разработаны и внедрены чек-листы с перечнем вопросов, характеризующих готовность МО к самостоятельному проведению в полном объеме первого этапа диспансеризации, а также дано распоряжение разместить соответствующую информацию на сайтах всех МО и органов исполнительной власти субъектов РФ.

Для проведения проверок по четким параметрам контроля потребовалась разработка методических рекомендаций, содержащих усовершенствованные критерии эффективности проводимых профилактических мероприятий.

С целью контроля за проведением диспансеризации Росздравнадзором осуществлялись следующие мероприятия:

- контрольно-надзорные мероприятия в отношении МО и органов исполнительной власти субъектов РФ в сфере охраны здоровья граждан;
- ежемесячный мониторинг хода проведения диспансеризации, включающий в себя информацию о контрольных мероприятиях, осуществляемых территориальными органами Росздравнадзора, а также аналитическую информацию органов исполнительной власти субъектов РФ в сфере охраны здоровья граждан;
- обмен информацией с ТФОМС о ходе проведения диспансеризации (запрашиваемой в рамках межведомственного взаимодействия).

Основными контролируемыми критериями эффективности диспансеризации взрослого населения являются:

- 1) охват диспансеризацией населения, находящегося на медицинском обслуживании в медицинской организации (показатель охвата диспансеризацией населения врачебного (фельдшерского) участка можно определить посредством анализа заполненного Календарного плана-графика прохождения диспансеризации. При суммировании данных по всем врачебным (фельдшерским) участкам можно получить показатель охвата диспансеризацией всего населения, находящегося на медицинском обслуживании в медицинской организации);
- 2) уменьшение частоты выявления и регистрации факторов риска хронических неинфекционных заболеваний среди граждан, проходящих диспансеризацию;
- 3) уменьшение числа граждан с первично выявленными заболеваниями на поздних стадиях их развития;
- 4) снижение инвалидности и смертности от хронических неинфекционных заболеваний среди граждан, проходящих диспансеризацию;
- 5) увеличение числа граждан, относящихся к I группе здоровья, и уменьшение числа граждан, относящихся ко II и III группам здоровья.

При оценке эффективности диспансеризации на предмет раннего выявления неинфекционных хронических заболеваний среди граждан, проходящих диспансеризацию, необходимо сопоставлять полученные результаты в медицинской организации с данными официальной статистики, отражающими процесс выявления заболеваний по факту обращаемости населения.

Основными критериями эффективности диспансеризации взрослого населения являются: охват диспансеризацией населения, находящегося на медицинском обслуживании в медицинской организации (показатель охвата диспансеризацией населения врачебного (фельдшерского) участка можно определить посредством анализа заполненного Календарного плана-графика прохождения диспансеризации. При суммировании данных по всем врачебным (фельдшерским) участкам можно получить показатель охвата диспансеризацией всего населения, находящегося на медицинском обслуживании

в медицинской организации); уменьшение частоты выявления и регистрации факторов риска хронических неинфекционных заболеваний среди граждан, проходящих диспансеризацию; уменьшение числа граждан с первично выявленными заболеваниями на поздних стадиях их развития; снижение инвалидности и смертности от хронических неинфекционных заболеваний среди граждан, проходящих диспансеризацию; увеличение числа граждан, относящихся к I группе здоровья, и уменьшение числа граждан, относящихся ко II и III группам здоровья.

#### Результаты мониторинга и промежуточные итоги диспансеризации

При проведении проверок по контролю за соблюдением порядка проведения диспансеризации определенных групп взрослого населения были выявлены следующие дефекты:

1. Отсутствие лицензии на осуществление медицинской деятельности по необходимым для проведения диспансеризации работам (услугам) или соответствующих договоров с медицинскими организациями, имеющими лицензии на необходимые работы (услуги).
2. Несоответствие лицензионным требованиям и условиям при осуществлении медицинской деятельности в рамках проведения диспансеризации (отсутствие необходимых врачей-специалистов, несмотря на наличие лицензии по соответствующей работе (услуге), невозможность использования необходимого для проведения диспансеризации медицинского оборудования (неисправность, отсутствие расходного материала, отсутствие специалиста и др.).
4. Отсутствие в медицинской карте амбулаторного больного (полностью или частично) записей врачей-специалистов об осмотрах и (или) результатов проведенных обследований.
5. Отсутствие учета в рамках диспансеризации результатов предыдущих медицинских осмотров, лабораторно-диагностических и функциональных исследований, в том числе проведенных во время стационарного обследования и лечения, в сроки, превышающие 6 месяцев с момента их

проведения (за исключением флюорографии, маммографии, ультразвукового исследования молочных желез).

6. Отсутствие определения суммарного сердечно-сосудистого риска.

7. Отсутствие направления пациентов на второй этап диспансеризации:

- для проведения дуплексного сканирования брахицефальных артерий при наличии комбинации трех факторов риска развития хронических неинфекционных заболеваний: повышенный уровень артериального давления, гиперхолестеринемия, избыточная масса тела или ожирение;

- для проведения индивидуального или группового (школы для пациентов) углубленного профилактического консультирования в кабинете медицинской профилактики (выявлены цереброваскулярные заболевания, характеризующиеся повышенным кровяным давлением);

- с целью коррекции выявленных факторов риска и (или) профилактики старческой астении граждане в возрасте 75 лет и старше.

8. Заполнение карт учета диспансеризации (учетная форма №131/у) (профилактических медицинских осмотров) ненадлежащим образом. Чаще всего не вносятся сведения в раздел «Заболевания (подозрения на заболевания), выявленные при проведении диспансеризации (профилактического медицинского осмотра), установление диспансерного наблюдения», данные не соответствуют сведениям, указанным в медицинской карте амбулаторного больного.

9. Неправильное определение группы здоровья, отсутствие диагностических и терапевтических мероприятий по результатам диспансеризации.

По результатам мониторинга Росздравнадзора на 1 июля 2019 г. – дату начала проведения Всероссийской диспансеризации, – было выявлено:

- 970 медицинских организаций, не готовых к проведению первого этапа

диспансеризации в полном объеме в связи с отсутствием оборудования для проведения:

- маммографии – 325;

- флюорографии – 102;

- эзофагогастродуоденоскопии – 362;

- полного комплекса лабораторных исследований, включая определение уровня простатспецифического антигена в крови, цитологического исследования мазков с шейки матки, иммунохимического исследования кала – 181.

- 470 медицинских организаций, не готовых к проведению диспансеризации в полном объеме при наличии соответствующего оборудования в связи с отсутствием специалистов для проведения:

- маммографии – 191;

- флюорографии – 68;

- эзофагогастродуоденоскопии – 129;

- офтальмологического осмотра – 66;

- забора материала для цитологического исследования мазков с шейки матки – 84.

- 2770 медицинских организаций, полностью готовых к проведению диспансеризации.

Территориальным органам Росздравнадзора было поручено усилить контроль за исполнением распоряжения Правительства Российской Федерации от 27.06.2019 №1391-р. Росздравнадзором также был усовершенствован список контрольных вопросов, используемых при проверках МО, участвующих в проведении Всероссийской диспансеризации взрослого населения.

На начало 2020 г. в проведении Всероссийской диспансеризации взрослого населения участвовало 3373 МО (по данным Росздравнадзора).

В связи с пандемией новой коронавирусной инфекции и введенными ограничительными мероприятиями с 23 марта 2020 г. в России проведение Всероссийской диспансеризации было приостановлено<sup>6</sup>. В III квартале 2020 г., проведение Всероссийской диспансеризации взрослого населения было возобновлено<sup>7</sup> с учетом эпидемиологической ситуации в субъектах РФ.

<sup>6</sup> Распоряжение Правительства РФ от 21.03.2020 № 710-р «О приостановлении проведения Всероссийской диспансеризации взрослого населения Российской Федерации».

<sup>7</sup> В соответствии с распоряжением Правительства РФ от 10.07.2020 №1788-р, внесшим изменениями в п. 5 распоряжения Правительства РФ от 21.03.2020 №710-р.

По оперативным данным, предоставленным Территориальными органами Росздравнадзора и органами государственной власти в сфере охраны здоровья субъектов РФ на 31 декабря 2020 г., количество МО, участвовавших в проведении Всероссийской диспансеризации, составило 3404, что на 23% больше, чем на период начала проведения Всероссийской диспансеризации. В ряде субъектов РФ в связи с неблагоприятной эпидемической ситуацией, вызванной новой коронавирусной инфекцией, число МО, участвующих в проведении Всероссийской диспансеризации взрослого населения, сократилось:

- в Республиках: Бурятия (-11), Саха (Якутия) (-2);
- в областях: Пензенской (-1), Кемеровской (-3), Нижегородской (-1), Волгоградской (-1), Московской (-14).

**Результаты выполнения I–II этапов диспансеризации в субъектах РФ.** По состоянию на 31 декабря 2020 г. завершили I этап диспансеризации 43,9% населения, включенного в план на 2020 г. На II этап диспансеризации направлено 30,4% граждан от общего числа завершивших I этап диспансеризации. Наименьшее число граждан, направленных на II этап диспансеризации по итогам I этапа было выявлено в Магаданской области (8,0%), Республике Адыгея (9,3%), Республике Саха (Якутия) (10,3%). Завершили II этап диспансеризации 83,1% населения от общего числа направленных граждан по итогам I этапа диспансеризации. В двух субъектах РФ доля прошедших II этап диспансеризации от количества населения, прошедшего I этап диспансеризации, составила менее 10% (Еврейская автономная область, Чукотский автономный округ).

Низкий процент выполнения II этапа диспансеризации приводит к несвоевременной диагностике и выявлению ряда заболеваний, в т.ч. сердечно-сосудистых и онкологических, росту запущенных случаев и риску преждевременной смерти.

**Результаты проведения диспансеризации в вечернее время и выходные дни.** По отчетным данным, из 3404 медицинских организаций, участвовавших в проведении

Всероссийской диспансеризации взрослого населения, 2808 (82,5%) имеют возможность ее проведения в вечернее время; 2894 (85,0%) – в субботу, 2655 (78%) – в день обращения. Всего за отчетный период в вечернее время диспансеризацию прошли 6,4% граждан из числа прошедших I этап диспансеризации. Регион с наименьшим количеством граждан, прошедших диспансеризацию в вечернее время, – Еврейская автономная область (6 человек). Регион с наибольшим количеством граждан, прошедших диспансеризацию в вечернее время, – Воронежская область (20,5% граждан, от количества завершивших 1 этап).

В семи субъектах РФ (8,3%) диспансерный осмотр граждан в вечернее время не проводился (Республики Адыгея, Калмыкия, Алтай; Ростовская, Самарская области; Чукотский автономный округ; Красноярский край).

Всего за отчетный период 4,5% граждан прошли диспансеризацию в субботные дни. Регион с наименьшим количеством граждан, прошедших диспансеризацию в субботу, – Еврейская автономная область (6 человек). Регион с наибольшим количеством граждан, прошедших диспансеризацию в субботу, – Республика Адыгея (12% граждан от завершивших 1 этап).

В четырех субъектах РФ (4,7%) диспансерный осмотр граждан в субботу не проводился (Республика Калмыкия; Ростовская, Калужская, Псковская области; Чукотский автономный округ).

За отчетный период медицинскими организациями, участвующими в проведении I этапа диспансеризации, в день обращения осмотрено 28,6% граждан от прошедших I этап.

**Результаты плановых выездных контрольных мероприятий в субъектах РФ.** Территориальными органами Росздравнадзора на 31 декабря 2020 г. проверено 228 МО, участвующих в диспансеризации взрослого населения. В 139 МО выявлены нарушения (60,9% от числа проверенных). В том числе:

- 741 нарушение Порядка проведения профилактического медицинского осмотра и диспансеризации определенных групп взрослого населения<sup>8</sup>;

<sup>8</sup> Утвержденного приказом Минздрава России от 13.03.2019 №124н.

- 23 нарушения Положения об организации оказания первичной медико-санитарной помощи взрослому населению<sup>9</sup>;
- 60 случаев несоблюдения Порядка организации и осуществления профилактики неинфекционных заболеваний и проведения мероприятий по формированию здорового образа жизни в медицинских организациях<sup>10</sup>.

По результатам проверок выдано 139 предписаний в МО. Составлен 41 протокол об административном нарушении на юридическое лицо в МО и 21 протокол об административном правонарушении – на должностное лицо в МО.

Материалы 82 проверок направлены в лицензирующие органы субъекта РФ, материалы 14 проверок – в прокуратуры субъектов РФ.

Результаты плановых выездных контрольных мероприятий в субъектах РФ, проведенных центральным аппаратом совместно с территориальным органом, и выявленные нарушения в проведении Всероссийской диспансеризации взрослого населения приведены ниже.

В **Астраханской области** по итогам проверки сайтов МО, оказывающих первичную медико-санитарную помощь на территории области, отмечено, что информация о проведении Всероссийской диспансеризации взрослого населения, в том числе в субботные дни и в вечернее время, не размещена в 77,3% МО.

Комиссией установлены факты невозможности проведения диспансеризации за одно посещение; отсутствия информации о возобновлении проведения диспансеризации на информационных стендах медицинских организаций; формального разделения потоков пациентов (с признаками ОРВИ и пришедших на диспансеризацию); формального заполнения медицинской документации при проведении диспансеризации, отсутствии занесения медицинскими работниками, проводящими I этап диспансеризации, информации о результатах в медицинскую информационную систему, что не позволяет

вести полноценный мониторинг результатов диспансеризации.

В **Забайкальском крае** отмечено низкое исполнение плана диспансеризации медицинскими организациями. Возможными причинами могли послужить следующие выявленные нарушения:

- несоблюдение требований к организации деятельности кабинетов (отделений) медицинской профилактики, в т.ч. в части укомплектования кадрами, правил подготовки специалистов;
- отсутствие должного информирования граждан специалистами кабинетов (отделений) медицинской профилактики, участковыми терапевтами, фельдшерами ФАП о целях и задачах диспансеризации (профилактических осмотров), инструктажа о порядке и последовательности прохождения обследований;
- отсутствие должной организации проведения диспансеризации (включая инструментальные методы диагностики первого и второго этапов) в вечерние часы и субботу.

В **Кабардино-Балкарской Республике** информация о проведении Всероссийской диспансеризации взрослого населения, в том числе в субботные дни и в вечернее время, размещена не на всех сайтах МО.

Комиссией установлены факты невозможности проведения диспансеризации за одно посещение; отсутствия информации о возобновлении проведения диспансеризации на информационных стендах МО, формального разделения потоков пациентов, формального заполнения медицинской документации при проведении диспансеризации.

В **Тверской области** отсутствует информация о проведении Всероссийской диспансеризации, в том числе с перечнем медицинских организаций, ее осуществляющих.

При имеющихся данных о готовности медицинских организаций региона к прохождению диспансеризации по критерию «за один день», отмечаются факты отсутствия в ряде учреждений возможности

<sup>9</sup> Утвержденного приказом Минздравсоцразвития России от 15.05.2012 № 543н.

<sup>10</sup> Утвержденного приказом Минздрава России от 30.09.2015 № 683н.

проведения диспансеризации в вечернее время и выходные дни.

Отмечен недостаточный процент прохождения диспансеризации I этапа, низкий процент направленных на II этап (что может привести к низкой доле выявленных неинфекционных хронических заболеваний и состояний, их провоцирующих), а также значительное число граждан, не завершивших II этап диспансеризации.

В **Ярославской области** отмечено отсутствие в МО возможности проведения диспансеризации в один день, в вечернее время и в субботные дни.

Выявлены факты неисправности необходимого диагностического оборудования; отсутствия специалистов; отсутствие направления на цитологические исследования граждан; отсутствие направления на второй этап диспансеризации при выявлении высоких рисков развития заболеваний; отсутствия данных в амбулаторных картах пациентов, прошедших диспансеризацию в 2019 г., сведений о проведении осмотра на выявление визуальных и иных локализаций онкологических заболеваний, включающий осмотр слизистых губ и ротовой полости, пальпацию щитовидной железы.

Все указанные нарушения свидетельствуют о неэффективности проводимой диспансеризации взрослого населения в регионе, как следствие, низком уровне выявляемости заболеваний, ненадлежащем проведении профилактических мероприятий.

В ряде МО выявлены случаи несоблюдения требований приказа Минздрава России от 29.03.2019 № 173н «Об утверждении порядка проведения диспансерного наблюдения за взрослыми»:

- руководителями МО надлежащим образом не проведена работа по организации диспансерного наблюдения в медицинской организации и ее структурных подразделениях;
- не организовано обобщение и проведение анализа результатов диспансерного наблюдения за лицами, находящимися на медицинском обслуживании в медицинской организации, с целью оптимизации проведения диспансерного наблюдения;

- отсутствуют результаты диагностических и лабораторных обследований в рамках профилактического осмотра лиц, состоящих на диспансерном учете;
- не проводятся осмотры врачами специалистами в установленные сроки;
- не обеспечивается информирование лиц, подлежащих диспансерному наблюдению в текущем году, о необходимости явки к специалистам;
- не выполняются функции врачами-терапевтами по оценке приверженности к лечению и эффективности ранее назначенного лечения, достижения целевых значений показателей состояния здоровья, коррекции проводимого лечения, проведению краткого профилактического консультирования и разъяснения лицу с высоким риском развития угрожающего жизни заболевания или состояния или их осложнения, назначения по медицинским показаниям дополнительных профилактических, диагностических, лечебных и реабилитационных мероприятий;
- не проводился анализ результатов проведения диспансерного наблюдения врачами-терапевтами, не заполнялись контрольные карты, не проводился учет лиц, находящихся на диспансерном наблюдении у врачей-специалистов, не формировался план проведения диспансерного наблюдения для каждого лица с учетом всех заболеваний или состояний.

В **Удмуртской Республике** установлено в ходе проведения проверки, что планы проведения диспансеризации, представленные Министерством и медицинскими организациями, отличаются по количественному показателю, что может свидетельствовать как о недостоверном представлении данных, так и о случаях приписок при формировании и выполнении плана проведения диспансеризации.

Отмечены факты отсутствия направления пациентов на второй этап диспансеризации при наличии явных показаний по результатам проведения первого этапа.

Несмотря на наличие программного продукта по контролю за проведением диспансеризации в МО региона, ведение ресурса формально. При назначении

инструментального исследования отсутствуют его результаты.

Также в МО имелись случаи отсутствия расходных материалов (реактивов) для проведения необходимого объема исследований. Отсутствие должного ведомственного контроля за проведением диспансеризации напрямую свидетельствует о невыполнении мероприятий по снижению смертности в регионах, об отсутствии планомерной работы медицинских работников, направленной на формирование здорового образа жизни, снижению потребления алкоголя и курения, что, в конечном счете, приводит к росту смертности.

Важно отметить, что задачей руководителя медицинской организации является определение круга ответственных лиц и подразделений, участвующих в проведении диспансеризации населения,

постановка перед ними задач и принципиальной схемы взаимодействия для достижения целей диспансеризации. Контроль необходим на каждом этапе проведения диспансеризации.

### Заключение

В заключении следует подчеркнуть, что контрольно-надзорная деятельность Росздравнадзора в части проводимой диспансеризации взрослого населения является четко отлаженным и постоянно модернизируемым механизмом, направленным на обеспечение национальных общественно значимых целей сохранения населения, здоровья и благополучия людей при развитии страны на перспективу в рамках вертикально интегрированной деятельности федерального центра и субъектов РФ.

### ИСТОЧНИКИ

1. Бойцов С.А. Совершенствование профилактики хронических неинфекционных заболеваний в учреждениях здравоохранения / С.А. Бойцов, С.В. Вылегжанин, Ф.А. Гилева и др. // Профилактическая медицина. – 2013. – № 2(16). – С. 3–12.
2. Организация проведения профилактического медицинского осмотра и диспансеризации определенных групп взрослого населения. Методические рекомендации по практической реализации приказа Минздрава России от 13.03.2019 № 124н «Об утверждении порядка проведения профилактического медицинского осмотра и диспансеризации определенных групп взрослого населения». – М., 2019. – 165 с. Утверждены главным внештатным специалистом по терапии и общей врачебной практике Минздрава России О.М. Драпкиной и главным внештатным специалистом по медицинской профилактике Минздрава России Л.Ю. Дроздовой 22.10.2019. – URL: <http://org.gnicpm.ru/>
3. Жукова Н.В. Медицинские профилактические осмотры: современное состояние проблемы [Электронный ресурс] / Н.В. Жукова, Ю.А. Лутай, В.В. Килесса и др. // Крымский терапевтический журнал. – 2019. № 4. – С. 53–58. – Режим доступа: <https://cyberleninka.ru/article/n/meditsinskie-profilakticheskie-osmotry-sovremennoe-sostoyanie-problemy>.
4. World Health Organization: [website]. – URL: [http://www.euro.who.int/data/assets/pdf\\_file/0007/109762/EHFA5-R.pdf](http://www.euro.who.int/data/assets/pdf_file/0007/109762/EHFA5-R.pdf).
5. Яковлева Т.А. Диспансеризация взрослого населения Российской Федерации: первый год реализации, опыт, результаты, перспективы / Т.А. Яковлева, С.В. Вылегжанин, С.А. Бойцов // Социальные аспекты здоровья населения [Электронный журнал]. – 2014. – № 4. – С. 1–17. URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/dispenserizatsiya-vzroslogo-naseleniya-rossiyskoj-federatsii-pervyy-god-realizatsii-opyt-rezultaty-perspektivy>. – Дата публикации: 28.08.2014.

### REFERENCES

1. Boitsov S.A. Improving The Prevention of Chronic Non-communicable Diseases In Health Care Facilities / S.A. Boitsov, S.V. Vylegzhanin, F.A. Gileva [et al.] // Profilakticheskaya medicina (The Russian Journal of Preventive Medicine). – 2013. – Vol. 2(16). – P. 3–12 (in Russian).
2. Organization of preventive medical examination and clinical examination of certain groups of the adult population. Methodological recommendations for the practical implementation of the order of the Ministry of Health of Russia dated 03.13.2019 No. 124n «On approval of the procedure for conducting a preventive medical examination and clinical examination of certain groups of the adult population». – M., 2019. – 165 p. Approved by the chief freelance specialist in therapy and general medical practice of the Ministry of Health of Russia O.M. Drapkina and the chief freelance specialist in medical prevention of the Ministry of Health of Russia L.Yu. Drozdova 22.10.2019. – URL: <http://org.gnicpm.ru/>
3. Zhukova N.V. Medical Preventive Examinations: Current State of the Problem [Electronic resource] / N.V. Zhukova, Yu.A. Lutai, V.V. Kilessa etc. // Kry`mskij terapevticheskij zhurnal (Crimean Journal of Internal Diseases). – 2019. Vol. 4. – P. 53–58. – Access mode: <https://cyberleninka.ru/article/n/meditsinskie-profilakticheskie-osmotry-sovremennoe-sostoyanie-problemy> (in Russian).
4. World Health Organization: [website]. – URL: [http://www.euro.who.int/data/assets/pdf\\_file/0007/109762/EHFA5-R.pdf](http://www.euro.who.int/data/assets/pdf_file/0007/109762/EHFA5-R.pdf).
5. Yakovleva T.A. Regular Medical Examination of Adults in the Russian Federation: First Year Implementation: Lessons Learnt, Results and Perspectives / T.A. Yakovleva, S.V. Vylegzhanin, S.A. Boitsov // Social`ny`e aspekty` zdorov`ya naseleniya (Social aspects of population health) [Online journal]. – 2014. – Vol. 4. – P. 1–17. URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/dispenserizatsiya-vzroslogo-naseleniya-rossiyskoj-federatsii-pervyy-god-realizatsii-opyt-rezultaty-perspektivy>. – Publication date: 28.08.2014 (in Russian).

**В.С. ФИСЕНКО**<sup>1</sup>, первый заместитель министра здравоохранения РФ

**А.Н. ПЛУТНИЦКИЙ**<sup>1</sup>, д-р мед. наук, директор Департамента проектной деятельности

info@rosminzdrav.ru

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-2933-267X>

**М.Ю. ДЬЯЧЕНКО**<sup>1</sup>, заместитель директора Департамента проектной деятельности

info@rosminzdrav.ru

**А.А. МАНГИЛЕВА**<sup>2</sup>, главный специалист аналитического отдела

MangilevaAA@rosminzdrav.ru

## Национальный проект «Здравоохранение» как основной ресурс повышения качества медицинской помощи

<sup>1</sup> Министерство здравоохранения Российской Федерации, 127994, Российская Федерация, г. Москва, ГСП 4, Рахмановский пер., д. 3. Ministry of Health of the Russian Federation, 3, Rakhmanovsky lane, City Service Post Office-4, Moscow, 127994, Russian Federation.

<sup>2</sup> ФГБУ «Центральный научно-исследовательский институт организации и информатизации здравоохранения» Минздрава России, 127254, Российская Федерация, г. Москва, ул. Добролюбова, д. 11.

The Federal State Budget Institution "The Central Research Institute for Health Organization and Informatics" of the Ministry of Health of the Russian Federation, 11, Dobrolyubova St., Moscow, 127254, Russian Federation.

**Ключевые слова:** национальный проект «Здравоохранение», качество медицинской помощи, доступность медицинской помощи

**Для цитирования:** Фисенко В.С., Плутницкий А.Н., Дьяченко М.Ю., Мангилева А.А. Национальный проект «Здравоохранение» как основной ресурс повышения качества медицинской помощи // Вестник Росздравнадзора. – 2021. – № 1. – С. 30–37.

**For citation:** Fisenko V.S., Plutnitsky A.N., Dyachenko M.Yu., Mangileva A.A. National project "Health care" as a primary resource for improving the quality of medical care // Vestnik Roszdravnadzora. – 2021. – Vol. 1. – P. 30–37.

**Fisenko V.S., Plutnitsky A.N., Dyachenko M.Yu., Mangileva A.A.**

**National project "Health care" as a primary resource for improving the quality of medical care**

Quality medical care is key to preserving the lives and well-being of citizens. The World Health Organization has proven that improving the quality and life expectancy of the population leads to an acceleration of the economic development of the state, an increase in its gross national product [1].

In order to improve the health care system of the Russian Federation, improve the quality of medical care, improve the health of the population, and reduce mortality, a national project "Health care" was developed, which included 8 federal projects covering all areas of health care to ensure the availability and quality of medical care. The article analyzes the interim results of the national project "Health care", implemented in 85 constituent entities of the Russian Federation. The changes made to the national project in connection with the new Decree of the President of the Russian Federation of July 21, 2020 No. 474, which determined national goals until 2030, were also considered.

**Keywords:** national project "Health care", quality of medical care, availability of medical care

Качественная медицинская помощь имеет ключевое значение для сохранения жизни и обеспечения благополучия граждан. Всемирной организацией здравоохранения доказано, что улучшение качества и продолжительности жизни населения ведет к ускорению экономического развития государства, росту его валового национального продукта [1]. С целью совершенствования системы здравоохранения Российской Федерации, повышения качества оказываемой медицинской помощи, укрепления здоровья населения, снижения смертности был разработан национальный проект «Здравоохранение», в состав которого вошли 8 федеральных проектов, охватывающих все области здравоохранения для обеспечения доступности и качества медицинской помощи. В статье анализируются промежуточные итоги национального проекта «Здравоохранение», реализуемого в 85 субъектах РФ. Также рассмотрены изменения, внесенные в национальный проект в связи с новым Указом Президента РФ от 21.07.2020 № 474, определившим национальные цели до 2030 г.

### Введение

По данным Росстата за последние 10 лет ежегодно регистрируется более 114 тыс. различных заболеваний, среди которых

в большей степени – заболевания сердечно-сосудистой системы, онкологические заболевания, болезни систем кровообращения, органов пищеварения и дыхания.



Повышение качества оказываемой медицинской помощи, ее доступности и своевременности способствует предотвращению большинства заболеваний.

Современное понимание качественной медицинской помощи, согласно заключению экспертной группы Всемирной организации здравоохранения, состоит в том, что каждый пациент должен получить такой комплекс диагностической и терапевтической помощи, который привел бы к оптимальным для здоровья этого пациента результатам, в соответствии с уровнем медицинской науки и такими биологическими факторами, как его возраст, заболевание, сопутствующий диагноз, реакция на выбранное лечение и др. [2]

### Совершенствование системы здравоохранения и повышение качества медицинской помощи – приоритетные задачи национального проекта «Здравоохранение»

Понятие качества медицинской помощи включает в себя совокупность характеристик, отражающих своевременность оказания медицинской помощи, правильность выбора методов профилактики, диагностики, лечения и реабилитации при оказании медицинской помощи, степень достижения запланированного результата [3]. Кроме того, медицинская помощь должна быть доступной.

Доступность и качество медицинской помощи обеспечиваются:

- 1) организацией оказания медицинской помощи по принципу приближенности к месту жительства, работы или обучения;
- 2) наличием необходимого количества медицинских работников и уровнем их квалификации;
- 3) возможностью выбора медицинской организации и врача;
- 4) применением порядков оказания медицинской помощи и стандартов медицинской помощи;
- 5) предоставлением медицинской организацией гарантированного объема медицинской помощи в соответствии с программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи;

- 6) установлением в соответствии с законодательством Российской Федерации требований к размещению медицинских организаций государственной системы здравоохранения и муниципальной системы здравоохранения и иных объектов инфраструктуры в сфере здравоохранения исходя из потребностей населения;
- 7) транспортной доступностью медицинских организаций для всех групп населения, в том числе инвалидов и других групп населения с ограниченными возможностями передвижения;
- 8) возможностью беспрепятственного и бесплатного использования медицинским работником средств связи или транспортных средств для перевозки пациента в ближайшую медицинскую организацию в случаях, угрожающих его жизни и здоровью;
- 9) оснащением медицинских организаций оборудованием для оказания медицинской помощи с учетом особых потребностей инвалидов и других групп населения с ограниченными возможностями здоровья;
- 10) применением телемедицинских технологий<sup>1</sup>.

На сегодняшний день медицинские технологии значительно продвинулись в области диагностики и терапии различных заболеваний. Для повышения качества оказываемой медицинской помощи в стране внедряются инновационные решения на всех уровнях системы здравоохранения, что является одной из приоритетных задач, поставленных перед Минздравом России.

С целью совершенствования системы здравоохранения Российской Федерации, повышения качества оказываемой медицинской помощи, укрепления здоровья населения, снижения смертности в соответствии с Указом Президента Российской Федерации от 07.05.2018 № 204 «О национальных целях и стратегических задачах развития Российской Федерации на период до 2024 года» был разработан национальный проект «Здравоохранение», который реализуется в 85 субъектах Российской Федерации и включает в себя 8 федеральных проектов:

<sup>1</sup> Федеральный закон от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации».

- «Развитие системы оказания первичной медико-санитарной помощи»;
- «Борьба с сердечно-сосудистыми заболеваниями»;
- «Борьба с онкологическими заболеваниями»;
- «Развитие детского здравоохранения, включая создание современной инфраструктуры оказания медицинской помощи детям»;
- «Обеспечение медицинских организаций системы здравоохранения квалифицированными кадрами»;
- «Развитие сети национальных медицинских исследовательских центров и внедрение инновационных медицинских технологий»;
- «Создание единого цифрового контура в здравоохранении на основе единой государственной информационной системы здравоохранения (ЕГИСЗ)»;
- «Развитие экспорта медицинских услуг».

Федеральные проекты охватывают все области здравоохранения, направлены на повышение доступности и качества медицинской помощи, на удовлетворенность населения оказываемой медицинской помощью.

#### **Федеральный проект «Развитие системы оказания первичной медико-санитарной помощи»**

Проект направлен на обеспечение оптимальной доступности для населения медицинских организаций, оказывающих первичную медико-санитарную помощь, в том числе для жителей населенных пунктов, расположенных в отдаленных местностях. В рамках реализации проекта строятся фельдшерско-акушерские пункты и мобильные медицинские комплексы, проводится диспансеризация и другие медицинские осмотры граждан.

В рамках федерального проекта в 2020 г. реализовывались мероприятия по созданию и замене в населенных пунктах с численностью населения от 100 до 2 тыс. человек объектов здравоохранения – фельдшерских, фельдшерско-акушерских пунктов и врачебных амбулаторий (далее – ФП, ФАП, ВА).

По состоянию на 31 декабря 2020 г. в 71 субъекте Российской Федерации введено в эксплуатацию 1 396 ФП, ФАП и ВА, запланированных к созданию в 2019–2020 гг. В настоящее время в данных ФАП, ФП, ВА осуществлено более 425 тыс. посещений.

Для оказания медицинской помощи жителям населенных пунктов с численностью жителей до 100 человек в рамках федерального проекта приобретаются передвижные медицинские комплексы (далее – ПМК). За 2019–2020 годы приобретено и поставлено в медицинские организации 985 ПМК, из них – 517 ПМК из 519, запланированных к приобретению в 2019 году и 468 ПМК из 503, запланированных к приобретению в 2020 году. В 2020 году функционировали 504 ПМК, ими осуществлено 37,5 тыс. выездов, осмотрено более 919,6 тыс. человек.

В 2021 году планируется приобрести и поставить в медицинские организации 24 субъектов Российской Федерации еще 304 ПМК.

Для эвакуации пациентов со сложными случаями из отдаленных и труднодоступных районов в городские больницы в целях повышения доступности экстренной медицинской помощи развивается санитарная авиация, запланировано строительство 78 вертолетных площадок. По итогам 2020 г., по информации, представленной органами государственной власти субъектов РФ создано/ реконструировано 87 площадок, позволяющих осуществлять посадку воздушного судна, выполняющего авиационные работы в целях оказания медицинской помощи, что составило 111,5 % от запланированного результата.

В 2020 г. выполнено 10 617 вылетов санитарной авиации (при плановом значении 8 500), эвакуирован 14 171 пациент, в том числе более 2,0 тыс. детей, из них около тысячи – дети в возрасте до 1 года.

#### **Федеральный проект «Борьба с сердечно-сосудистыми заболеваниями»**

В рамках реализации проекта первичные сосудистые отделения и сосудистые центры оснащаются современным

оборудованием. В 2020 г. продолжилась реализация региональных программ по борьбе с сердечно-сосудистыми заболеваниями, мероприятия выполнены в целом по стране на 80,5%.

Также продолжилось улучшение материально-технической базы региональных сосудистых центров и первичных сосудистых отделений. В переоснащении/дооснащении медицинским оборудованием участвовали 137 региональных сосудистых центров и 223 первичных сосудистых отделения, всего – 360 медицинских организаций. На реализацию указанного мероприятия предоставлено из федерального бюджета более 13 млрд рублей. По состоянию на 1 февраля 2021 года введено в эксплуатацию более 5,4 тыс. единиц медицинских изделий, в том числе ангиографических установок, компьютерных и магнитно-резонансных томографов (достижение планового значения составило 95%).

В 2020 г. более 450 тыс. пациентов с высоким риском развития сердечно-сосудистых заболеваний и их осложнений получили льготные лекарственные препараты, а это 82,9 % от числа лиц, взятых под диспансерное наблюдение по поводу инфаркта миокарда, острого нарушения мозгового кровообращения и соответствующих операций на сердце (при плановом значении – 50%). Из средств федерального бюджета на реализацию данного мероприятия было выделено 10,15 млрд руб.

Вместе с тем, большое внимание уделяется профилактике сердечно-сосудистых заболеваний за счет снижения потребления табака и алкоголя, а также мотивации граждан к занятиям спортом и правильному питанию. Кроме того, проводится коммуникационная кампания по распространению знаний о первой помощи при сердечно-сосудистых заболеваниях, о профилактике инфарктов и инсультов.

### **Федеральный проект «Борьба с онкологическими заболеваниями»**

В рамках реализации проекта переоснащаются лечебно-профилактические учреждения, открываются центры

амбулаторной онкологической помощи, увеличивается объем средств на закупку лекарственных препаратов для химиотерапии. Кроме того, проводится масштабная коммуникационная кампания с целью повышения уровня знаний населения о мерах профилактики онкозаболеваний.

В 2020 г. субъектами РФ продолжена реализация мероприятий региональных программ по борьбе с онкологическими заболеваниями. Переоснащена 181 медицинская организация, оказывающая помощь пациентам с онкологическими заболеваниями. На это мероприятие из средств федерального бюджета регионам было выделено около 45 млрд рублей.

В рамках реализации федерального проекта дополнительно к целевым средствам выделено еще 120 млрд рублей, что позволило сохранить положительную динамику объемов оказания медицинской помощи.

Ключевым направлением в повышении выявляемости и диагностики онкологических заболеваний является организация центров амбулаторной онкологической помощи (далее – ЦАОП). В 2020 году в 72 субъектах Российской Федерации организована работа 280 центров (при плановом значении 210 центров), из них в 2020 году организовано 139 центров в 63 регионах. Центры созданы на базе региональных медицинских организаций, обеспеченных необходимыми специалистами для комплексной и своевременной диагностики и лечения основных видов злокачественных новообразований, а также оснащенных полным спектром оборудования.

В 2021 г. из федерального бюджета на новое строительство и реконструкцию 19 объектов онкологического профиля направлено 12,9 млрд рублей. Начали работу первые 9 современных референс-центров иммуногистохимических, патоморфологических и лучевых методов исследований, призванные обеспечить диагностику онкологических заболеваний на новом уровне. В 2020 г. ими проведено 3 359 телемедицинских консультаций и 36 146 лабораторных исследований. С 2021 г. оказывать помощь регионам

в диагностике будут уже 18 таких референс-центров. Работа референсного центра иммуногистохимических, патоморфологических и лучевых методов исследований ежегодно позволит проводить анализ более 5 тыс. иммуногистохимических исследований, более 10 тыс. патоморфологических исследований и более 5 тыс. лучевых исследований при онкологических заболеваниях у пациентов всех субъектов РФ.

**Федеральный проект  
«Развитие детского здравоохранения,  
включая создание современной  
инфраструктуры оказания  
медицинской помощи детям»**

Особое внимание уделено развитию системы детского здравоохранения, созданию современной инфраструктуры оказания медицинской помощи детям. Проектом предусмотрено дооснащение и организация пространства в детских поликлиниках для комфортного пребывания детей и их родителей. В регионах планируется построить и реконструировать детские больницы, в том числе, чтобы обеспечить совместное пребывание детей и родителей и перевести 95 % детских поликлиник на «бережливые» технологии.

В 2020 г. проводились мероприятия по обеспечению доступности и созданию современной инфраструктуры оказания медицинской помощи детям в детских поликлиниках, детских поликлинических отделениях и детских больницах.

С целью развития материально-технической базы детских поликлиник из федерального бюджета в 2020 г. выделено 9,7 млрд руб.

На сегодняшний день введены в эксплуатацию 6 региональных детских больниц/корпусов, из них 5 – в 2020 году. Продолжается строительство/реконструкция 11 детских больниц в Краснодарском, Ставропольском, Хабаровском краях, Республиках Татарстан, Мордовия, Тамбовской, Архангельской, Воронежской, Калининградской, Калужской, Оренбургской областях, на базе которых будет организовано лечение детей с различными видами патологий, а также

инфекционными заболеваниями, с возможностью оказания специализированной, в том числе высокотехнологичной помощи детям в стационарных условиях.

По итогам 2020 г. 2 715 детских поликлиник и поликлинических отделений медицинских организаций в субъектах Российской Федерации дооснащены медицинским оборудованием и реализовали организационно-планировочные решения внутренних пространств (фактическое значение составило 98,3% при плановом значении – 95%): созданы комфортные условия для пребывания детей и их родителей, понятная система навигации, сокращено время ожидания приема врача. Закуплено более 6 тыс. единиц медицинских изделий, в том числе 2 056 единиц отечественного производства (34,2%)

Продолжается проведение курсов по повышению квалификации специалистов в области перинатологии, неонатологии и педиатрии в симуляционных центрах. По состоянию на 31 декабря 2020 г. обучено 20,5 тыс. специалистов, при плане 15,5 тыс. Выполнение годового плана составило 147%.

**Федеральный проект  
«Обеспечение медицинских  
организаций системы здравоохранения  
квалифицированными кадрами»**

Целью реализации проекта является ликвидация кадрового дефицита в отрасли, повышение престижа профессии медицинского работника.

В рамках выполнения данной задачи разрабатываются порядка 5 тыс. новых образовательных модулей, создаются 114 аккредитационно-симуляционных центров для обучения врачей. Активно используется возможность повышения уровня квалификации медицинских и фармацевтических работников без отрыва от основной работы. Стоит отметить, что плановое значение показателя по числу специалистов, вовлеченных в систему непрерывного образования медицинских работников, в том числе с использованием дистанционных образовательных технологий в 2020 году составило 560,0 тыс.

человек, фактически по итогам 2020 года значение показателя составило 1 544,9 тыс. человек.

На сегодняшний день создан и функционирует интернет-ресурс, портал непрерывного медицинского и фармацевтического образования, где размещаются актуальные материалы и рекомендации для врачей и среднего медицинского персонала, публикуются более чем 1000 профильных организаций. Данный интернет-ресурс выступает также в качестве современной образовательной онлайн-платформы. Стоит отметить, что количество активных пользователей портала в 2019 г. превысило 390 тыс. человек. По итогам 2020 г. обеспеченность врачами, работающими в государственных и муниципальных медицинских организациях, составила 38,2 на 10 тыс. населения (при плановом значении 37,7), обеспеченность средними медицинскими работниками, работающими в медицинских организациях, составила 84,2 на 10 тыс. населения (при плане 83,7).

### **Федеральный проект «Развитие экспорта медицинских услуг»**

Проект направлен на создание и развитие на территории РФ механизмов и условий, обеспечивающих рост экспорта медицинских услуг, и тем самым создание дополнительных источников финансирования системы здравоохранения РФ. В реализации проекта участвует 71 субъект РФ.

В рамках реализации проекта создан координирующий центр по вопросам экспорта медицинских услуг, который занимается, в частности, информированием иностранных граждан о возможностях российской медицины и продвижением услуг отечественных клиник за рубежом.

За 2020 г. показатель проекта «Количество пролеченных иностранных граждан, тыс. чел.» составил 3 969,15 тыс. человек, при плане 600 тыс. человек.

Наибольшее число иностранных пациентов прибывает из таких стран как Азербайджан, Беларусь, Германия, Казахстан, Китай, Таджикистан, Узбекистан, Украина, Южная Корея.

Москва обладает большим потенциалом и для дальнейшего развития медицинского туризма. Научно-исследовательским институтом организации здравоохранения и медицинского менеджмента Департамента здравоохранения г. Москвы в целях комплексного развития экспорта медицинских услуг на территории города, а также повышения узнаваемости столичной медицины в мире создан информационный портал «Экспорт медицинских услуг в Москве».

### **Федеральный проект «Создание единого цифрового контура в здравоохранении на основе единой государственной информационной системы здравоохранения (ЕГИСЗ)»**

Информационные технологии в рамках реализации проекта внедряются с целью сокращения времени ожидания приема специалистов, упрощения процедуры записи к врачу и др. Многие услуги системы медицинской помощи перешли в формат онлайн. Автоматизация рабочих мест медицинских работников позволяет им эффективнее обслуживать пациентов.

Также стоит отметить, что во всех субъектах РФ обеспечена возможность проведения телемедицинских консультаций, благодаря которым жители отдаленных районов получают высококвалифицированную помощь по месту жительства.

По итогам 2020 г. 82,4% медицинских организаций государственной и муниципальной систем здравоохранения уже используют информационные системы и взаимодействуют с ЕГИСЗ.

Обеспечен массовый доступ к сервису «Мое здоровье»: более 15 млн граждан (достижение 125%) воспользовались услугами онлайн в личном кабинете пациента «Мое здоровье», что особенно актуально в связи с распространением новой коронавирусной инфекции и необходимостью сохранять режим самоизоляции и социальной дистанции.

Доработаны медицинские информационные системы, в результате чего направления на диагностические и лабораторные исследования могут быть сформированы с рабочего места врача, а получение результатов

этих исследований доступно в электронной форме.

Были реализованы требования к защите информации, содержащейся в медицинских информационных системах, что обеспечивает надежное хранение и обработку персональных данных в строгом соответствии с федеральным законодательством.

#### **Федеральный проект «Развитие сети национальных медицинских исследовательских центров и внедрение инновационных медицинских технологий»**

Создана сеть национальных медицинских исследовательских центров (НМИЦ), предоставляющих методическую помощь врачам на местах. На сегодняшний день функционирует сеть национальных медицинских исследовательских центров из 36 учреждений по 26 укрупненным профилям медицинской помощи (направлениям деятельности), из них 12 – созданы в 2020 г.

НМИЦ проводят консультации и консилиумы с привлечением лучших профильных специалистов.

Специалистами центров в 2020 г. проведено:

- 70,8 тыс. консультаций региональных медицинских организаций с применением телемедицинских технологий (при плановом значении 35 тыс.);
- более 1800 научно-практических мероприятий с применением телемедицинских технологий, в том числе виртуальных обходов, разборов сложных случаев и показательных операций в режиме телеконференции;
- свыше 1,2 тыс. выездных консультационных мероприятий для медицинских организаций 85 субъектов РФ (при плановом значении 720 выездов), что является важным аспектом в оказании консультативной и методической помощи для регионов.

#### **Изменения, вносимые в национальный проект «Здравоохранение» в 2021 г.**

Президент России В.В. Путин 21 июля 2020 г. подписал Указ, определяющий национальные цели до 2030 года. Такой

целью для системы здравоохранения определено сохранение населения, здоровье и благополучие людей. Глава государства установил целевые показатели, характеризующие достижение национальных целей к 2030 году: обеспечение устойчивого роста численности населения Российской Федерации; повышение ожидаемой продолжительности жизни до 78 лет и др.

Минздравом России проведена работа по внесению изменений в паспорта национального проекта «Здравоохранение» и входящих в его состав федеральных проектов, в рамках которой в паспорта включены также общественно значимые результаты, которые непосредственно влияют на улучшение жизни людей и ориентированы, прежде всего, на конкретные, значимые для каждого человека результаты.

Среди общественно значимых результатов, предлагаемых к включению в нацпроект «Здравоохранение», можно выделить:

- актуализированы клинические рекомендации и протоколы лечения больных и обеспечено их использование в целях формирования тарифов на оплату медицинской помощи (количество клинических рекомендаций нарастающим итогом);
- доля граждан из числа прошедших профилактический медицинский осмотр и (или) диспансеризацию, получивших возможность доступа к данным о прохождении профилактического медицинского осмотра и (или) диспансеризации в личном кабинете;
- доля лиц с болезнями системы кровообращения, состоящих под диспансерным наблюдением, получивших в текущем году медицинские услуги в рамках диспансерного наблюдения от всех пациентов с болезнями системы кровообращения, состоящих под диспансерным наблюдением;
- доля специалистов, допущенных к профессиональной деятельности через процедуру аккредитации, от общего количества работающих специалистов и др.

Общественно значимые результаты в здравоохранении призваны обеспечить важнейшие изменения в оказании медицинской помощи, которые в ближайшее

время положительно повлияют на жизнь и здоровье каждого жителя страны.

Минздравом России при подготовке новой редакции национального проекта «Здравоохранение» учтен накопленный опыт реализации национального проекта и обеспечена преемственность целей и задач, поставленным Президентом России В.В. Путиным в майском указе.

### Заключение

Национальный проект «Здравоохранение» призван обеспечить достижение целевого показателя по повышению ожидаемой продолжительности жизни населения до 78 лет к 2030 году национальной цели «Сохранение населения, здоровье и благополучие людей» – одной из пяти, установленных июльским указом.

Обеспечение роста продолжительности жизни в настоящее время обеспечивается сочетанием доступности (в том числе территориальной) базовой медицинской помощи, повышением качества диагностики (в том числе за счет развития телемедицины) и доступностью высокотехнологичной помощи. Вклад в сохранение здоровья населения и увеличение продолжительности

жизни также вносит профилактика заболеваний. Проведение диспансеризации взрослого населения во всех субъектах РФ обеспечивает раннее выявление социально значимых заболеваний, формирующих основную структуру смертности и инвалидизации населения, а также обеспечивает выявление и коррекцию факторов риска развития заболеваний (курение и злоупотребление алкоголем, избыточная масса тела и ожирение, повышенное артериальное давление, низкая физическая активность). Стоимость комплекса профилактических мер в доле от общих затрат на оказание медицинской помощи составляет лишь 12 %, из которых 4 % – медицинская профилактика, а 8 % – создание условий на ведение здорового образа жизни [10].

Реализация национального проекта «Здравоохранение» направлена на укрепление здоровья и увеличение продолжительности жизни граждан России и является приоритетным направлением в достижении значимых целей для российского общества, определяет задачи по основным стратегическим направлениям развития российской медицины.

### ИСТОЧНИКИ

1. *Suhrcke M.* Инвестиции в здоровье: ключевое условие успешного экономического развития стран Восточной Европы и Центральной Азии [Электронный ресурс] / М. Suhrcke, М. McKee, L. Rocco. – Всемирная организация здравоохранения, 2008. – Режим доступа: [https://www.euro.who.int/\\_\\_data/assets/pdf\\_file/0004/74740/E90569R.pdf](https://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0004/74740/E90569R.pdf).
2. Контроль качества и безопасности медицинской деятельности в медицинской организации : учебное пособие / сост.: Г.М. Гайдаров, Н. Ю. Алексеева, Н.Г. Сафонова, А.В. Гашенко, Б.С. Соктуев, Е.В. Душина ; ГБОУ ВПО ИГМУ Минздрава России, Кафедра общественного здоровья и здравоохранения. – Иркутск: ИГМУ, 2016. – 68 с.
3. Стандартизация в здравоохранении. Преодоление противоречий законодательства, практики, идей / Н.Б. Найговзина, В.Б. Филатов, О.А. Бороздина, Н.А. Николаева. – Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2015. – 207 с.
4. Материалы X юбилейного Гайдаровского форума «Россия и мир: национальные цели развития и глобальные тренды» (Москва, 15.01.2019 – 17.01.2019).

### REFERENCES

1. *Suhrcke M.* Health: a vital investment for economic development in eastern Europe and central Asia [Electronic resource] / M. Suhrcke, M. McKee, L. Rocco. – World Health Organization, 2008. – Access mode: [https://www.euro.who.int/\\_\\_data/assets/pdf\\_file/0004/74740/E90569R.pdf](https://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0004/74740/E90569R.pdf).
2. Quality control and safety of medical activities in a medical organization: textbook / comp.: G.M. Gaidarov, N.Yu. Alekseeva, N.G. Safonova, A.V. Gashenko, B.S. Soktuev, E.V. Dushina; Irkutsk State Medical University, Department of Public Health and Health Care. – Irkutsk: ISMU, 2016. – 68 p. (in Russian)
3. Standardization in health care. Overcoming contradictions of legislation, practice, ideas / N.B. Naygovzina, V.B. Filatov, O.A. Borozdina, N.A. Nikolaeva. – Moscow: GEOTAR-Media, 2015. – 207 p. (in Russian)
4. Int. Conf. the X Gaidar Forum «Russia and the World: National Development Goals and Global Trends» (Moscow, 15.01.2019 – 17.01.2019).

**Е.В. КАРАКУЛИНА**<sup>1</sup>, канд. мед. наук, директор Департамента организации медицинской помощи и санаторно-курортного дела Минздрава России  
karakulinaev@minzdrav.gov.ru

**Г.Г. ВВЕДЕНСКИЙ**<sup>1</sup>, заместитель директора Департамента организации медицинской помощи и санаторно-курортного дела Минздрава России  
vvedenskiygg@minzdrav.gov.ru

**П.Е. ЩЕГОЛЕВ**<sup>1</sup>, начальник отдела организации первичной медико-санитарной помощи Департамента организации медицинской помощи и санаторно-курортного дела Минздрава России  
schegolevpe@minzdrav.gov.ru

**И.Н. ХОДЫРЕВА**<sup>2</sup>, руководитель Координационного центра по реализации федерального проекта «Развитие системы оказания первичной медико-санитарной помощи»  
hodirevain@minzdrav.gov.ru

**С.К. АЛБОРОВА**<sup>2</sup>, менеджер Координационного центра по реализации федерального проекта «Развитие системы оказания первичной медико-санитарной помощи»  
crmsp@minzdrav.gov.ru

## Федеральный проект «Развитие системы оказания первичной медико-санитарной помощи» – инструмент повышения доступности медицинской помощи гражданам Российской Федерации

<sup>1</sup> Министерство здравоохранения Российской Федерации, 127994, Российская Федерация, г. Москва, ГСП 4, Рахмановский пер., д. 3. Ministry of Health of the Russian Federation, 3, Rakhmanovskij lane, City Service Post Office-4, Moscow, 127994, Russian Federation.

<sup>2</sup> ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр терапии и профилактической медицины» Минздрава России, 101990, Российская Федерация, г. Москва, Петроверигский пер., 10. Federal state budgetary institution «National medical research center of therapy and preventive medicine», 10, Petroverigskij lane, Moscow 101990 Russian Federation.

**Ключевые слова:** национальный проект, федеральный проект, первичная медико-санитарная помощь, фельдшерские, фельдшерско-акушерские пункты, врачебные амбулатории, передвижные медицинские комплексы, санитарная авиация, профилактические медицинские осмотры, «Новая модель организации оказания медицинской помощи», бережливое производство

**Для цитирования:** Каракулина Е.В., Введенский Г.Г., Щеголев П.Е., Ходырева И.Н., Алборова С.К. Федеральный проект «Развитие системы оказания первичной медико-санитарной помощи» – инструмент повышения доступности медицинской помощи гражданам Российской Федерации // Вестник Росздравнадзора. – 2021. – № 1. – С. 38–45.

**For citation:** Karakulina E.V., Vvedenskij G.G., Schegolev P.E., Khodyreva I.N., Alborova S.K. Federal project “The development of primary healthcare” – tool for increasing the availability of medical care to citizens of the Russian Federation // Vestnik Roszdravnadzora. – 2021. – Vol. 1. – P. 38–45.

**Karakulina E.V., Vvedenskij G.G., Schegolev P.E., Khodyreva I.N., Alborova S.K.**  
**Federal project “The development of primary healthcare” – tool for increasing the availability of medical care to citizens of the Russian Federation**

The article below is based on information about the implementation of one of the eight federal projects that form the basis of the national project “Health care” – the federal project “Development of the primary health care system”. The article provides information on the main activities of the federal project aimed at providing timely and high-quality medical care to the population living in remote, hard-to-reach and small settlements, increasing the availability of polyclinics and polyclinic units for citizens that have introduced the standards and rules of the “New model for organizing the provision of medical care”, increasing the coverage of citizens with preventive medical examinations, developing air ambulances, forming a system for protecting the rights of patients, providing intermediate results, as well as prospects for further implementation of the federal project.

**Keywords:** national project, federal project, primary healthcare, paramedical personnel facility, medical outpatient department, mobile medical complex, sanitary aviation, preventive medical examination, “New polyclinic model”, lean-technologies

**В статье представлены промежуточные итоги основных мероприятий федерального проекта «Развитие системы оказания первичной медико-санитарной помощи» по следующим направлениям: обеспечение своевременной и качественной медицинской помощью населения, проживающего в отдаленных,**



**труднодоступных и малочисленных населенных пунктах; повышение доступности для граждан поликлиник и поликлинических подразделений, внедривших стандарты и правила «Новой модели организации оказания медицинской помощи»; увеличение охвата граждан профилактическими медицинскими осмотрами; развитие санитарной авиации; формирование системы защиты прав пациентов. Приведены перспективы дальнейшей реализации федерального проекта.**

## Введение

Основные стратегические направления внутренней политики Российской Федерации в сфере здравоохранения нашли свое отражение в Указе Президента РФ от 07.05.2018 № 204 «О национальных целях и стратегических задачах развития Российской Федерации на период до 2024 года» и национальном проекте «Здравоохранение».

Цели и задачи, определенные Президентом РФ, легли в фундамент восьми федеральных проектов, составляющих основу национального проекта «Здравоохранение». Каждый из федеральных проектов направлен на достижение целевых показателей по всем ключевым направлениям деятельности системы здравоохранения. Одним из таких направлений является федеральный проект «Развитие системы оказания первичной медико-санитарной помощи» (далее – федеральный проект).

Основными целями федерального проекта являются:

- 1) завершение формирования сети медицинских организаций первичного звена здравоохранения;
- 2) обеспечение оптимальной доступности для населения (в том числе для жителей населенных пунктов, расположенных в отдаленных местностях) медицинских организаций, оказывающих первичную медико-санитарную помощь;
- 3) обеспечение охвата всех граждан профилактическими медицинскими осмотрами не реже одного раза в год;
- 4) оптимизация работы медицинских организаций, оказывающих первичную медико-санитарную помощь, сокращение времени ожидания в очереди при обращении граждан в указанные медицинские организации, упрощение процедуры записи на прием к врачу;
- 5) увеличение числа дополнительных вылетов, совершаемых санитарной авиацией

для эвакуации пациентов по экстренным показаниям;

- б) расширение числа субъектов РФ, использующих санитарную авиацию;
- 7) формирование системы защиты прав пациентов.

Паспортом федерального проекта были определены следующие показатели результативности:

- до 2021 г. запланировано создание/реконструкция более 1550 новых фельдшерских, фельдшерско-акушерских пунктов, врачебных амбулаторий (далее – ФАП, ФП, ВА);
- к 2022 г. будет приобретено и поставлено в медицинские организации более 1300 единиц мобильных медицинских комплексов;
- к 2025 г. охват граждан профилактическими медицинскими осмотрами не реже одного раза в год составит 70%, число граждан, прошедших профилактические осмотры, составит 102,7 млн человек в год;
- к 2025 г. доля медицинских организаций, участвующих в создании и тиражировании «Новой модели организации оказания медицинской помощи», составит 72,3%;
- к 2020 г. в субъектах РФ будут разработаны стратегии развития санитарной авиации;
- будут созданы региональные системы диспетчеризации скорой медицинской помощи (в рамках реализации федерального проекта «Создание единого цифрового контура в здравоохранении на основе ЕГИСЗ»);
- к 2021 г. будет построено (реконструировано) не менее 78 вертолетных (посадочных) площадок при медицинских организациях или на расстоянии, соответствующем не более чем 15-минутному доезду на автомобиле скорой медицинской помощи;
- ежегодного будет увеличиваться число выполняемых вылетов санитарной авиации в дополнение к вылетам, совершаемым за счет средств бюджетов субъектов РФ – до 12 500 дополнительных вылетов к 2024 г.;

- доля лиц, госпитализированных по экстренным показаниям с помощью санитарной авиации в течение первых суток, к 2025 г. составит 90,0%;
- к 2025 г. запланирован 100% охват застрахованных лиц, информированных страховыми медицинскими представителями о праве на прохождение профилактического медицинского осмотра.

В паспорт федерального проекта включены ежегодные показатели и типизированные контрольные точки, в соответствии с которыми запланировано достижение поставленных целей. Аналогичные паспорта, содержащие собственные показатели и аналогичные паспорту федерального проекта контрольные точки, разработаны и утверждены в каждом субъекте РФ.

#### Повышение доступности медицинской помощи для жителей села

Одно из важнейших направлений федерального проекта, позволяющее повысить доступность медицинской помощи для жителей села – это возведение ФАП, ФП, ВА в населенных пунктах, находящихся вне зоны доступности первичной медико-санитарной помощи, а также замена аварийных объектов на новые.

С целью контроля за повышением доступности медицинской помощи для населения в регионах России функционирует геоинформационная система Минздрава России, которая позволяет определить, где именно в стране не хватает поликлиник, больниц, а также увидеть, для жителей каких отдаленных населенных пунктов медицинская помощь оказывается недоступной, и в соответствии с этим принять управленческие решения.

По своей сути геоинформационная система – это карта Российской Федерации, которая четко привязывает каждый медицинский объект к географической точке.

Именно на данные геоинформационной системы опирались региональные органы управления здравоохранением при планировании на своих территориях сети объектов первичного звена здравоохранения, и, в первую очередь, такие населенные пункты были обеспечены этими объектами при реализации федерального проекта.

Так, для обеспечения доступности первичной медико-санитарной помощи для граждан, проживающих в населенных пунктах с численностью населения от 100 до 2000 человек, в 2019 г. в 60 субъектах РФ введен в эксплуатацию 431 ФАП, ФП и ВА, запланированный к возведению или замене.

Следует отметить, что сам по себе ввод в эксплуатацию не является конечной точкой завершения процесса обеспечения доступности первичной медико-санитарной помощи. Следующим важным этапом является оснащение построенного объекта в соответствии с приказом Минздрава России от 15.05.2012 № 543н «Об утверждении Положения об организации оказания первичной медико-санитарной помощи взрослому населению», оформление на объект медицинского работника, получение лицензии на осуществление медицинской деятельности, и, собственно, оказание медицинской помощи. Так, процесс лицензирования завершен на 430 объектах 2019 г., там уже осуществляется оказание медицинской помощи. К началу 2021 г. зарегистрировано порядка 425 тыс. обращений сельских жителей за медицинской помощью.

В 2020 г. в 71 субъекте РФ было запланировано возведение или замена еще более 1350 ФАП, ФП и ВА, и к окончанию 2020 г. в эксплуатацию введены более 960 объектов, а к началу марта 2021 г. – уже более 1110 объектов. Эта работа продолжается: к концу 2021 г. все запланированные объекты будут введены в эксплуатацию.

Таким образом, за период 2019–2020 гг. введено в эксплуатацию 1400 ФАП, ФП и ВА, а к 1 марта 2021 г. – более 1,5 тыс. объектов.

#### Оснащение медицинских организаций мобильными медицинскими комплексами

Особое внимание в федеральном проекте уделено повышению доступности первичной медико-санитарной помощи жителям малонаселенных, труднодоступных и удаленных территорий. При формировании региональных сегментов федерального проекта региональными органами управления здравоохранением проведен масштабный анализ потребности в передвижных медицинских комплексах (далее – ПМК) с учетом наличия и доступности на территории субъекта РФ населенных

пунктов с численностью населения менее 100 человек.

С этой целью в рамках федерального проекта за период 2019–2021 гг. запланировано приобрести и поставить в медицинские организации субъектов РФ более 1,3 тыс. ПМК.

Так, в 2019 г. в медицинские организации 34 субъектов РФ поставлено 517 таких комплексов.

Основной задачей органов исполнительной власти субъектов РФ в сфере охраны здоровья в 2020 г. было укомплектование поставленных комплексов медицинскими работниками и обеспечение их бесперебойной работы, в том числе в рамках мероприятий по проведению профилактических медицинских осмотров и диспансеризации. К 2021 г. с использованием ПМК, закупленных в 2019 г., осуществлено более 37,5 тыс. выездов, осмотрено порядка 920 тыс. человек.

В 2020 г. в медицинские организации 23 субъектов РФ была запланирована поставка 503 ПМК, и к 1 января 2021 г. уже было поставлено более 460 единиц ПМК.

Таким образом, в 2019–2020 гг. в медицинские организации поставлены более 980 передвижных медицинских комплексов. В 2021 г. запланировано приобретение и поставка в медицинские организации 24 субъектов РФ 304 ПМК, а также будет продолжена поставка комплексов 2020 г., по тем или иным причинам не приобретенных субъектами РФ в прошедшем календарном году.

### Развитие санитарной авиации

Еще одной важнейшей задачей федерального проекта является развитие санитарной авиации. Так, в 2019 г. в 49 субъектах РФ разработаны и утверждены региональные стратегии развития санитарной авиации.

Благодаря реализации федерального проекта в 2019–2020 гг. дополнительно к вылетам, выполненным за счет средств бюджетов субъектов РФ, выполнено 19 тыс. вылетов, эвакуированы более 25 тыс. человек, в том числе – более 4,2 тыс. детей, из них более 70 – дети до 1 года.

В 2021 г. субъектами РФ дополнительно к вылетам, осуществляемым за счет средств региональных бюджетов, будет выполнено

9,5 тыс. вылетов санитарной авиации, эвакуировано не менее 11,7 тыс. пациентов. Всего за период реализации федерального проекта до 2024 г. будет выполнено более 60 тыс. вылетов и эвакуировано не менее 80 тыс. пациентов.

Кроме того, с целью обеспечения не более чем 15-минутного доезда на автомобиле скорой медицинской помощи в 2020 г. в субъектах РФ за счет средств региональных бюджетов создано, реконструировано, отремонтировано и благоустроено 87 площадок, позволяющих осуществлять посадку воздушного судна.

### Создание и тиражирование «Новой модели организации оказания медицинской помощи»

Предпосылками к началу внедрения бережливых технологий в здравоохранении Российской Федерации явились низкая удовлетворенность пациентов доступностью первичной медико-санитарной помощи, длительным ожиданием в очередях и условиями пребывания в поликлинике, а также низкая удовлетворенность медицинских работников условиями труда, выполнением несвойственных им функций, чрезмерной загруженностью, большим количеством бумажной работы.

В октябре 2016 г. стартовал пилотный проект по совершенствованию системы оказания первичной медико-санитарной помощи «Бережливая поликлиника». В 2018 г. логическим продолжением пилотного проекта стал приоритетный проект «Создание новой модели медицинской организации, оказывающей первичную медико-санитарную помощь». С 2019 г. приоритетный проект становится частью одного из восьми федеральных проектов национального проекта «Здравоохранение» – «Развитие системы оказания первичной медико-санитарной помощи». Сегодня количество медицинских организаций, реализующих бережливые технологии, с 6 поликлиник увеличилось до 4 тыс. В 2024 г., по окончании реализации федерального проекта, применять бережливые технологии будут более 6,8 тыс. медицинских организаций первичного звена.

С помощью принципов бережливого производства удалось добиться значительных результатов в части организации работы:

- благодаря разделению потоков пациентов и оптимальному распределению обязанностей между персоналом, время ожидания в очереди у регистратуры уменьшилось в 4 раза;
- с помощью грамотной организации записи к специалистам время ожидания приема у кабинета врача уменьшилось более чем в 3 раза;
- за счет оптимального распределения нагрузки между врачом и медицинской сестрой увеличилось время работы врача непосредственно с пациентом более чем в 2 раза;
- благодаря оптимизации логистики пациентов ускорилось прохождение диспансеризации – теперь для этого достаточно 1–2 визитов вместо 5.

Проведенные в медицинских организациях исследования эффективности внедрения бережливых технологий свидетельствуют об общих положительных эффектах. Среди них – повышение качества предоставляемых услуг, безопасности пациентов и медицинских работников, сокращение расходов, повышение эффективности работы медицинского оборудования и прочие.

В 2020 г. в создании и тиражировании «Новой модели организации оказания медицинской помощи» в рамках Федерального проекта приняли участие более 6 тыс. поликлиник и поликлинических отделений, оказывающих первичную медико-санитарную помощь, или 73% от всех медицинских организаций, оказывающих данный вид помощи, в том числе более 2,8 тыс. поликлиник и поликлинических отделений, оказывающих первичную медико-санитарную помощь детскому населению.

Всего в 2020 г. в медицинских организациях реализовывалось более 25 тыс. проектов, в том числе 11,8 тыс. проектов в медицинских организациях, оказывающих медицинскую помощь детскому населению. Наибольшая доля (29,2%) представлена проектами по организации работы регистратуры – 7,3 тыс. проектов, 20% – оптимизация работы врачей-терапевтов/врачей-педиатров/ВОП, врачей-специалистов, или 5,0 тыс. проектов, 10% – оптимизация проведения диспансеризации, профилактических осмотров взрослого и детского населения – 2,5 тыс. проектов и т.д.

С целью организационно-методического сопровождения при внедрении бережливых технологий в медицинских организациях в 2019 г. в 85 субъектах РФ созданы Региональные центры организации первичной медико-санитарной помощи. Функционирование данных центров запланировано на весь срок реализации федерального проекта.

### **Профилактические медицинские осмотры в рамках реализации федерального проекта**

Проведение профилактических медицинских осмотров, безусловно, один из значимых разделов проекта, направленных на раннее выявление хронических неинфекционных заболеваний (состояний) и факторов риска их развития (повышенный уровень артериального давления, дислипидемия, повышенный уровень глюкозы в крови, курение табака и др.).

Повышение охвата граждан профилактическими медицинскими осмотрами является одной из основных целей национального проекта «Здравоохранение». К 2024 г. охват должен составить не менее 70% от числа всех граждан Российской Федерации. Именно такой охват населения профилактическими осмотрами и диспансеризацией обеспечит эффективность скрининговых мероприятий.

### **Вызовы 2020 года, связанные с угрозой распространения новой коронавирусной инфекции**

В 2020 г. в связи с эпидемиологической ситуацией, связанной с распространением новой коронавирусной инфекции (COVID-19), система здравоохранения Российской Федерации подверглась серьезным испытаниям, не стала исключением и реализация мероприятий федерального проекта.

Так, в соответствии с распоряжением Правительства РФ от 21.03.2020 № 710-р, приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 19.03.2020 № 198н «О временном порядке организации работы медицинских организаций в целях реализации мер по профилактике и снижению рисков распространения новой коронавирусной инфекции COVID-19» (далее – приказ Минздрава России от 19.03.2020 № 198н) проведение диспансеризации и профилактических

медицинских осмотров, в том числе с применением выездных форм работы на территории субъектов РФ было приостановлено.

В настоящее время, исходя из санитарно-эпидемиологической обстановки и особенностей распространения новой коронавирусной инфекции (COVID-19) в субъектах РФ, возобновляется проведение профилактического медицинского осмотра и диспансеризации. В январе 2021 г. проведение профилактических осмотров и диспансеризации осуществлялось в 56 субъектах РФ.

В целях методической помощи субъектам РФ при возобновлении профилактических мероприятий Минздравом России разработаны «Временные методические рекомендации по организации проведения профилактических медицинских осмотров и диспансеризации в условиях сохранения рисков распространения новой коронавирусной инфекции (COVID-19)», включающие критерии возобновления проведения профилактических медицинских осмотров и диспансеризации, включая выездные формы работы, мероприятия по организации информирования граждан о необходимости прохождения профилактического медицинского осмотра и/или диспансеризации, организации записи для прохождения профилактического медицинского осмотра и диспансеризации и так далее.

В условиях пандемии, связанной с распространением новой коронавирусной инфекции на территории России, очень важным является рациональное и своевременное использование опыта, полученного при внедрении бережливых технологий в «плановом» режиме, а также их интеграция с санитарно-эпидемиологическими нормами и правилами с целью взаимного дополнения и повышения эффективности.

С этой целью Минздравом России был разработан и утвержден приказ от 19.03.2020 № 198н и Временные методические рекомендации «Профилактика, диагностика и лечение новой коронавирусной инфекции (COVID-19)». Такой симбиоз санитарно-эпидемиологических правил и норм в их классическом варианте и инновационный опыт практического применения бережливых технологий позволил упорядочить, алгоритмизировать организацию медицинской помощи в сложных условиях пандемии.

В поликлиниках применение методов и инструментов бережливого производства помогло быстро и эффективно организовать безопасное пространство для пациентов. С помощью наглядных средств визуализации с учетом эффективной логистики потоков пациентов были организованы и обозначены функциональные зоны медицинской организации для временной изоляции подозрительных в отношении инфицирования, условно больных и условно здоровых пациентов.

Для обеспечения безопасности пациентов были организованы санитарные фильтры с соответствующей навигацией и маршрутизацией, безопасная раздача и утилизация средств индивидуальной защиты, дезинфекция рук с использованием стандартов обработки.

Опыт реализации проектов по улучшениям в процессе снабжения медицинской организации материальными ресурсами по принципу «Just-in-time» использован для организации поставки лекарственных препаратов, изделий медицинского назначения, в том числе средств индивидуальной защиты, что позволяет организовать рациональное и бесперебойное снабжение.

В сложившихся условиях особенно важна интеграция принципов и инструментов бережливого производства с внутренним контролем качества и системой менеджмента качества, что способствует стабилизации системы управления медицинской организацией, создает возможности для повышения эффективности процессов и снижает риски организации медицинской помощи в целом. В приказе Минздрава России от 19.03.2020 № 198н эти элементы интегрированы и объединены в единое целое, что представляет наиболее важным в этот сложный период, причем роль бережливых технологий здесь – в обеспечении эффективности процессов, повышении доступности качественной и безопасной медицинской помощи на основе полученного практического опыта.

Регионы и медицинские организации, усовершенствовавшие системы управления на основе международных и национальных требований по безопасности, показали более высокий уровень готовности к быстрым изменениям в условиях пандемии. Те регионы

и медицинские организации, которые внедрили систему управления качеством, показали высокий уровень мобилизации ресурсов для стационарной, прежде всего, интенсивной, и амбулаторной помощи, выстраивания эффективной маршрутизации пациентов с COVID-19, начиная с приемного отделения, а также обеспечения стабильного качества оказания помощи пациентам с иной экстренной патологией. Этому способствовала заблаговременно разработанная, адаптированная для конкретных учреждений, система внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности. Медицинские организации с внедренной системой управления качеством показали наименьшее количество зараженных сотрудников и лучшие результаты лечения пациентов с тяжелой формой COVID-19.

Сегодня, в условиях сложившейся мировой эпидемиологической ситуации, связанной с распространением новой коронавирусной инфекции, в том числе и на территории Российской Федерации, используя полученный отечественный опыт внедрения бережливых технологий как в амбулаторно-поликлиническом звене, так и в условиях стационара, а также учитывая определенный опыт зарубежных клиник, можно сделать уверенный вывод о том, что применение бережливых технологий позволит российской системе здравоохранения сохранить положительную динамику достижения национальных целей, в том числе снижения смертности населения, в связи с чем требуется дальнейшее их массовое внедрение и распространение опыта, в том числе полученного в условиях пандемии новой коронавирусной инфекции.

**Перспективы дальнейшей реализации федерального проекта в концепции Единого плана по достижению национальных целей развития Российской Федерации на период до 2024 года и на плановый период до 2030 года**

В соответствии с Поручением Первого заместителя Председателя Правительства РФ А.Р. Белоусова введено новое понятие – общественно значимый результат

(далее – ОЗР) – конечный результат, достижение которого непосредственно связано с улучшением уровня жизни граждан либо предпринимательской среды для бизнеса. В новой парадигме ОЗР являются приоритетными задачами и результатами, при этом сам факт появления ОЗР не означает отказ от реализации иных задач и результатов, не являющихся ОЗР.

Новая форма паспортов национального и входящих в его состав федеральных проектов предусматривает раскрытие ОЗР и результатов, направленных на их достижение, а также план реализации проекта, содержащий результаты и контрольные точки. Обновленной редакцией паспорта федерального проекта предусмотрены 3 общественно-значимых результата, которые включают в себя соответствующие целевые показатели.

В рамках ОЗР «Гражданам, проживающим в населенных пунктах с численностью населения до 2000 человек, стала доступна первичная медико-санитарная помощь посредством охвата фельдшерскими пунктами, фельдшерско-акушерскими пунктами и врачебными амбулаториями, а также медицинская помощь с использованием мобильных комплексов» число посещений сельскими жителями ФП, ФАПов и ВА к 2024 г. составит 3,56 на одного сельского жителя, доля населенных пунктов с числом жителей до 2000 человек, населению которых доступна первичная медико-санитарная помощь по месту их проживания к 2024 г. составит более 99% (99,19%), а к 2030 г. в 100 % населенных пунктах будет доступна первичная медико-санитарная помощь по месту проживания граждан, на 1 мобильную медицинскую бригаду, оснащенную передвижным медицинским комплексом, к 2024 г. запланировано выполнить 3,5 тыс. посещений.

В рамках ОЗР «Гражданам предоставлены возможности для оценки своего здоровья путем прохождения профилактического медицинского осмотра и (или) диспансеризации» доля граждан, ежегодно проходящих профилактический медицинский осмотр и/или диспансеризацию, от общего числа населения, к 2024 г. составит 70 %, при этом 100 % граждан, прошедших профилактические мероприятия, получают возможность

доступа к данным о прохождении профилактического медицинского осмотра и (или) диспансеризации в Личном кабинете пациента «Мое здоровье» на Едином портале государственных услуг и функций в отчетном году.

В рамках ОЗР «Увеличена доступность для граждан поликлиник и поликлинических подразделений, внедривших стандарты и правила «Новой модели организации оказания медицинской помощи» доля поликлиник и поликлинических подразделений, участвующих в создании и тиражировании «Новой модели организации оказания медицинской помощи», от общего количества таких организаций» составит 77,6 %, а к 2030 г. участвовать в создании и тиражировании «Новой модели организации оказания медицинской помощи» будут 100 % медицинских организаций, оказывающих первичную медико-санитарную помощь.

Также в рамках реализации федерального проекта продолжатся мероприятия по формированию системы защиты прав застрахованных и развитию санитарной авиации.

Так, в рамках реализации задачи по формированию системы защиты прав застрахованных к 2024 г. 98% обоснованных жалоб пациентов, застрахованных в системе обязательного медицинского страхования, на оказание медицинской помощи будут урегулированы в досудебном порядке, а в рамках задачи развития санитарной авиации к 2024 г. число пациентов, дополнительно эвакуированных с использованием санитарной авиации, должно составить не менее 15 500 человек, при этом не менее 90% должны быть эвакуированы в течение первых суток.

## Заключение

Реализация федерального проекта в 2019–2020 гг. позволила положить начало процессам обеспечения оптимальной доступности для населения, особенно для жителей населенных пунктов, расположенных в отдаленных местностях, медицинских организаций, оказывающих первичную медико-санитарную помощь, охвата граждан профилактическими медицинскими осмотрами не реже одного раза

в год, оптимизации работы медицинских организаций, оказывающих первичную медико-санитарную помощь, сокращения времени ожидания в очереди при обращении граждан в такие медицинские организации, упрощения процедуры записи на прием к врачу, формирования системы защиты прав пациентов, развития санитарной авиации.

Несмотря на то, что мероприятия по созданию и замене ФАП, ФП и ВА для населенных пунктов с численностью населения от 100 до 2000 человек в рамках федерального проекта завершены, дальнейшие мероприятия по формированию сети медицинских организаций первичного звена здравоохранения будут продолжены в рамках ведомственной целевой программы «Модернизация первичного звена здравоохранения Российской Федерации», утвержденной приказом Минздрава России от 24.12.2020 № 1365 во исполнение постановления Правительства РФ от 09.10.2019 № 1304 «Об утверждении принципов модернизации первичного звена здравоохранения Российской Федерации и Правил проведения экспертизы проектов региональных программ модернизации первичного звена здравоохранения, осуществления мониторинга и контроля за реализацией региональных программ модернизации первичного звена здравоохранения».

В 2021 г. будут завершены мероприятия по приобретению и поставке в медицинские организации субъектов РФ ПМК, иные мероприятия, направленные на достижение целей и задач федерального проекта, будут продолжены до 2024 г.

Достижение результатов федерального проекта позволит построить пациент-ориентированную систему оказания первичной медико-санитарной и экстренной медицинской помощи, в том числе для жителей сельской местности, отдаленных, труднодоступных и малонаселенных территорий, а также повысить доступность для граждан поликлиник и поликлинических подразделений, внедривших стандарты и правила «Новой модели организации оказания медицинской помощи».

**И.С. СТИЛИДИ**<sup>1</sup>, д-р мед. наук, проф., акад. РАН, директор ФГБУ «НМИЦ онкологии им. Н.Н. Блохина» Минздрава России, главный внештатный специалист – онколог Минздрава России  
director@ronc.ru

**Т.Г. ГЕВОРКЯН**<sup>1</sup>, заместитель директора по реализации федеральных проектов ГБУ «НМИЦ онкологии им. Н.Н. Блохина» Минздрава России  
t.gevorkian@ronc.ru

**А.Г. ШПАК**<sup>1</sup>, специалист группы статистики Центра координации онкологической помощи ФГБУ «НМИЦ онкологии им. Н.Н. Блохина» Минздрава России  
a.shpak@ronc.ru

## Совершенствование показателей федерального проекта «Борьба с онкологическими заболеваниями»

<sup>1</sup> Федеральное государственное бюджетное учреждение «Национальный медицинский исследовательский центр онкологии имени Н.Н. Блохина», 115478, Российская Федерация, г. Москва, Каширское шоссе, д. 24. Federal State Budgetary Institution «N.N. Blokhin National Medical Research Center of Oncology» of the Ministry of Health of the Russian Federation (N.N. Blokhin NMRCO), 24, Kashirskoe highway, Moscow, 115478, Russian Federation.

**Ключевые слова:** федеральный проект «Борьба с онкологическими заболеваниями», онкология, злокачественные новообразования, мониторинг, показатели эффективности, ранняя выявляемость, стандартизованный показатель смертности, смертность от новообразований, организация здравоохранения, общественное здоровье, медицинская статистика

**Для цитирования:** Стилиди И.С., Геворкян Т.Г., Шпак А.Г. Совершенствование показателей федерального проекта «Борьба с онкологическими заболеваниями» // Вестник Росздравнадзора. – 2021. – № 1. – С. 46–53.

**For citation:** Stylyidi I.S., Gevorkyan T.G., Shpak A.G. Improvement of indicators of federal project “Fight against oncological diseases” // Vestnik Roszdravnadzora. – 2021. – Vol. 1. – P. 46–53.

**Stylyidi I.S., Gevorkyan T.G., Shpak A.G.**

**Improvement of indicators of federal project “Fight against oncological diseases”**

The article proposes a number of adjustments to the indicators which are used in the federal project “Fight against oncological diseases” for the purpose of a correct and comprehensive assessment of the oncological department.

**Keywords:** federal project “Fight against oncological diseases”, oncology, cancer, monitoring performance indicators, evaluation of efficiency markers, early detection, standardized mortality rate, mortality rate from neoplasms, healthcare management, medical statistics

**В статье анализируется необходимость использования дополнительных показателей при реализации федерального проекта «Борьба с онкологическими заболеваниями» с целью более точной и комплексной оценки деятельности онкологической службы.**

### Введение

Согласно данным Международного агентства по исследованию рака (International Agency for Research on Cancer) в мире в 2018 г. было зарегистрировано 18,1 млн новых случаев заболевания раком и 9,6 млн случаев смерти [1]. По прогнозам Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ), в период с 2015 по 2030 гг. в мире ожидается рост новых случаев онкологических заболеваний, число которых увеличится с 14 до 21 млн, количество

умерших за тот же период возрастет с 8,2 до 13,5 млн [2].

Россия в 2018 г. была пятой страной в мире по количеству смертельных исходов (314 611) среди онкологических больных [1]. В 2019 г. стандартизованный показатель смертности (далее – СКС) от новообразований в России был ниже, чем в среднем по ЕС: 158 на 100 тыс. против 162 на 100 тыс. населения [3].

В 2002 г. ВОЗ впервые опубликовала «Национальные программы борьбы против рака. Руководящие указания по стратегиям и управлению», с тех пор роль этих программ в национальной политике государств значительно возросла, особенно в странах ЕС. В мае 2005 г. была принята резолюция 58-й сессии Всемирной



ассамблеи здравоохранения о профилактике рака и борьбе с ним (WHA58.22<sup>1</sup>), которая призывала к активизации действий по реализации четырех компонент борьбы с раком: профилактики, раннему выявлению, диагностированию и лечению, а также оказанию паллиативной помощи. В 2009 г. было создано Европейское партнерство по борьбе с раком (ЕРААС). В сентябре 2011 г. ВОЗ поставила конкретную цель сокращения смертности от неинфекционных заболеваний: на 25% к 2025 г. В 2016 г. Исполнительный комитет ВОЗ рекомендовал укрепить национальные системы здравоохранения для обеспечения доступности ранней диагностики и качественной помощи для всех онкологических больных. В 2017 г. Всемирная ассамблея здравоохранения приняла резолюцию «Профилактика рака и борьба с ним в контексте комплексного подхода» (WHA70.12<sup>2</sup>), в которой призвала правительства и ВОЗ к ускорению действий, направленных на достижение целей, указанных в Глобальном плане действий и Повестке дня ООН в области устойчивого развития на период до 2030 г. по снижению уровней преждевременной смертности от рака.

На сегодняшний день большинство национальных планов или стратегий в ЕС включают в качестве основных элементов первичную профилактику (укрепление здоровья и защиту окружающей среды), вторичную профилактику (скрининг и раннее выявление), комплексный уход и организацию услуг, а также паллиативную помощь. Также часто упоминаются элементы исследования, обучения и контроля качества.

### **Нормативное правовое регулирование оказания медицинской помощи онкологическим больным в РФ**

В России, как и в большинстве стран ЕС, проблеме профилактики и лечения

рака уделяется особое внимание. Так, в 2004 г. постановлением Правительства Российской Федерации от 01.12.2004 № 715 «Об утверждении перечня социально значимых заболеваний и перечня заболеваний, представляющих опасность для окружающих» новообразования, наряду с некоторыми другими заболеваниями, были отнесены к группе социально значимых.

В 2007 г. в рамках Концепции демографической политики РФ, утвержденной на период до 2025 г.<sup>3</sup>, одной из ключевых задач являлось «сокращение уровня смертности от онкологических заболеваний за счет внедрения программ профилактики, а также за счет скрининговых программ раннего выявления онкологических заболеваний». С 2009 г. Минздрав России в рамках национального проекта «Здоровье» реализовывал национальную онкологическую программу, направленную на совершенствование организации оказания медицинской помощи онкологическим больным.

В 2012 г. Президентом РФ был подписан Указ от 07.05.2012 № 598 «О совершенствовании государственной политики в сфере здравоохранения», предписывающий Правительству Российской Федерации обеспечить к 2018 г. снижение смертности от новообразований (в том числе злокачественных) до 192,8 случаев на 100 тыс. населения.

В 2018 г. в соответствии с Указом Президента РФ от 07.05.2018 № 204 «О национальных целях и стратегических задачах развития Российской Федерации на период до 2024 года» Правительству РФ предписывалось при разработке национального проекта в сфере здравоохранения обеспечить к 2024 г. снижение показателей смертности населения от новообразований, в том числе злокачественных, до 185 случаев на 100 тыс. населения.

<sup>1</sup> ВОЗ. Резолюция о профилактике рака и борьбе с ним. URL: [https://www.who.int/cancer/media/news/WHA58\\_22-ru.pdf](https://www.who.int/cancer/media/news/WHA58_22-ru.pdf).

<sup>2</sup> URL: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/275679>.

<sup>3</sup> Указ Президента РФ от 09.10.07 № 1351 «Об утверждении Концепции демографической политики Российской Федерации на период до 2025 года».

### Основные показатели федерального проекта «Борьба с онкологическими заболеваниями» и обоснование их совершенствования

В настоящее время в России реализуется федеральный проект «Борьба с онкологическими заболеваниями» (далее – федеральный проект), основными показателями которого являются:

1. Смертность от новообразований, в том числе от злокачественных, измеряемая общим коэффициентом («грубым» показателем) смертности.
2. Доля злокачественных новообразований (далее – ЗНО), выявленных на ранних стадиях (I–II стадии), рассчитываемая как удельный вес больных с ЗНО с I и II стадией от всех больных с установленным диагнозом ЗНО.
3. Удельный вес больных со злокачественными новообразованиями, состоящих на учете 5 лет и более, %.
4. Одногодичная летальность больных со злокачественными новообразованиями, оцениваемая как число умерших в течение первого года с момента установления диагноза из числа больных, впервые взятых на учет в предыдущем году), %.

Начиная с 2021 г. данный список показателей был дополнен еще одним основным целевым показателем: «Доля лиц с онкологическими заболеваниями, прошедших обследование или лечение в текущем году, из числа состоящих под диспансерным наблюдением».

На наш взгляд, в рамках разработки и реализации региональных программ «Борьба с онкологическими заболеваниями» целесообразно расширить указанный выше перечень показателей, включенных в федеральный проект. Это позволит точно и комплексно оценить достижения проекта и разработать точечный комплекс мер для достижения его основной цели.

#### 1. Смертность от новообразований

Одной из ключевых задач в настоящее время является проведение мониторинга показателей федерального проекта с помощью стандартизованного коэффициента смертности (СКС) в качестве основного показателя, но, из-за сложностей в получении данных на ежемесячной основе, мониторинг показателей проекта с помощью СКС в течение года затруднен. Однако в 2021 г. предполагается совершенствование механизмов статистического наблюдения, что обеспечит возможность мониторинга СКС на ежемесячной основе. В отличие от общего коэффициента смертности («грубый» показатель) на 100 тыс. населения (ОКС), СКС позволит осуществить сравнение как по временным, так и по пространственным показателям.

В таблице 1 приведены примеры того, как сравнение ОКС без устранения влияния изменений возрастной структуры может привести к неверным выводам. Так, оценивая изменение ОКС от новообразований и других причин в 2017 г. по отношению

Таблица 1. Сравнение общих и стандартизованных коэффициентов смертности в РФ в 2006 и 2017 гг.\*

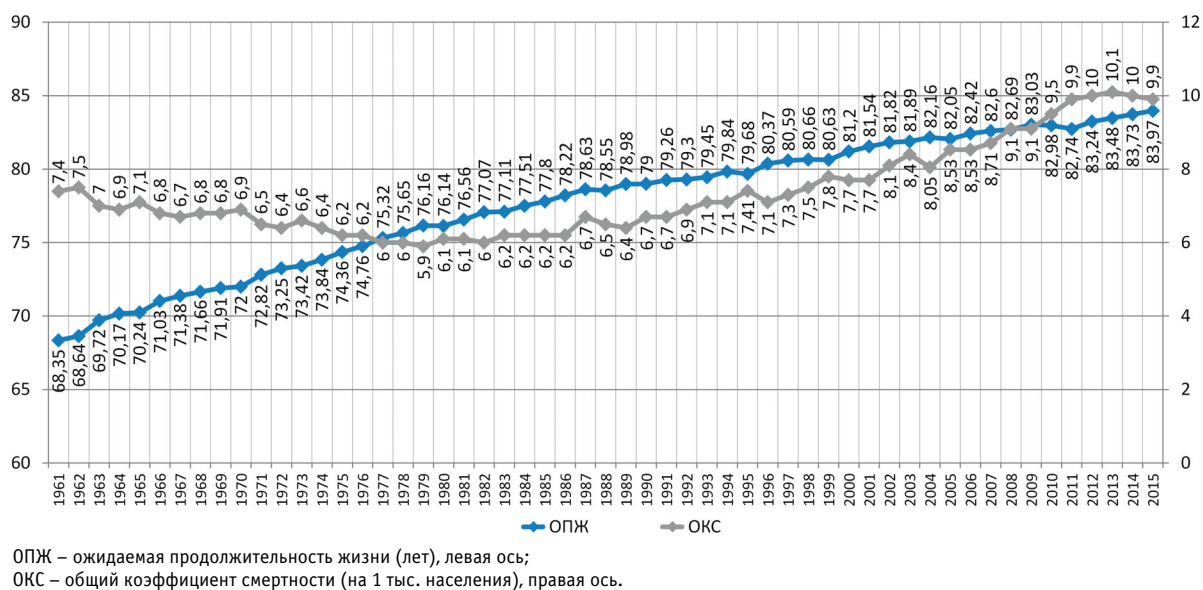
Причина смерти	Мужчины			Женщины		
	ОКС*_2006	2017		ОКС_2006	2017	
		ОКС	СКС** (при структуре населения 2006 г.)		ОКС	СКС (при структуре населения 2006 г.)
Болезни системы кровообращения	826,6	590,7	488,7	854,5	585,0	363,3
Новообразования	232,6	231,3	179,1	172,1	174,1	133,3
ДТП	10,3	15,9	10,6	8,9	5,2	5,3

\* На 100 тыс. населения.

\*\* ОКС – общий коэффициент смертности.

\*\*\* СКС – стандартизованный коэффициент смертности.

**Рисунок 1. Ожидаемая продолжительность жизни и общий коэффициент смертности в Японии**



к 2006 г., можно прийти к выводу, что они почти не изменились, тогда как в действительности они значительно снизились.

ОКС отражает изменения как интенсивности смертности, так и возрастной структуры населения. По причине зависимости от меняющейся возрастной структуры, нестандартизованные коэффициенты несравнимы и не допускают экстраполяции. С точки зрения национальных целей, важен именно «чистый» вклад снижения по возрастной смертности, о котором позволяет судить только стандартизованный коэффициент смертности.

Из-за старения населения общий коэффициент смертности может не только быть стабильным во времени, но и расти. В Японии на протяжении последних тридцати лет ОКС и ожидаемая продолжительность жизни растут параллельно (рис. 1). В России также наблюдается процесс старения населения, который в ближайшие годы может привести к росту общего коэффициента смертности.

Помимо этого, стандартизованный коэффициент смертности зависит от принятого стандарта возрастной структуры, поэтому желательно использовать общепринятые международные стандарты, чтобы обеспечить международную сопоставимость показателей. Росстат использует так называемый «европейский стандарт» населения 1976 г., тогда как WHO

Cancer Mortality Database и институт им. П.А. Герцена для анализа заболеваемости и смертности от новообразований использует «мировой стандарт» населения. Расхождения между показателями, рассчитанным Росстатом и экспертами ВОЗ, обуславливаются техническими особенностями, но они невелики и никак не влияют на общую картину. Однако при переходе на другой стандарт населения может измениться именно общая картина (табл. 2).

Другим аргументом в пользу применения СКС служит сравнение динамики ОКС и СКС от новообразований в РФ на протяжении последних 30 лет.

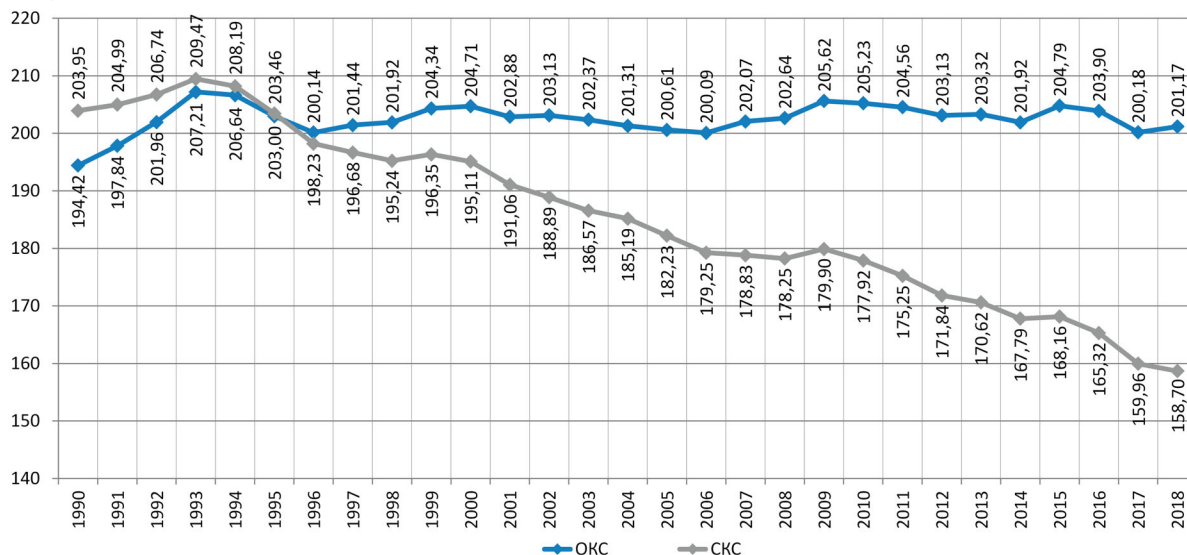
С 1995 по 2018 гг. на фоне относительной стабильности ОКС отмечается снижение СКС, что может быть, в частности,

**Таблица 2. Различные оценки коэффициентов смертности от новообразований в РФ в 2000 и 2010 гг.\***

Коэффициенты	2000		2010	
	Мужчины	Женщины	Мужчины	Женщины
ОКС (Росстат)	241,3	172,6	236,7	178,2
СКС (Росстат, Европейский стандарт)	294,4	139,8	262,8	131,8
СКС (Европейская База данных ВОЗ, Европейский стандарт)	290,5	139,4	259,1	129,8
СКС (WHO Cancer Mortality Database, мировой стандарт)	175,6	109,5	223,5	102,9

\* На 100 тыс. населения.

Рисунок 2. ОКС и СКС от новообразований в РФ, 1990–2018 гг.



ОКС – общий коэффициент смертности (на 100 тыс. населения);  
 СКС – стандартизованный коэффициент смертности (на 100 тыс. населения).

обусловлено реализацией мероприятий, направленных на снижение смертности от новообразований.

Важно отметить, что с учетом мирового опыта мы имеем риски по увеличению значения ОКС от новообразований в ближайшие годы, что будет обусловлено в первую очередь старением населения, в то время как СКС при эффективности реализации федерального проекта должен снижаться.

**2. Доля злокачественных новообразований, выявленных на ранних стадиях (I–II стадии)**

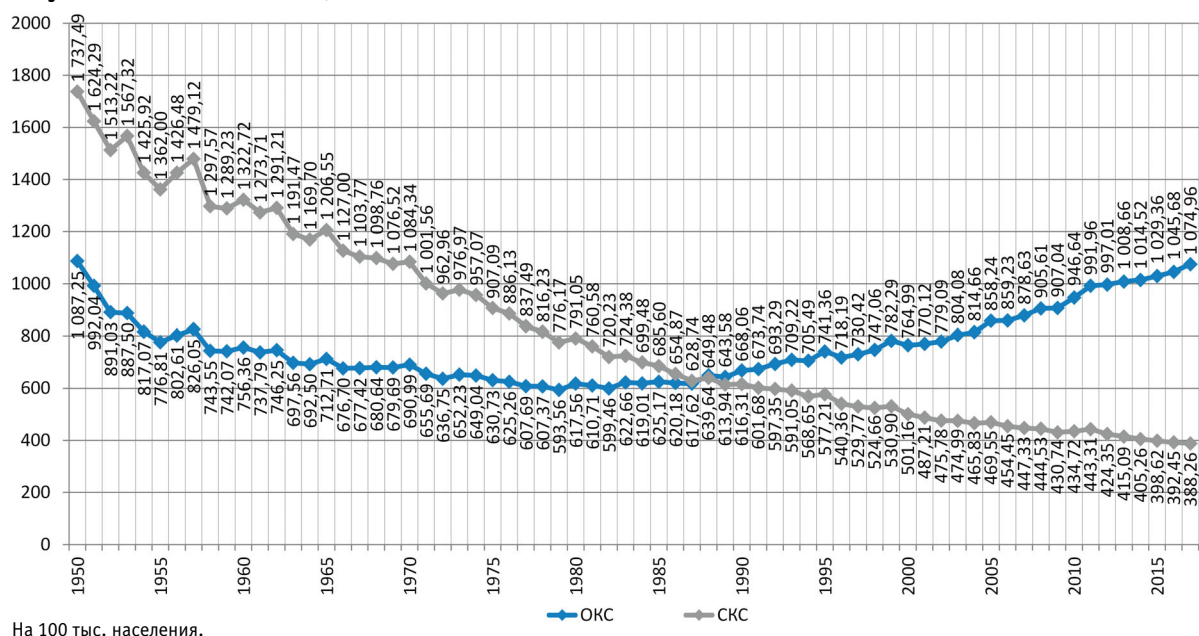
Зависимость среднего возраста смерти от новообразований (продолжительности жизни больных с новообразованиями) от стадии заболевания определяет обоснованность мероприятий по раннему выявлению онкологических заболеваний. Рост ранней выявляемости ЗНО является следствием мероприятий по повышению выявляемости новообразований в целом, а значит, и эффективности всех мероприятий по скринингу от ЗНО, которые осуществляются в настоящее время в рамках профилактических медицинских осмотров и диспансеризации определенных групп взрослого населения. Ранняя выявляемость – относительный показатель, определяется как доля ранних стадий от всех стадий (I–IV).

При расчете данного показателя крайне важно учитывать некоторые его

особенности. В онкологии стадирование осуществляется в зависимости от степени распространенности опухолевого процесса в организме. Для большинства форм ЗНО выживаемость напрямую зависит от стадии, на которой оно выявлено. I стадия в подавляющем большинстве случаев – это ранняя форма, представленная первичной опухолью без поражения других структур, лимфатических узлов и органов. II и III стадии чаще всего представляют собой распространение опухоли локально и в регионарные лимфатические узлы, и, как правило, отличаются объемом их поражения и размером первичного опухолевого узла. IV стадия в большинстве случаев характеризуется метастатическими поражениями других органов.

Разграничение между I и II стадиями более четкое и объективно измеряемое, чем между II и III стадиями. В процессе стадирования ЗНО нередко можно наблюдать систематические ошибки, большая часть которых связана с разграничением именно II и III стадий. Такие ошибки могут быть напрямую связаны со степенью оснащенности медицинской организации современным диагностическим оборудованием. Например, наличие современного высокоточного диагностического оборудования (КТ, МРТ, ПЭТ) позволяет выявить пораженные опухолью лимфатические узлы небольшого размера, часть из которых сложно обнаружить

Рисунок 3. ОКС и СКС в Японии, 1950–2017 гг.



с помощью традиционных широко распространенных методов диагностики (УЗИ, рентгенография). Это означает, что хорошее оснащение и точная диагностика могут технически завышать стадию заболевания. На наш взгляд, влияние диагностического фактора в разграничении I и II стадии относительно меньше. Именно поэтому выделение I стадии как индикатора раннего выявления более оправдано.

Также в расчет показателя ранней выявляемости включены ЗНО кожи, которые необходимо исключить, кроме меланомы (т.е. исключению подлежит немеланомный рак кожи (НМРК)). Эта необходимость обуславливается следующими факторами:

1. Географическим расположением региона: на юге, где инсоляция выше, обычно выше и заболеваемость.
2. Недоучетом больных: НМРК, в отличие от всех остальных ЗНО, нередко является результатом косметологических процедур. В больших городах НМРК часто не регистрируется в отличие от других ЗНО, поскольку часть контингента больных с новообразованиями кожи удаляют их вне медицинских организаций без последующего морфологического исследования. С учетом крайне низкой степени злокачественности НМРК многие случаи не прогрессируют, а значит, остаются не зарегистрированными. Так,

например, в Москве и Санкт-Петербурге стандартизированный показатель заболеваемости для обоих полов для НМРК в 1,7 раза ниже, чем в Архангельской, Псковской или Ярославской областях. В медицинской статистике такое расхождение с учетом высокого удельного веса НМРК, преимущественно представленного ранними формами, в структуре ЗНО, может оказать существенное искажающее влияние как на заболеваемость, так и на раннюю выявляемость.

3. Помимо недоучета НМРК, для этой формы характерна и гипердиагностика, так как часто подтверждение диагноза осуществляется цитологическими методами, имеющими высокую степень ложноположительных результатов. С учетом того, что НМРК чаще встречается на I и II стадиях (в 97% случаях), во многих регионах России, где заболеваемость раком кожи высока, автоматически завышается количество больных с I и II стадиями, а значит, и показатель ранней выявляемости.

С учетом перечисленных факторов, сравнительно высокой доли НМРК в структуре заболеваемости ЗНО (1 место, или 12,6% и 13,8% заболевших НМРК от всех заболевших ЗНО в 2018 г. и 2019 г. соответственно) и относительно низкой социальной значимости данной нозологии (стандартизированный

коэффициент смертности на 2018 г. составляет 0,48 умершего на 100 тыс. населения, доля умерших в общей структуре умерших от ЗНО – 0,53%) целесообразно было бы исключить НМРК из расчета показателя ранней выявляемости. Подобная практика принята во многих странах, что отражено в статистическом сборнике «Рак на пяти континентах», выпускаемом Международным агентством по изучению рака (МАИР). Помимо этого, в международных базах данных, например, Европейской информационной системе по раку (European Cancer Information System) при расчете показателей заболеваемости и смертности от ЗНО также исключается НМРК [4].

При расчете ранней выявляемости учитываются ЗНО кроветворных тканей (коды МКБ-10 С91–С95 – лейкозы), которые не подлежат стадированию. В текущей версии расчета ранней выявляемости в знаменатель формулы включаются все ЗНО, в том числе и нестадируемые, что искажает показатель ранней выявляемости. Так как стандартизованный коэффициент заболеваемости гемобластозами сильно варьируется по регионам России (от 2,9 в Республике Тыва до 19,2 заболевшего на 100 тыс. населения в Ненецком АО в 2018 г.), то и искажение показателя ранней выявляемости может значительно варьироваться по регионам. Поэтому ЗНО кроветворных тканей целесообразно не учитывать при мониторинге ранней выявляемости.

### **3. Одногодичная летальность больных со злокачественными новообразованиями**

При расчете и последующем мониторинге одногодичной летальности следует исключать НМРК, поскольку для него характерны упомянутые выше следующие особенности: высокая региональная вариабельность заболеваемости НМРК; первое место НМРК в структуре выявляемости; последнее место НМРК по уровню смертности от онкологических заболеваний, в том числе от ЗНО.

Относительно предлагаемого дополнительного показателя считаем обоснованным использовать унифицированную

формулировку, а именно «Доля больных со злокачественными новообразованиями, состоящих на учете 5 лет и более из общего числа больных со злокачественными образованиями, состоящих под диспансерным наблюдением» с целью улучшения читаемости и преемственности формулировок.

### **5. Доля лиц с онкологическими заболеваниями, прошедших обследование или лечение в текущем году из числа состоящих под диспансерным наблюдением**

Данный показатель вводится впервые и отражает эффективность многих мероприятий, направленных на ведение онкологических больных после завершения лечения. Мониторинг этого показателя будет отражать работу различных сегментов первичной медико-санитарной помощи:

- работу врачей-онкологов, работающих в первичных онкологических кабинетах и центрах амбулаторной онкологической помощи (далее – ЦАОП);
- работу организационно-методических отделов региональных онкологических диспансеров;
- качество диагностики, осуществляемой в рамках диспансерного наблюдения;
- уровень оснащенности, доступность медицинской помощи в целом при осуществлении диспансерного наблюдения за онкологическими больными;
- уровень развитости информационных систем в регионе и в медицинской организации в частности, качество работы вспомогательных служб и другое.

С учетом перечисленного, особую ценность и уникальность будет представлять вновь вводимый показатель в случае, если при его расчете будет учтен не только сам факт прохождения обследования и лечения по признаку «да/нет», но и оценка полноты и качества консультации врача-онколога и диагностики в соответствии с разделом 5 «Профилактика и диспансерное наблюдение, медицинские показания и противопоказания к применению методов профилактики» клинических рекомендаций по лечению онкологических заболеваний.

**6. Показатель, оценивающий выявление ЗНО при профилактических медицинских осмотрах и диспансеризации определенных групп взрослого населения**

В рамках реализации Программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи в разделе IX в качестве критерия качества оказания медицинской помощи используется показатель «Доля впервые выявленных онкологических заболеваний при профилактических медицинских осмотрах, в том числе в рамках диспансеризации, в общем количестве впервые в жизни зарегистрированных онкологических заболеваний в течение года».

На наш взгляд, в рамках реализации региональных программ «Борьба с онкологическими заболеваниями» целесообразно дополнительно включить показатель «Доля выявленных онкологических заболеваний (по стадиям и диагнозу) при профилактических медицинских осмотрах, в том числе в рамках диспансеризации, от общего количества лиц, прошедших первый этап диспансеризации».

До конца 2020 г. данный показатель не использовался в качестве мониторируемого. Его высокая региональная вариативность в настоящее время (от 1 случая ЗНО на 211 прошедших первый этап диспансеризации в Республике Ингушетия до 1 случая ЗНО на 15 312 прошедших первый этап диспансеризации в Республике Алтай в 2018 г.) обосновывает необходимое включение в перечень обязательных для мониторинга показателей. Данный показатель – один из немногих, который в соответствии с поручениями

Правительства Российской Федерации можно объективно измерять на ежемесячной основе, что позволит в последующем правильно выявить проблемные вопросы скрининга новообразований, требующие большего внимания.

**Заключение**

Оценку уровня смертности от новообразований необходимо проводить с помощью стандартизованного по возрасту коэффициента смертности, поскольку он дает возможность сравнивать смертность как по временным, так и по пространственным показателям. Целесообразно оценивать раннюю выявляемость как долю ЗНО, выявленных только на I стадии, от суммы всех ЗНО на всех стадиях, исключая из расчета случаи лейкемии и немеланомного рака кожи. При расчете одногодичной летальности следует исключать НМРК. Дополнение федерального проекта «Борьба с онкологическими заболеваниями» показателем «Доля лиц, с онкологическими заболеваниями, прошедших обследование или лечение в текущем году из числа состоящих под диспансерным наблюдением» является обоснованным, однако необходимо учитывать при расчете полноту и качество проводимого обследования в рамках диспансерного наблюдения. Включение показателя доли выявленных новообразований от общего количества прошедших обследование в рамках первого этапа профилактических медицинских осмотров, в том числе диспансеризации, является одним из основных критериев оценки качества скрининга злокачественных новообразований.

**ИСТОЧНИКИ (REFERENCES)**

1. All cancers // International Agency for Research on Cancer (IARC): [website]. – URL: <https://gco.iarc.fr/today/data/factsheets/cancers/39-All-cancers-fact-sheet.pdf> (date of publication: December, 2020).
2. Bray F. Global cancer statistics 2018: GLOBOCAN estimates of incidence and mortality worldwide for 36 cancers in 185 countries / F. Bray, J. Ferlay, I. Soerjomataram, RL. Siegel, LA. Torre, A. Jemal // Cancer Journal for Clinicians. – 2018; Sep; 68(6):394–424. DOI.org/10.3322/caac.21492.
3. Organization for economic cooperation and development (OECD) [website]. – URL: <https://stats.oecd.org> (date of publication: December, 2020).
4. European Cancer Information System (ECIS). [website]. – URL: <https://ecis.jrc.ec.europa.eu> (date of publication: December, 2020).

**Т.В. СЕМЁНОВА**<sup>1</sup>, канд. мед. наук, доц., заместитель министра здравоохранения Российской Федерации

**А.Е. АНТОНОВ**<sup>2</sup>, д-р мед. наук, доц., начальник отдела развития и нормативно-правового обеспечения Отраслевого центра компетенций и организации подготовки квалифицированных кадров для системы здравоохранения  
ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-5745-3586>

**В.В. ШЛЕМСКАЯ**<sup>2</sup>, директор Отраслевого центра компетенций и организации подготовки квалифицированных кадров для системы здравоохранения

**Е.Н. ТИМОШИНА**<sup>2</sup>, канд. соц. наук, ведущий эксперт-аналитик Отраслевого центра компетенций и организации подготовки квалифицированных кадров для системы здравоохранения

**Ю.В. ПАХОМОВА**<sup>2</sup>, д-р мед. наук, проф., заместитель директора по работе с регионами Отраслевого центра компетенций и организации подготовки квалифицированных кадров для системы здравоохранения

## Методики расчета аналитических показателей для мониторинга достижения значений показателей и результатов федерального проекта «Обеспечение медицинских организаций системы здравоохранения квалифицированными кадрами» и соответствующих региональных проектов

<sup>1</sup> Министерство здравоохранения Российской Федерации, 127994, Российская Федерация, г. Москва, ГСП 4, Рахмановский пер., д. 3. Ministry of Health of the Russian Federation, 3, Rakhmanovsky lane, City Service Post Office-4, Moscow, 127994, Russian Federation.

<sup>2</sup> ФГАОУ ВО «Российский национальный исследовательский медицинский университет имени Н.И. Пирогова» Министерства здравоохранения Российской Федерации, 117997, Российская Федерация, г. Москва, ул. Островитянова, д. 1. Federal State Autonomous Educational Institution of Higher Education «N.I. Pirogov Russian National Research Medical University» of the Ministry of Health of the Russian Federation, 1, Ostrovityanova St., Moscow 117997 Russian Federation.

**Ключевые слова:** федеральный проект «Обеспечение медицинских организаций системы здравоохранения квалифицированными кадрами», национальный проект «Здравоохранение», медицинские кадры, региональный проект, методика расчета, достижение показателей, достижение результатов, план реализации

**Для цитирования:** Семёнова Т.В., Антонов А.Е., Шлемская В.В., Тимошина Е.Н., Пахомова Ю.В. Методики расчета аналитических показателей для мониторинга достижения значений показателей и результатов федерального проекта «Обеспечение медицинских организаций системы здравоохранения квалифицированными кадрами» и соответствующих региональных проектов // Вестник Росздравнадзора. – 2021. – № 1. – С. 54–60.

**For citation:** Semenova T.V., Antonov A.E., Shlemskaya V.V., Timoshina E.N., Pakhomova Yu.V. Methodology for the Calculation of Analytical Indicators for Monitoring the Achievement of Values of Indicators and Results of the Federal Project “Staffing Support of the Medical Organizations of the Healthcare System” and Corresponding Regional Projects // Vestnik Roszdravnadzora. – 2021. – Vol. 1. – P. 54–60.

**Semenova T.V., Antonov A.E., Shlemskaya V.V., Timoshina E.N., Pakhomova Yu.V.**

**Methodology for the Calculation of Analytical Indicators for Monitoring the Achievement of Values of Indicators and Results of the Federal Project “Staffing Support of the Medical Organizations of the Healthcare System” and Corresponding Regional Projects**

The objective of the study was to develop methods for the calculation of analytical indicators for monitoring the achievement of indicators and results of the federal project “Staffing Support of the Medical Organizations of the Healthcare System” and the corresponding regional projects.

The authors propose seven methods for the calculation of analytical indicators for assessment of indicators’ and results’ target values, for determining the estimated values of indicators and results of the federal project using the corresponding data of the regional projects, for calculation of high-level indicators processing normalized values and providing the integrated assessment of the levels of achievement of indicators of the federal and regional projects and for calculation of indicators assessing the completeness and timeliness of the implementation of project activities.

**Keywords:** Federal project “Staffing Support of the Medical Organizations of the Healthcare System”, National project “Health care”, medical personnel, regional project, calculation methodology, achievement of indicators, achievement of results, implementation plan



## Введение

Основной задачей здравоохранения Российской Федерации является улучшение состояния здоровья населения, направленное, в том числе на улучшение демографической ситуации в стране [1]. Решение такой задачи подразумевает реализацию механизмов, направленных на улучшение доступности и качества медицинской помощи [2].

При практическом решении возникающих организационных вопросов необходимо учитывать актуальные управленческие тенденции, основывающиеся на совершенствовании методов мониторинга контрольных показателей в контексте широкого внедрения информатизации в медицинскую практику [3-6]. Отрасль нуждается в измеримых индикаторах, позволяющих количественно в динамике оценивать эффективность реализации проектов и программ, которые обеспечат поддержку принятия управленческих решений.

## Цель работы

Целью настоящего исследования явилась разработка методик расчета аналитических показателей для мониторинга достижения значений показателей и результатов федерального проекта «Обеспечение медицинских организаций системы здравоохранения квалифицированными кадрами» и соответствующих региональных проектов.

## Материалы и методы

Авторы предлагают семь методик расчета аналитических показателей, позволяющих оценить уровень достижения целевых значений показателей и результатов указанных проектов, определить оценочные значения показателей и результатов федерального проекта по данным региональных проектов, вычислить верхнеуровневые индикаторы, предусматривающие обработку нормализованных данных и обеспечивающие интегральную оценку уровней достижения показателей федерального и региональных проектов, позволяющих оценить полноту

и своевременность выполнения мероприятий проектов.

**В статье представлены семь методик расчета аналитических показателей, позволяющих оценить уровень достижения целевых значений показателей и результатов федерального проекта «Обеспечение медицинских организаций системы здравоохранения квалифицированными кадрами» и соответствующих региональных проектов, а также определить оценочные значения показателей и результатов федерального проекта по данным региональных проектов, вычислить верхнеуровневые индикаторы, предусматривающие обработку нормализованных данных и обеспечивающие интегральную оценку уровней достижения показателей федерального и региональных проектов, позволяющих оценить полноту и своевременность выполнения мероприятий проектов.**

и своевременность выполнения мероприятий проектов.

### Методика I.

#### Уровень (процент) достижения целевых значений показателей федерального проекта на территориях субъектов Российской Федерации

Показатель определяется как частное от деления фактического значения показателей федерального проекта на территориях субъектов РФ (показатели региональных проектов) на целевое значение указанных показателей (за одинаковый отчетный период), умноженное на 100%. Вычисление осуществляется по формуле:

$$L_j = \frac{A_{\text{факт } j}}{A_{\text{цель } j}} \times 100\%, (1)$$

где:

$L_j$  – уровень (процент) достижения целевых значений показателей региональных проектов;

$A_{\text{факт } j}$  – фактическое значение показателей.

Перечень показателей, участвующих в расчете приведен в *таблице 1* (графа 2);

$A_{\text{цель } j}$  – целевое значение показателей.

### Методика II.

#### Оценочные значения показателей федерального проекта по данным показателей региональных проектов<sup>1</sup>

1. Для относительных показателей федерального проекта значение показателя –

<sup>1</sup> Применение методик возможно как для фактических, так и для целевых значений показателей.

**Таблица 1. Перечень показателей и их применение при расчете верхнеуровневых индикаторов обеспечения медицинских организаций квалифицированными кадрами**

№ п/п (j)	Наименование показателя (A <sub>j</sub> )	Использование для расчета аналитических показателей		
		для врачей	для среднего медицинского персонала	интегральный верхнеуровневый индикатор обеспечения медицинских организаций квалифицированными кадрами
1	2	3	4	5
1	Укомплектованность фельдшерских пунктов, фельдшерско-акушерских пунктов, врачебных амбулаторий медицинскими работниками	✓	✓	✓
2	Обеспеченность населения врачами, работающими в государственных и муниципальных медицинских организациях, чел. на 10 тыс. населения	✓	–	✓
3	Обеспеченность населения врачами, оказывающими первичную медико-санитарную помощь, чел. на 10 тыс. населения	✓	–	✓
4	Обеспеченность медицинскими работниками, оказывающими скорую медицинскую помощь, чел. на 10 тыс. населения	✓	✓	✓
5	Обеспеченность населения врачами, оказывающими специализированную медицинскую помощь, чел. на 10 тыс. населения	✓	–	✓
6	Обеспеченность населения средними медицинскими работниками, работающими в государственных и муниципальных медицинских организациях, чел на 10 тыс. населения	–	✓	✓
7	Укомплектованность медицинских организаций, оказывающих медицинскую помощь в амбулаторных условиях (доля занятых физическими лицами должностей от общего количества должностей в медицинских учреждениях, оказывающих медицинскую помощь в амбулаторных условиях), % нарастающим итогом: врачами	✓	–	✓
8	Укомплектованность медицинских организаций, оказывающих медицинскую помощь в амбулаторных условиях (доля занятых физическими лицами должностей от общего количества должностей в медицинских учреждениях, оказывающих медицинскую помощь в амбулаторных условиях), % нарастающим итогом: средними медицинскими работниками	–	✓	✓
9	Число специалистов, участвующих в системе непрерывного образования медицинских работников, в том числе с использованием дистанционных образовательных технологий, тыс. человек нарастающим итогом	✓	✓	✓
10	Доля специалистов, допущенных к профессиональной деятельности через процедуру аккредитации, от общего количества работающих специалистов, %	✓	✓	✓

среднее арифметическое (вариант методики А) или средневзвешенное по численности населения субъекта РФ (вариант методики Б) значений соответствующих показателей региональных проектов. Вычисление производится по формулам:

$$A_{\text{оц}} = \bar{A} = \frac{\sum_{i=1}^n A_i}{n}, \quad (2A)$$

где:  
 $\bar{A}$  – оценочное значение показателя федерального проекта – среднее арифметическое показателей региональных проектов;

$A_i$  – значение соответствующего показателя регионального проекта;  
 $n$  – число субъектов РФ, участвующих в расчете (при наличии полного набора данных  $n = 85$ ) и

$$A_{\text{оц}} = \bar{A}_w = \frac{\sum_{i=1}^n A_i \times N_{oi}}{\sum_{i=1}^n N_{oi}}, \quad (2B)$$

где:  
 $\bar{A}_w$  – оценочное значение показателя федерального проекта – средневзвешенное (по численности населения) показателей региональных проектов;

$N_{oi}$  – численность населения субъектов РФ на начало отчетного года.

При наличии полного набора данных ( $n = 85$ ) формула расчета приобретает вид:

$$A_{\text{оц}} = \bar{A}_w = \frac{\sum_{i=1}^{85} A_i \times N_{oi}}{N_{\text{оРФ}}}, (2Б')$$

где

$N_{\text{оРФ}}$  – численность населения Российской Федерации на начало отчетного года.

2. Для показателя «Число специалистов, участвующих в системе непрерывного образования медицинских работников, в том числе с использованием дистанционных образовательных технологий,

**Таблица 2. Перечень показателей, включенных в расчет верхнеуровневых индикаторов обеспечения медицинских организаций квалифицированными кадрами, и значения весовых коэффициентов**

№ п/п (j)	Наименование показателя ( $A_j$ )	Значение весового коэффициента ( $w_j$ ) при расчете показателя <sup>2</sup>		
		для врачей	для среднего медицинского персонала	интегральный верхнеуровневый индикатор обеспечения медицинских организаций квалифицированными кадрами
1	2	3	4	5
1	Укомплектованность фельдшерских пунктов, фельдшерско-акушерских пунктов, врачебных амбулаторий медицинскими работниками	2,0	2,0	2,0
2	Обеспеченность населения врачами, работающими в государственных и муниципальных медицинских организациях, чел. на 10 тыс. населения	1,0	– <sup>3</sup>	1,0
3	Обеспеченность населения врачами, оказывающими первичную медико-санитарную помощь, чел. на 10 тыс. населения	1,0	–	1,0
4	Обеспеченность медицинскими работниками, оказывающими скорую медицинскую помощь, чел. на 10 тыс. населения	1,0	1,0	1,0
5	Обеспеченность населения врачами, оказывающими специализированную медицинскую помощь, чел. на 10 тыс. населения	1,0	–	1,0
6	Обеспеченность населения средними медицинскими работниками, работающими в государственных и муниципальных медицинских организациях, чел на 10 тыс. населения	–	1,0	1,0
7	Укомплектованность медицинских организаций, оказывающих медицинскую помощь в амбулаторных условиях (доля занятых физическими лицами должностей от общего количества должностей в медицинских учреждениях, оказывающих медицинскую помощь в амбулаторных условиях), % нарастающим итогом: врачами	1,0	–	1,0
8	Укомплектованность медицинских организаций, оказывающих медицинскую помощь в амбулаторных условиях (доля занятых физическими лицами должностей от общего количества должностей в медицинских учреждениях, оказывающих медицинскую помощь в амбулаторных условиях), % нарастающим итогом: средними медицинскими работниками	–	1,0	1,0
9	Число специалистов, участвующих в системе непрерывного образования медицинских работников, в том числе с использованием дистанционных образовательных технологий, тыс. человек нарастающим итогом	0,2	0,2	0,2
10	Доля специалистов, допущенных к профессиональной деятельности через процедуру аккредитации, от общего количества работающих специалистов, %	0	0	0
	$\sum_{j=1}^n w_j =$	7,2	5,2	9,2
	n =	8	6	10

<sup>2</sup> Значения весовых коэффициентов приведены по состоянию на 26.01.2021.

<sup>3</sup> Прочерком обозначены показатели, не применяющиеся для расчета верхнеуровневого индикатора для соответствующей группы медицинских работников.

тыс. человек нарастающим итогом» оценочное значение показателя федерального проекта определяется как сумма значений указанного показателя региональных проектов (вариант методики В). Вычисление производится по формуле:

$$C_{v,РФ} = \sum_{i=1}^{85} C_{vi} \quad (2B)$$

где:

- $C_{v,РФ}$  – оценочное значение показателя федерального проекта «Число специалистов, участвующих в системе непрерывного образования медицинских работников, в том числе с использованием дистанционных образовательных технологий, тыс. человек нарастающим итогом»;
- $C_{vi}$  – значение показателя регионального проекта «Число специалистов, участвующих в системе непрерывного образования медицинских работников, в том числе с использованием дистанционных образовательных технологий, тыс. человек нарастающим итогом» в соответствующем субъекте РФ.

### Методика III. Верхнеуровневые индикаторы

Показатель определяется как среднее арифметическое (вариант методики А) или средневзвешенное по весовому коэффициенту, определяемому на основании экспертной оценки (вариант методики Б) показателей, вычисленных по Методике I: отдельно для врачей, для среднего медицинского персонала и интегральный верхнеуровневый индикатор обеспечения медицинских организаций системы здравоохранения квалифицированными кадрами.

Определение значений весовых коэффициентов путем экспертной оценки осуществляется достиганием консенсуса по итогам обсуждения значений, предлагаемых ведущими экспертами-аналитиками Отраслевого центра, иными сотрудниками Отраслевого центра и привлеченными специалистами, обладающими компетенциями в вопросах анализа организационно-медицинской информации.

Для расчета может использоваться следующая формула:

$$I = \frac{\sum_{j=1}^n \frac{A_{\text{факт } j}}{A_{\text{цель } j}} \cdot W_j}{\sum_{j=1}^n W_j} \times 100\% = \frac{\sum_{j=1}^n L_j \cdot W_j}{\sum_{j=1}^n W_j}, \quad (3)$$

где:

- $I$  – верхнеуровневые индикаторы (для врачей, для среднего медицинского персонала и интегральный верхнеуровневый индикатор обеспечения медицинских организаций системы здравоохранения квалифицированными кадрами);
- $W_j$  – весовой коэффициент показателя, относящегося к соответствующей группе медицинских работников. Значения весовых коэффициентов, участвующих в расчете для соответствующей группы медицинских работников по состоянию на 26.01.2021, приведены в *таблице 2*;
- $n$  – общее число показателей, относящихся к соответствующей группе медицинских работников.

Преимущество методики заключается в том, что первичные данные, имеющие различные единицы измерения, посредством Методики I нормализуются, то есть приводятся к единому виду и диапазону значений, что позволяет сравнивать их между собой. Методика III предусматривает обработку нормализованных данных и обеспечивает интегральную оценку уровней достижения показателей федерального и региональных проектов.

### Методика IV. Доля исполнения пунктов Плана мероприятий по реализации федерального и региональных проектов из числа запланированных в отчетном периоде

Вычисление частного от деления числа исполненных пунктов мероприятий по реализации федерального и региональных проектов к общему числу пунктов указанных мероприятий в отчетном периоде, умноженное на 100%, осуществляется по формуле:

$$D = \frac{M_{\text{исп}}}{M_{\text{план}}} \times 100\%, \quad (4)$$

где:

$D$  – доля исполнения пунктов Плана мероприятий по реализации федерального и региональных проектов из числа запланированных в отчетном периоде;

$M_{\text{исп}}$  – число исполненных в отчетном периоде мероприятий по реализации федерального и региональных проектов;

$M_{\text{план}}$  – общее число запланированных в отчетном периоде мероприятий по реализации федерального и региональных проектов.

#### Методика V.

##### Доля своевременного исполнения пунктов Плана мероприятий по реализации федерального и региональных проектов из числа запланированных в отчетном периоде

Вычисление частного от деления числа исполненных в срок пунктов мероприятий по реализации федерального и региональных проектов к общему числу пунктов указанных мероприятий в отчетном периоде, умноженное на 100%, осуществляется по формуле:

$$D = \frac{M_{\text{исп в срок}}}{M_{\text{план}}} \times 100\%, \quad (5)$$

где:

$D$  – доля своевременного исполнения пунктов Плана мероприятий по реализации федерального и региональных проектов из числа запланированных в отчетном периоде;

$M_{\text{исп в срок}}$  – число исполненных в срок в отчетном периоде мероприятий по реализации федерального и региональных проектов.

#### Методика VI.

##### Уровень (процент) выполнения целевых значений результатов федерального проекта на территориях субъектов Российской Федерации

Показатель определяется как частное от деления фактического значения

**Таблица 3. Перечень количественных результатов и их применение при расчете аналитических показателей**

№ п/п (к)	Наименование результата ( $R_k$ )
1	Увеличена численность врачей, работающих в государственных медицинских организациях, тыс. человек нарастающим итогом. Нарастающий итог
2	Увеличена численность средних медицинских работников, работающих в государственных медицинских организациях, тыс. человек нарастающим итогом. Нарастающий итог
3	Аккредитованы и допущены к профессиональной деятельности специалисты, тыс. человек нарастающим итогом. Нарастающий итог
4	Разработано с учетом порядков оказания медицинской помощи, клинических рекомендаций и принципов доказательной медицины интерактивных образовательных модулей, которые размещены на портале непрерывного медицинского образования. Нарастающий итог
5	Число специалистов, участвующих в системе непрерывного образования медицинских работников, в том числе с использованием дистанционных образовательных технологий, тыс. человек нарастающим итогом. Нарастающий итог
6	Актуализировано с учетом порядков оказания медицинской помощи, клинических рекомендаций и принципов доказательной медицины разработанных интерактивных образовательных модулей, размещенных на портале непрерывного медицинского образования
7	Проведено обучение по программам профессиональной переподготовки специалистов по профилям первичной медико-санитарной помощи, детского здравоохранения, онкологии (в том числе по паллиативной медицинской помощи) и сердечно-сосудистых заболеваний

количественных результатов (таблица 3) федерального проекта на территориях субъектов РФ (далее – результаты региональных проектов) на целевое значение указанных результатов (за одинаковый отчетный период), умноженное на 100%. Вычисление осуществляется по формуле:

$$Lr_k = \frac{R_{\text{факт } k}}{R_{\text{цель } k}} \times 100\%, \quad (6)$$

где:

$Lr_k$  – уровень (процент) достижения целевых значений результатов региональных проектов;

$R_{\text{факт } k}$  – фактическое значение количественных результатов;

$R_{\text{цель } k}$  – целевое значение количественных результатов.

#### Методика VII.

##### Оценочные значения результатов федерального проекта по данным результатов региональных проектов<sup>4</sup>

Значение показателя рассчитывается как сумма значений соответствующего

количественного результата региональных проектов. Вычисление производится по формуле:

$$R_{\text{оц}} = \sum_{i=1}^{85} R_i \quad (7)$$

где:

$R_{\text{оц}}$  – оценочное значение количественного результата федерального проекта;

$R_i$  – значение результата регионального проекта в соответствующем субъекте РФ.

### Заключение

Предлагаемые методики разработаны в целях аналитического обеспечения мониторинга достижения значений показателей, реализации мероприятий и выполнения результатов федерального проекта «Обеспечение медицинских организаций системы здравоохранения квалифицированными кадрами» и соответствующих региональных проектов. Методики могут быть использованы в качестве основы для систем поддержки принятия

управленческих решений при формировании комплекса мер по минимизации рисков недостижения показателей и результатов в конкретном регионе.

Комплексное использование предлагаемых методик расчета аналитических значений позволит проводить оперативную оценку реализации федерального и соответствующих региональных проектов и своевременно выявлять риски системного недостижения ключевых параметров обеспечения системы здравоохранения медицинскими кадрами в субъекте РФ.

Результаты аналитических показателей, вычисляемых по предлагаемым методикам I, III, IV–VI являются дополнительным обоснованием для анализа и выявления рисков недостижения показателей и результатов федерального и региональных проектов, для определения и формирования комплекса мер по их минимизации в конкретном регионе. В рамках оценки реализации федерального проекта также возможно применение методик II и VII.

### ИСТОЧНИКИ

1. Сковрцова В.И. Система координат для дальнейшего движения / В.И. Сковрцова // Медицина: целевые проекты. – 2018. – № 31. – С. 6–7.
2. Сковрцова В.И. Как повысить качество медицинской помощи? / В.И. Сковрцова // Медицина: целевые проекты. – 2015. – № 22. – С. 6–7.
3. Мурашко М.А. На страже здоровья граждан / М.А. Мурашко // Стандарты и качество. – 2016. – № 11. – С. 6–11.
4. Мурашко М.А. Информационные системы для инновационного развития контроля (надзора) в сфере здравоохранения / М.А. Мурашко, А.И. Панин, К.Г. Поспелов // Вестник Росздравнадзора. – 2018. – № 3. – С. 9–19.
5. Лазаренко В.А. Оценка качества функционирования искусственных нейронных сетей с логическими выходами в диагностике заболеваний гепатопанкреатодуоденальной зоны / В.А. Лазаренко, А.Е. Антонов // Казанский медицинский журнал. – 2017. – Т. 98. – № 6. – С. 928–932. DOI: 10.17750/KMJ2017–92.
6. Лазаренко В.А. Опыт разработки программного комплекса для нейросетевой диагностики и прогнозирования заболеваний гепатопанкреатодуоденальной зоны / Лазаренко В.А., Антонов А.Е. // Врач и информационные технологии. – 2017. – № 4. – С. 132–140.

### REFERENCES

1. Skvorcova V.I. Coordinate System for Further Development / V.I. Skvorcova // Medicina: celevye proekty. – 2018; 31: 6–7 (in Russian).
2. Skvorcova V.I. How to Improve the Quality of Medical Care? / V.I. Skvorcova // Medicina: celevye proekty. – 2015; 22: 6–7 (in Russian).
3. Murashko M.A. Guarding the Health of Citizens / M.A. Murashko // Standarty i kachestvo. – 2016; 11: 6–11 (in Russian).
4. Murashko M.A. Information systems for innovative development of control (supervision) in the field of healthcare / M.A. Murashko, A.I. Panin, K.G. Pospelov // Vestnik Roszdravnadzora. – 2018; 3: 9–19 (in Russian).
5. Lazarenko V.A. Evaluation of the Quality of Functioning of Artificial Neural Network with Logic Outputs in the Diagnosis of Diseases of Hepatopancreatoduodenal Zone / V.A. Lazarenko, A.E. Antonov // Kazanskij medicinskij zhurnal (Kazan Medical Journal). – 2017; Vol. 98; 6: 928–932. DOI: 10.17750/KMJ2017–92 (in Russian).
6. Lazarenko V.A. Experience of the Development of the Software Package for Neural Network Diagnosis and Prediction of Diseases of Hepatopancreatoduodenal Zone / Lazarenko V.A., Antonov A.E. // Vrach i informacionnye tehnologii (Information technologies for the Physician). – 2017; 4: 132–140 (in Russian).

<sup>4</sup> Применение методик возможно как для фактических, так и для целевых значений результатов.

**Т.В. СЕМЁНОВА**<sup>1</sup>, канд. мед. наук, заместитель министра здравоохранения Российской Федерации

**О.Ф. ПРИРОДОВА**<sup>2</sup>, канд. мед. наук, проректор по послевузовскому и дополнительному образованию  
olgaprirodova@yandex.ru

## Промежуточные итоги реализации федерального проекта «Обеспечение медицинских организаций системы здравоохранения квалифицированными кадрами» в части непрерывного образования медицинских работников

<sup>1</sup> Министерство здравоохранения Российской Федерации, 127994, Российская Федерация, г. Москва, ГСП 4, Рахмановский пер., д. 3. Ministry of Health of the Russian Federation, 3, Rakhmanovsky lane, City Service Post Office-4, Moscow, 127994, Russian Federation.

<sup>2</sup> ФГАОУ ВО «Российский национальный исследовательский медицинский университет имени Н.И. Пирогова» Министерства здравоохранения Российской Федерации, 117997, Российская Федерация, г. Москва, ул. Островитянова, д. 1. Federal State Autonomous Educational Institution of Higher Education «N.I. Pirogov Russian National Research Medical University» of the Ministry of Health of the Russian Federation, 1, Ostrovityanova St., Moscow, 117997, Russian Federation.

**Ключевые слова:** непрерывное медицинское образование, федеральный проект «Обеспечение медицинских организаций системы здравоохранения квалифицированными кадрами», интерактивные образовательные модули, Портал непрерывного медицинского и фармацевтического образования

**Для цитирования:** Семёнова Т.В., Природова О.Ф. Промежуточные итоги реализации федерального проекта «Обеспечение медицинских организаций системы здравоохранения квалифицированными кадрами» в части непрерывного образования медицинских работников // Вестник Росздравнадзора. – 2021. – № 1. – С. 61–70.

**For citation:** Semenova T.V., Prirodova O.F. Interim results of the implementation of the federal project “Providing medical organizations of the healthcare system with qualified personnel” in terms of continuing education of medical workers // Vestnik Roszdravnadzora. – 2021. – Vol. 1. – P. 61–70.

**Semenova T.V., Prirodova O.F.**

**Interim results of the implementation of the federal project “Providing medical organizations of the healthcare system with qualified personnel” in terms of continuing education of medical workers**

The article describes the indicators of the federal project “Providing medical organizations of the healthcare system with qualified personnel” and measures to achieve them in terms of introducing a system of continuing education for medical workers, including distance learning technologies. The results of the achievement of each indicator in 2019–2020 are presented, the reasons for the discrepancies between the planned and actual values are revealed, and the factors that influence the educational activity of healthcare professionals are noted.

**Keywords:** continuing medical education, federal project “Providing medical organizations of the healthcare system with qualified personnel”, interactive educational modules, Continuing Medical and Pharmaceutical Education Website

### Введение

Одной из составляющих национального проекта «Здравоохранение» является федеральный проект «Обеспечение медицинских организаций системы здравоохранения квалифицированными кадрами» (далее – федеральный проект)<sup>1</sup>. Он призван обеспечить ликвидацию дефицита медицинских кадров в организациях, оказывающих первичную медико-санитарную помощь, что является и самостоятельной

В статье приведено описание показателей федерального проекта «Обеспечение медицинских организаций системы здравоохранения квалифицированными кадрами» и мероприятий по их достижению в части внедрения системы непрерывного образования медицинских работников, в том числе с использованием дистанционных образовательных технологий. Представлены результаты достижения каждого показателя в 2019–2020 гг., выявлены причины расхождений плановых и фактических значений, отмечены факторы, оказывающие влияние на образовательную активность специалистов здравоохранения.

<sup>1</sup> Паспорт федерального проекта «Обеспечение медицинских организаций системы здравоохранения квалифицированными кадрами». URL: <https://www.rosminzdrav.ru/poleznye-resursy/natsproektzdravoohranenie/kadry> (дата обращения: 24.12.2020).

целью национального проекта «Здравоохранение», и базисом для реализации большинства других федеральных проектов в сфере здравоохранения.

Ключевыми сегментами кадрового обеспечения системы здравоохранения являются:

- 1) определение реальной потребности в кадрах;
- 2) устранение дисбаланса и дефицита кадров;
- 3) повышение качества подготовки специалистов [1].

Так, в рамках федерального проекта с 2019 г. анализ фактически сложившейся ситуации по обеспечению населения врачами и средним медицинским персоналом по каждому субъекту РФ осуществляет специально созданный Отраслевой центр компетенций и организации подготовки квалифицированных кадров для системы здравоохранения. С целью устранения дисбаланса и дефицита кадров субъектами РФ скорректированы региональные программы, в том числе в части переобучения медицинских работников по дефицитным направлениям, стимулированию и закреплению на рабочих местах как новых, так и уже работающих специалистов, расширению мер социальной поддержки и целевого приема. А на федеральном уровне увеличены контрольные цифры приема для ВУЗов и объем государственного задания для образовательных организаций, осуществляющих подготовку средних медицинских работников.

Повышение качества подготовки специалистов включает как совершенствование обучения по программам высшего и среднего профессионального медицинского образования, программам профессиональной переподготовки, так и развитие системы повышения профессионального уровня медицинских работников, уже имеющих стаж работы по специальности. Последнее в федеральном проекте отражено в виде задачи по внедрению системы непрерывного профессионального

образования специалистов здравоохранения. А контроль уровня квалификации каждого специалиста должна обеспечить новая процедура допуска к профессиональной деятельности – аккредитация специалистов.

### **Плановые показатели внедрения непрерывного образования специалистов здравоохранения**

Непрерывность медицинского и фармацевтического образования регламентирована п. 1 ст. 82 Федерального закона от 29.12.2012 № 273-ФЗ «Об образовании в Российской Федерации», а основные его компоненты определены в Концепции развития<sup>2</sup>. Показатели внедрения системы непрерывного образования медицинских работников первоначально вошли в приоритетный проект «Новые кадры современного здравоохранения», а в 2018 г. практически неизменными перешли в федеральный проект. В паспорте проекта имеются два соответствующих контрольных показателя (результата):

- 1) число специалистов, совершенствующих свои знания в рамках системы непрерывного медицинского образования (НМО);
- 2) количество интерактивных образовательных модулей, разработанных с учетом клинических рекомендаций и принципов доказательной медицины и размещенных на портале непрерывного медицинского и фармацевтического образования.

Первый, более глобальный, показатель включает разработку нормативно-правовой базы и методической основы непрерывного образования, информатизацию процессов планирования и учета образовательной активности медицинских работников, информирование различных участников системы здравоохранения о возможностях обучения в рамках непрерывного образования и непосредственно вовлечение в него специалистов здравоохранения. Данный результат требует выполнения и контроля деятельности как на федеральном, так и на региональных

<sup>2</sup> Приказ Минздрава России от 21.11.2017 № 926н «Об утверждении Концепции развития непрерывного медицинского и фармацевтического образования в Российской Федерации на период до 2021 года».



**Таблица 1. Количественные критерии достижения показателей федерального проекта «Обеспечение медицинских организаций системы здравоохранения квалифицированными кадрами» в части непрерывного образования**

Результат / Период	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024
Число специалистов, вовлеченных в систему НМО, в т.ч. с использованием дистанционных образовательных технологий, тыс. чел.	240	350	560	850	1170	1500	1880
Разработано ИОМ (нарастающим итогом) с учетом порядков оказания медицинской помощи, клинических рекомендаций и принципов доказательной медицины, размещенных на модернизированном портале НМО, шт.	2000	3000	4000	5000	5000	5000	5000
Актуализировано ИОМ (нарастающим итогом) с учетом порядков оказания медицинской помощи, клинических рекомендаций и принципов доказательной медицины, размещенных на модернизированном портале НМО, %	–	–	–	–	10	15	20

уровнях. Так, методическое и информационное обеспечение внедрения системы было возложено Минздравом России на Федеральный центр развития непрерывного медицинского и фармацевтического образования на базе ФГАОУ ВО «Российский национальный исследовательский медицинский университет имени Н.И. Пирогова Минздрава России» (далее – Центр развития НМФО). Его задачи включают в том числе разработку справочных и методических материалов для различных категорий специалистов и их руководителей. Непосредственное вовлечение и контроль обучения в рамках непрерывного образования медицинских работников различных субъектов РФ обеспечивают медицинские организации и региональные органы исполнительной власти в сфере охраны здоровья (далее – РОИВ), ориентируясь на ежегодные плановые показатели.

Второй показатель является частью задачи по обеспечению контентного наполнения информационной системы планирования и учета образовательной активности специалистов здравоохранения – Портала непрерывного медицинского и фармацевтического образования Минздрава России [edu.rosminzdrav.ru](http://edu.rosminzdrav.ru) (далее – Портал). Среди образовательных элементов, входящих в его перечни, есть и реализуемые исключительно с применением дистанционных образовательных технологий – интерактивные образовательные модули (далее – ИОМ). Планирование, контроль разработки, формирование и размещение самих ИОМ, а также их актуализация обеспечивается Центром развития

НМФО на основе материалов, предоставленных ведущими профессиональными сообществами, образовательными и научными организациями, в том числе и национальными медицинскими исследовательскими центрами в рамках другого федерального проекта – «Развитие сети национальных медицинских исследовательских центров и внедрение инновационных медицинских технологий»<sup>3</sup>. Количественные критерии достижения показателей (результатов) федерального проекта в паспорте, утвержденном в 2018 г., в части непрерывного образования на федеральном уровне представлены в *таблице 1*.

Для контроля достижения результатов на региональном уровне в приложении паспорта проекта представлены ежегодные целевые значения числа специалистов, вовлеченных в непрерывное образование, по всем субъектам РФ. При этом сумма целевых значений показателя для каждого субъекта превышает соответствующее целевое значение на федеральном уровне.

### Результаты внедрения непрерывного образования специалистов здравоохранения в 2019–2020 гг. и их обсуждение

Ежегодное достижение обоих вышеописанных показателей/результатов контролируется данными, собираемыми с Портала [edu.rosminzdrav.ru](http://edu.rosminzdrav.ru). В соответствии с планом мероприятий федерального проекта в 2019 г. была проведена масштабная модернизация Портала, направленная на улучшение пользовательского интерфейса, создание мобильной версии, а также

<sup>3</sup> Паспорт федерального проекта «Развитие сети национальных медицинских исследовательских центров и внедрение инновационных медицинских технологий». URL: <https://www.rosminzdrav.ru/poleznye-resursy/natsproektzdravoohranenie/nmits> (дата обращения: 24.12.2020).

**Таблица 2. Мероприятия информационной кампании по внедрению системы непрерывного медицинского образования в 2019–2020 гг.**

2019	2020
Разработка методологической основы для планирования тематик образовательных элементов НМО	Разработка методологической основы для проведения оценки качества образовательных элементов НМО
Разработка справочных материалов и информирование РОИВ о системе НМО	
Разработка справочных материалов и информирование специалистов здравоохранения о возможности обучения в рамках системы НМО с использованием модернизированного Портала	
Проведение обучающих вебинаров для специалистов здравоохранения о возможности обучения в рамках системы НМО с использованием модернизированного Портала	

расширение функционала, в том числе за счет разработки и реализации механизма персонализации обучения.

В рамках информационной кампании по внедрению системы непрерывного медицинского образования в 2019–2020 гг. проводился ряд мероприятий, направленных на повышение качества, доступности непрерывного образования и вовлечение в него различных категорий медицинских работников (табл. 2).

Кроме запланированных мероприятий на постоянной основе проводится представление методологии непрерывного образования и возможностей обучения с использованием Портала [edu.gosminzdrav.ru](http://edu.gosminzdrav.ru) на образовательных и научно-практических мероприятиях различного уровня, публикуются результаты внедрения системы в научно-методических и популярных изданиях. Для зарегистрированных пользователей Портала доступны информационные вебинары с главными внештатными специалистами Минздрава России, участие в опросах и анкетированиях, профессиональное общение на форуме Портала.

Эффективность проводимых мероприятий оценивалась путем мониторинга нескольких показателей:

- 1) число лиц, сформировавших на Портале личные кабинеты специалиста – «зарегистрировавшиеся пользователи»;
- 2) число лиц, освоивших образовательный(ые) элемент(ы) с использованием технических средств Портала – «активные пользователи»;
- 3) число лиц, работающих на отчетную дату по данным Федерального регистра медицинских работников (далее – ФРМР) в должностях специалистов с высшим или средним профессиональным

медицинским образованием и освоивших образовательный(ые) элемент(ы) с использованием технических средств Портала – «активные медицинские работники»;

Контрольный показатель федерального проекта «число специалистов, вовлеченных в систему непрерывного образования медицинских работников, в том числе с использованием дистанционных образовательных технологий» соответствует показателю «активные медицинские работники». Фактическое его значение по всей Российской Федерации на отчетные даты предоставляется в Минздрав России Центром развития НМФО непосредственно по данным Портала.

Рассмотрим динамику вовлечения медицинских работников в обучение с использованием технических средств Портала в 2019–2020 гг., используя методы описательной статистики.

2019 г. – третий полный год привлечения специалистов здравоохранения к выбору и освоению образовательных элементов в рамках непрерывного образования. На *рисунке 1* представлена ежемесячная динамика числа новых активных пользователей Портала в 2019 г. в сравнении с 2017 и 2018 гг.

Анализируя данные, представленные на *рисунке*, можно отметить определенную схожесть и отдельные различия в динамике образовательной активности специалистов в разные годы. Предположительно, на вовлечение новых пользователей к работе на Портале до 2020 г. в разной степени оказывали влияние:

- рост числа образовательных элементов, доступных для освоения;
- сезонность реализации образовательных программ и мероприятий;

- информационные письма Минздрава России и РОИВ о необходимости освоения отдельных образовательных элементов;
- возможность обучения на Портале специалистов со средним медицинским образованием, начало реализации которой в основном пришлось на второе полугодие 2019 г.

Кроме того, начиная с 2019 г. ответственность за достижение целевых значений показателя вовлеченности в непрерывное образование медицинских работников отдельных субъектов РФ возлагается на сами РОИВ, что приводит к появлению дополнительной внешней мотивации специалистов. Выявление факторов, влияющих на образовательную активность медицинских работников, является значимым механизмом внедрения системы непрерывного образования специалистов здравоохранения, однако данный вопрос требует дополнительного изучения.

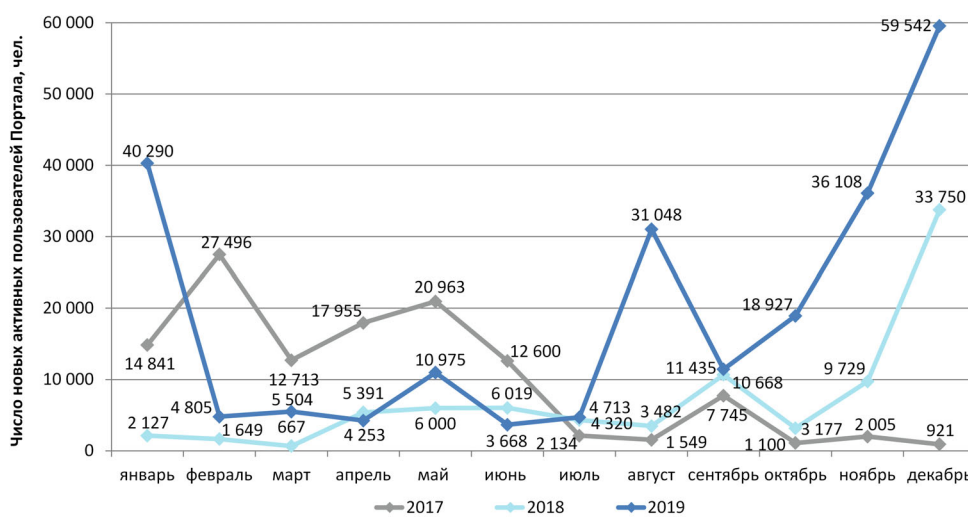
Фактическое значение показателя федерального проекта по вовлеченности медицинских работников по всей стране в систему непрерывного образования в 2019 г. составило более 415 тыс. (119% от целевого значения в 350 тыс.). Однако

в разрезе регионов отмечалось как перевыполнение, так и невыполнение данного показателя<sup>4</sup>. Доля выполнения показателя в различных регионах составила от 17% до 390%. При этом экспоненциальная кривая фактических значений показателя максимально приблизилась к прогнозируемым целевым значениям (рис. 2).

На высокий процент отклонения между плановыми и фактическими значениями показателя в отдельных субъектах РФ в том числе могло оказывать влияние и отсутствие на региональном уровне автоматизированного механизма его контроля. В результате проведенной доработки Портала в конце 2019 г. появился функционал личных кабинетов РОИВ, позволяющий обеспечить учет регистрации и дальнейшей образовательной активности на Портале специалистов соответствующего региона и синхронизировать формирование отчетных показателей на федеральном и региональном уровнях [2]. К маю 2020 г. все РОИВ имели личные кабинеты на Портале.

Пандемия 2020 г. расширила возможности и повысила значимость использования Портала как единой для всей Российской Федерации системы планирования и учета

**Рисунок 1. Ежемесячная динамика числа новых активных пользователей Портала в 2017–2019 гг.**



<sup>4</sup> Единая межведомственная информационно-статистическая система (ЕМИСС). URL: <https://www.fedstat.ru/> (дата обращения: 24.12.2020).



образовательной активности специалистов здравоохранения. Наиболее значимым для обучения медицинских работников в условиях угрозы распространения новой коронавирусной инфекции оказался механизм быстрого донесения конкретной информации до целевой аудитории, применяющийся и ранее [1]. В кратчайшие сроки на основании утверждаемых Минздравом России нормативно-правовых документов и методических рекомендаций по вопросам профилактики, диагностики и лечения COVID-19, а также материалов ведущих экспертов, получивших первый опыт взаимодействия с новой инфекцией, были разработаны и размещены на Портале специальные ИОМ. Обязательность их освоения закрепил соответствующий приказ Минздрава России<sup>5</sup>. Реализованная к этому времени автоматизация управления обучением позволила не только незамедлительно доводить до медицинских работников учебные материалы и информацию о необходимости их изучения, но и контролировать само освоение [3]. За период с февраля по декабрь 2020 г. по вышеуказанным вопросам были разработаны и размещены на Портале 56 ИОМ. Кроме того, для отдельных категорий специалистов

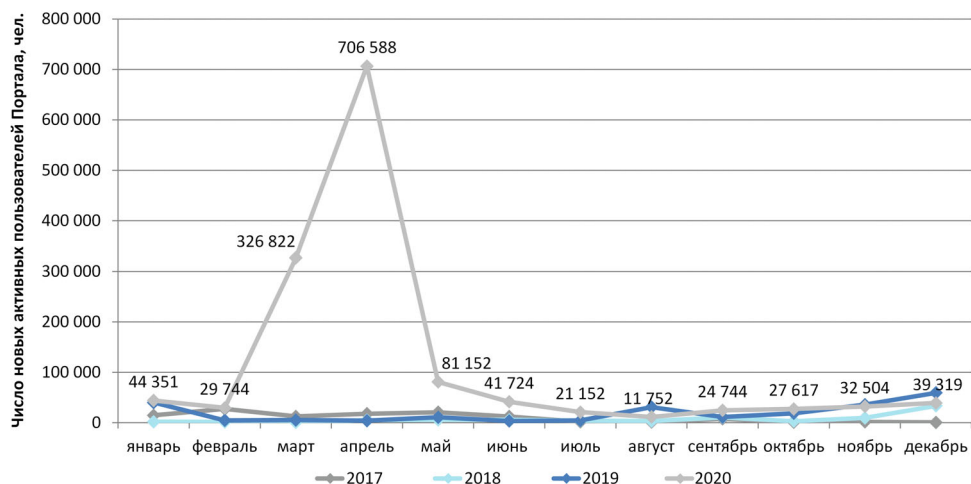
здравоохранения и обучающихся были разработаны более 1000 краткосрочных программ повышения квалификации по вопросам новой коронавирусной инфекции, в том числе более трехсот программ для допуска к работе без соответствующего сертификата специалиста или свидетельства об аккредитации, выбор которых осуществлялся исключительно на Портале.

Размещение актуальных учебных материалов и использование оперативного регулярного информирования о возможности их освоения многократно увеличили скорость вовлечения в обучение на Портале новых специалистов. Ежемесячная динамика числа новых лиц, вовлеченных в непрерывное образование с использованием Портала в 2020 г., в сравнении с предыдущими годами, представлена на *рисунке 3*.

Так, максимальный прирост новых специалистов на Портале (от 10 до 80 тыс. ежедневно) приходился на конец марта – середину апреля, преимущественно за счет специалистов, осваивающих ИОМ по вопросам новой коронавирусной инфекции. До конца 2020 г. соответствующие модули были изучены более чем 1,5 млн физических лиц, включая лиц, не учитываемых

<sup>5</sup> Приказ Минздрава России от 19.03.2020 № 198н «О временном порядке организации работы медицинских организаций в целях реализации мер по профилактике и снижению рисков распространения новой коронавирусной инфекции COVID-19».

**Рисунок 3. Ежемесячная динамика числа новых активных пользователей Портала в 2017–2020 гг.**



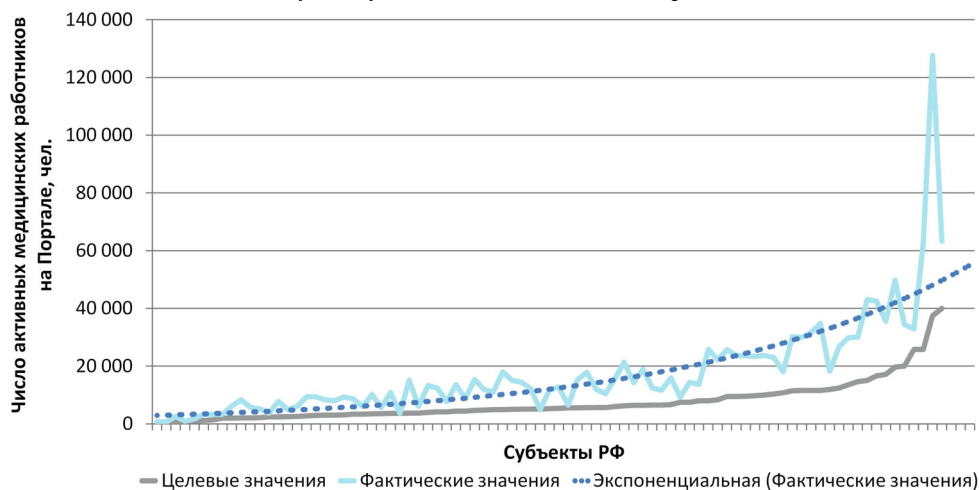
в федеральном проекте (неработающие специалисты, специалисты с немедицинским образованием, обучающиеся, фармацевтические работники). А по программам профилактики, диагностики и лечению COVID-19 в 2020 г. прошли обучение более 340 тыс. специалистов.

Такой прирост различных категорий специалистов здравоохранения позволил многократно превысить целевые значения показателя вовлеченности в непрерывное образование медицинских работников Российской Федерации в 2020 г.

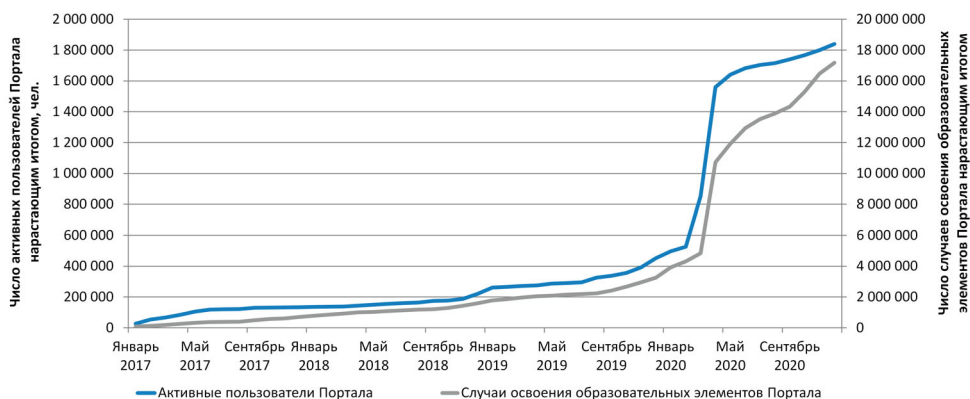
К концу декабря 2020 г. фактическое значение показателя составило почти 1,5 млн (более 260% от запланированного значения в 560 тыс.). Таким образом, более 75% работающих по данным ФРМР в настоящее время медицинских работников, как с высшим, так и со средним профессиональным образованием, вовлечены в систему непрерывного образования и осваивают образовательные элементы на Портале edu.rosminzdrav.ru.

Соответственно, были отмечены значительные превышения целевых значений

**Рисунок 4. Целевые и фактические значения показателя вовлеченности специалистов здравоохранения в НМО за 2020 г. по субъектам РФ**



**Рисунок 5. Динамика числа активных пользователей и числа случаев освоения всех образовательных элементов Портала в 2017–2020 гг.**



показателя на региональном уровне. Разброс достижений плана на 2020 г. по отдельным субъектам РФ составил от 95% до 410%. Только в двух регионах было отмечено незначительное невыполнение целевого показателя. На *рисунке 4* видно значительное расхождение между экспоненциальной кривой фактических значений показателя и кривой, отражающей его плановые значения.

Почти трехкратное превышение плана по числу специалистов, вовлеченных в систему непрерывного образования в 2020 г., потребовало корректировки целевых значений данного показателя на последующие годы. Так, новые целевые показатели числа медработников – активных пользователей Портала на 2020, 2021, 2022, 2023 и 2024 гг. составили соответственно 1494,7, 1600, 1700, 1800 и 1900 тыс.

С учетом почти пятилетнего периода возможности сбора данных о реализации непрерывного образования специалистов здравоохранения все большее значение приобретают не только показатели вовлеченности в него, но сохранение интереса медицинских работников к обучению в рамках системы на протяжении определенного периода времени. Одним из критериев оценки сохраняющейся образовательной активности пользователей Портала может являться относительное увеличение числа случаев освоения всех образовательных элементов непрерывного образования в единицу времени в сравнении с динамикой вовлечения в систему новых специалистов (*рис. 5*).

Так, в период резкого роста количества новых активных пользователей Портала в марте – апреле 2020 г. кривые числа обучающихся и случаев обучения начинают заметно расходиться: процесс вовлечения в непрерывное образование новых специалистов на основании освоения единственного образовательного элемента преобладает над ростом активности всех пользователей Портала. Однако уже с сентября этого года отмечается их быстрое сближение, что может иллюстрировать продолжающуюся активность уже ранее вовлеченных в обучение пользователей Портала в освоении различных компонентов непрерывного образования (программ повышения квалификации, ИОМ, образовательных мероприятий). Тем не менее данный вопрос требует отдельного изучения.

Вторым показателем федерального проекта, относящимся к задаче вовлечения специалистов здравоохранения в непрерывное образование, является число разработанных и размещенных на Портале ИОМ. В 2019 и 2020 гг. его целевые значения составляли соответственно не менее 3000 и не менее 4000 ИОМ. Мероприятия, направленные на достижение этих значений, включали формирование перечня тем для разработки ИОМ и требований к их авторам, поиск и обучение авторов материалов, контроль разработки ими учебного содержания модулей, экспертизу предоставленных материалов, сам процесс создания ИОМ и размещения их на Портале, а также, при необходимости, – повторную оценку качества, актуализацию или закрытие доступа к ИОМ.

С целью эффективного контентного наполнения Портала, унификации процессов разработки и повышения качества ИОМ были созданы:

- «Методические рекомендации по формированию тем и планированию тематик образовательных элементов в рамках непрерывного образования», 2019 г.;
- «Методические рекомендации по основам проведения оценки качества образовательных элементов непрерывного образования», 2020 г.

Также в 2020 г. были актуализированы и размещены в открытом доступе «Методические рекомендации по созданию и системе оценки качества интерактивных образовательных модулей в рамках непрерывного медицинского и фармацевтического образования»<sup>6</sup>.

Фактическое количество разработанных и размещенных на Портале ИОМ в 2019 и 2020 гг. нарастающим итогом составило соответственно 3241 и 4701 (108% и 118% от плановых показателей). При этом не менее 220 ИОМ в 2019 г. и не менее 450 ИОМ в 2020 г. нарастающим итогом были созданы на основании материалов национальных медицинских исследовательских центров в рамках соответствующего федерального проекта.

Кроме того, в 2020 г. оператором Портала была осуществлена его интеграция с информационным ресурсом, обеспечивающим доступ к онлайн-платформам и онлайн-курсам по принципу «одного окна». Данный функционал был реализован также в рамках мероприятий федерального проекта и обеспечил возможность передачи данных об обучении специалистов здравоохранения, в том числе по ИОМ, в систему «одного окна» Министерства науки и высшего образования Российской Федерации для формирования индивидуального портфолио обучающегося.

Одним из ожидаемых эффектов от внедрения системы непрерывного медицинского образования является обеспечение систематического повышения квалификации специалистов здравоохранения, что требует

предоставления им доступа к актуальной информации по своей и смежной специальности в удобное время и в любом месте. Размещение на Портале ИОМ, разработанных ведущими экспертами медицинского сообщества на основе клинических рекомендаций, порядков оказания медицинской помощи и принципов доказательной медицины и бесплатно доступных всем пользователям Портала, в наибольшей степени обеспечивает решение этой задачи.

### Заключение

Достижение цели федерального проекта по ликвидации кадрового дефицита в медицинских организациях, оказывающих первичную медико-санитарную помощь, возможно только при наличии эффективной, удобной, доступной и управляемой системы поддержания и повышения профессионального уровня специалистов. Все эти характеристики могут относиться к системе непрерывного медицинского образования, максимальное вовлечение в которую медицинских работников является одной из задач федерального проекта и контролируется соответствующими количественными показателями на федеральном и региональном уровнях.

В 2019 г. отмечалось небольшое перевыполнение показателя вовлеченности в непрерывное образование специалистов здравоохранения со значительным разбросом процента его выполнения на региональном уровне. Это могло быть связано как с недостаточной мотивацией самих специалистов, так и отсутствием возможности автоматизированного контроля показателя непосредственно региональными органами исполнительной власти.

Выполнение данного показателя в 2020 г. превысило целевые значения почти в 3 раза за счет выполнения или значительного перевыполнения плана почти всеми субъектами РФ. Угроза распространения новой коронавирусной инфекции и меры, принимаемые для ее предотвращения, привели к значительной дополнительной мотивации

<sup>6</sup> Методические рекомендации по созданию и системе оценки интерактивных образовательных модулей в рамках непрерывного медицинского и фармацевтического образования. URL: <https://centrnmio.ru/materialy> (дата обращения: 24.12.2020).

медицинских работников в быстром получении актуальной информации по вопросам профилактики, диагностики и лечения COVID-19, в том числе без необходимости покидать место проживания или работы, например, в формате ИОМ. Кроме того, в повышении заинтересованности в обучении сыграло роль и значительное расширение перечня образовательных элементов Портала [edu.rosminzdrav.ru](http://edu.rosminzdrav.ru), включающих несколько десятков тысяч программ повышения квалификации и образовательных мероприятий, а также различные виды ИОМ, которых к концу 2020 г. только на платформах онлайн-обучения Портала было размещено более 4700. Также на показатель вхождения в систему непрерывного образования оказывала влияние развернутая на федеральном и региональном уровне информационная кампания, отраженная в федеральном проекте в виде плана отдельных мероприятий, полностью выполненном в 2019 и 2020 гг. К этому выводу приходят и некоторые другие авторы, изучающие данный вопрос на региональном уровне [4].

Своевременное выполнение и перевыполнение целевых показателей по вовлеченности медицинских работников в систему

непрерывного образования подготовило благоприятную почву для выполнения другого показателя федерального проекта – «Доля специалистов, допущенных к профессиональной деятельности через процедуру аккредитации, от общего количества работающих специалистов», так как в соответствии с положением об аккредитации специалиста для формирования портфолио к периодической аккредитации специалисту требуется включение в него образовательных элементов непрерывного образования<sup>7</sup>.

При этом важнейшим критерием сохранения образовательной активности уже вовлеченных в систему непрерывного образования специалистов, не учитываемых в федеральном проекте, является преобладание роста случаев освоения различных образовательных элементов Портала над скоростью появления его новых пользователей, только начавших обучение. Изучение этого вопроса, в том числе в разрезе определения факторов, влияющих на образовательную активность медицинских работников, их внутреннюю и внешнюю мотивацию в повышении собственной квалификации, является целью дальнейших исследований.

## ИСТОЧНИКИ

1. Семенова Т.В. Медицинские кадры России. Кадровый дисбаланс и его устранение в здравоохранении / Т.В. Семенова // Вестник Росздравнадзора. – 2019. – № 4. – С. 49–59.
2. Природова О.Ф. Информационная поддержка непрерывного медицинского образования в рамках федерального проекта «Обеспечение медицинских организаций системы здравоохранения квалифицированными кадрами» / О.Ф. Природова, Т.В. Колесниченко // Методология и технология непрерывного профессионального образования. – 2020. – № 1 (1). – С. 6–12.
3. Семенова Т.В. Электронное обучение в непрерывном медицинском образовании: акцент на интерактивные образовательные модули / Т.В. Семенова, О.Ф. Природова // Вестник Росздравнадзора. – 2020. – № 3. – С. 70–77.
4. Ярашева А.В. Региональные особенности реализации национального проекта «Здравоохранение»: потребность и доступность квалификационного роста медицинских работников / А.В. Ярашева, С.В. Макара // Экономика. Налоги. Право. – 2020. – № 13(3). – С. 102–111.

## REFERENCES

1. Semenova T. V. Health care staff of Russia. Staff imbalance and its elimination in health care // Vestnik Roszdravnadzora. – 2019. – Vol. 4. – P. 49–59 (in Russian).
2. Prirodova O. F., Kolesnichenko T. V. Information support of continuing medical education within the framework of the federal project «Providing healthcare organizations of the public health system with qualified personnel» // Metodologiya i tekhnologiya nepreryvnogo professional'nogo obrazovaniya (Methodology and Technology Continuous Professional Education). – 2020. – Vol. 1 (1). – P. 6–12 (in Russian).
3. Semenova T. V., Prirodova O. F. E-learning in continuing medical education: emphasis on interactive educational modules. – Vestnik Roszdravnadzora. – 2020. – Vol. 3. – P. 70–77. (in Russian). DOI: <https://doi.org/10.35576/2070-7940-2020-3-70-77>
4. Yarasheva A. V., Makarb S. V. Regional features of the national project “Healthcare” implementation: the need and availability of qualification growth for medical professionals // Ekonomika. Nalogi. Pravo. (Ekonomika. Nalogi. Pravo.) – 2020. – Vol. 13(3). – P. 102–111 (in Russian).

<sup>7</sup> Приказ Минздрава России от 02.06.2016 №334н «Об утверждении Положения об аккредитации специалистов».



**Т.В. СЕМЁНОВА**<sup>1</sup>, канд. мед. наук, заместитель министра здравоохранения Российской Федерации

**И.В. КОРОБКО**<sup>1</sup>, д-р биол. наук, проф. РАН, директор Департамента науки и инновационного развития здравоохранения Минздрава России

**А.С. АНИСКЕВИЧ**<sup>1</sup>, начальник отдела проектного и программного управления инновационной деятельностью Департамента науки и инновационного развития здравоохранения Минздрава России

## Реализация федерального проекта «Развитие сети национальных медицинских исследовательских центров и внедрение инновационных медицинских технологий»

<sup>1</sup> Министерство здравоохранения Российской Федерации, 127994, Российская Федерация, г. Москва, ГСП 4, Рахмановский пер., д. 3. Ministry of Health of the Russian Federation, 3, Rakhmanovsky lane, City Service Post Office-4, Moscow, 127994, Russian Federation.

**Ключевые слова:** федеральный проект «Развитие сети национальных медицинских исследовательских центров и внедрение инновационных медицинских технологий», национальный проект «Здравоохранение», национальные медицинские исследовательские центры, НМИЦ, телемедицинские консультации, организационно-методическое руководство

**Для цитирования:** Семёнова Т.В., Коробко И.В., Анискевич А.С. Реализация федерального проекта «Развитие сети национальных медицинских исследовательских центров и внедрение инновационных медицинских технологий» // Вестник Росздравнадзора. – 2021. – № 1. – С. 71–80.

**For citation:** Semenova T.V., Korobko I.V., Aniskevich A.S. Federal project “Development of national medical research center network and implementation of innovative medical technologies” // Vestnik Roszdravnadzora. – 2021. – Vol. 1. – P. 71–80.

**Semenova T.V., Korobko I.V., Aniskevich A.S.**

**Implementation of the federal project “Development of national medical research center network and implementation of innovative medical technologies”**

The manuscript is focused on implementation of the federal project “Development of national medical research center network and implementation of innovative medical technologies” of the national project “Healthcare”. The project aims to improve availability of a high-skilled medical care for citizens and highly succeeds in delivering by national medical research centers consultations/consiliums to regional medical organizations using remote technologies as well as through consultative help to the above organizations during attendance of regions by specialists of the centers. Manuscript describes history of generation and evolution of the national medical research center network as well as results of their work in a frame of the federal project in 2020.

**Keywords:** federal project “Development of national medical research center network and implementation of innovative medical technologies”, national project “Healthcare”, national medical research center, remote medical consultations, methodological supervision

В статье представлены принципы и механизмы реализации федерального проекта «Развитие сети национальных медицинских исследовательских центров и внедрение инновационных медицинских технологий» национального проекта «Здравоохранение». Главная цель создания национальных медицинских исследовательских центров (НМИЦ) – обеспечение доступности высококвалифицированной медицинской помощи для населения. НМИЦ имеют высокую востребованность как в рамках проведения консультаций/консилиумов с применением телемедицинских технологий, так и в формате организационно-методической помощи медицинским организациям субъектов Российской Федерации, оказываемой в рамках выездов специалистов НМИЦ в регионы. В статье приводится краткая история создания и эволюции сети НМИЦ, а также представлены итоги деятельности в рамках федерального проекта в 2020 г.

### Введение

Основы развития сети национальных медицинских исследовательских центров

(далее – НМИЦ) и осуществления их деятельности заложено в Указе Президента РФ от 07.05.2018 № 204<sup>1</sup> (далее – Указ)

<sup>1</sup> Подпункт «б» пункта 4 Указа Президента РФ от 07.05.2018 № 204 «О национальных целях и стратегических задачах развития Российской Федерации на период до 2024 года».

в составе комплексного подхода по достижению национальных целей развития Российской Федерации на период до 2024 г. А именно, при реализации соответствующего комплекса мероприятий Указом предусмотрено в рамках национального проекта в сфере здравоохранения осуществить завершение формирования сети НМИЦ и внедрение инновационных медицинских технологий, включая систему ранней диагностики и дистанционный мониторинг состояния здоровья пациентов, а также внедрение клинических рекомендаций и протоколов лечения.

Для решения этих задач разработан федеральный проект «Развитие сети национальных медицинских исследовательских центров и внедрение инновационных медицинских технологий» (далее – федеральный проект), вошедший в состав национального проекта «Здравоохранение». В соответствии с положениями Указа, основными задачами федерального проекта определены:

- проведение мероприятий для завершения формирования сети национальных медицинских исследовательских центров;
- проведение мероприятий по внедрению инновационных медицинских технологий, включая систему ранней диагностики и дистанционный мониторинг состояния здоровья пациентов;
- проведение мероприятий по внедрению клинических рекомендаций.

Выполнение этих задач поможет достичь общественно значимых результатов, определенных в 2020 г., в частности, обеспечить доступность высококвалифицированной медицинской помощи для граждан.

### Идеология НМИЦ

Цель формирования сети НМИЦ – повышение качества медицинской помощи путем развития инноваций в сфере здравоохранения, укрепления кадрового, в том числе научного, потенциала, создания условий для устойчивого спроса на инновационную продукцию и ее внедрения в практическое здравоохранение, включая

систему ранней диагностики заболеваний и дистанционный мониторинг состояния здоровья пациентов, развитие трансляционной медицины.

НМИЦ являются ведущими учреждениями, осуществляющими «головные» функции по отдельным профилям медицинской помощи (направлениям деятельности), что включает организационно-методическую поддержку медицинских организаций субъектов РФ и формирование вертикально интегрированной системы организационно-методического сопровождения оказания медицинской помощи по профилям в субъектах РФ, а также деятельность в области подготовки медицинских кадров.

История НМИЦ началась в 2017 г., когда была создана сеть, состоящая из 20 НМИЦ по отдельным, наиболее актуальным, профилям медицинской помощи (направлениям деятельности)<sup>2</sup>. В создании сети НМИЦ был заложен конкурентный принцип с отбором лучших научных учреждений, подведомственных Минздраву России. Принцип отбора основан на определении рейтинга учреждений с учетом объективных показателей, отражающих их научную, образовательную, клиническую деятельность, а также участие в международном сотрудничестве. К началу реализации федерального проекта сеть НМИЦ насчитывала 22 учреждения.

В июне 2019 г. сеть пополнилась еще двумя учреждениями, а в январе 2020 г. – еще 12-ю и расширилась до 36 учреждений (табл. 1). При этом в 2019 г. методология отбора учреждений для включения в сеть НМИЦ была актуализирована, и определение учреждений-лидеров для включения в сеть НМИЦ стало проходить более фокусно – отдельно по профилям медицинской помощи (направлениям деятельности). Кроме того, актуализированная система отбора предусматривала возможность участия не только научных учреждений, а всех подведомственных организаций, осуществляющих научную и (или) научно-техническую деятельность, включая

<sup>2</sup> Приказ Минздрава России от 11.09.2017 № 622 (ред. от 20.01.2020) «О сети национальных медицинских исследовательских центров».

Таблица 1. Сеть НМИЦ с указанием этапов ее формирования

№ п/п	Наименование организации
<b>В 2017 г. сеть НМИЦ включала 20 организаций</b>	
1	Федеральное государственное бюджетное учреждение «Национальный медицинский исследовательский центр онкологии имени Н.Н. Блохина» Министерства здравоохранения Российской Федерации
2	Федеральное государственное бюджетное учреждение «Национальный медицинский исследовательский центр имени В.А. Алмазова» Министерства здравоохранения Российской Федерации
3	Федеральное государственное бюджетное учреждение «Национальный медицинский исследовательский центр сердечно-сосудистой хирургии имени А.Н. Бакулева» Министерства здравоохранения Российской Федерации
4	Федеральное государственное автономное учреждение «Национальный медицинский исследовательский центр здоровья детей» Министерства здравоохранения Российской Федерации
5	Федеральное государственное бюджетное учреждение «Национальный медицинский исследовательский центр акушерства, гинекологии и перинатологии имени академика В.И. Кулакова» Министерства здравоохранения Российской Федерации
6	Федеральное государственное бюджетное учреждение «Национальный медицинский исследовательский центр радиологии» Министерства здравоохранения Российской Федерации
7	Федеральное государственное бюджетное учреждение «Национальный медицинский исследовательский центр детской гематологии, онкологии и иммунологии имени Дмитрия Рогачева» Министерства здравоохранения Российской Федерации
8	Федеральное государственное бюджетное учреждение «Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии и наркологии имени В.П. Сербского» Министерства здравоохранения Российской Федерации
9	Федеральное государственное бюджетное учреждение «Национальный медицинский исследовательский центр кардиологии» Министерства здравоохранения Российской Федерации
10	Федеральное государственное бюджетное учреждение «Национальный медицинский исследовательский центр имени академика Е.Н. Мешалкина» Министерства здравоохранения Российской Федерации
11	Федеральное государственное бюджетное учреждение «Национальный исследовательский центр эпидемиологии и микробиологии имени почетного академика Н.Ф. Гамалеи» Министерства здравоохранения Российской Федерации
12	Федеральное государственное бюджетное учреждение «Национальный медицинский исследовательский центр терапии и профилактической медицины» Министерства здравоохранения Российской Федерации
13	Федеральное государственное бюджетное учреждение «Национальный медицинский исследовательский центр эндокринологии» Министерства здравоохранения Российской Федерации
14	Федеральное государственное бюджетное учреждение «Национальный медицинский исследовательский центр онкологии имени Н.Н. Петрова» Министерства здравоохранения Российской Федерации
15	Федеральное государственное бюджетное учреждение «Национальный медицинский исследовательский центр реабилитации и курортологии» Министерства здравоохранения Российской Федерации
16	Федеральное государственное бюджетное учреждение «Национальный медицинский исследовательский центр гематологии» Министерства здравоохранения Российской Федерации
17	Федеральное государственное бюджетное учреждение «Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии и неврологии имени В.М. Бехтерева» Министерства здравоохранения Российской Федерации
18	Федеральное государственное автономное учреждение «Национальный медицинский исследовательский центр нейрохирургии имени академика Н.Н. Бурденко» Министерства здравоохранения Российской Федерации
19	Федеральное государственное бюджетное учреждение «Национальный медицинский исследовательский центр травматологии и ортопедии имени Н.Н. Приорова» Министерства здравоохранения Российской Федерации
20	Федеральное государственное бюджетное учреждение «Национальный медицинский исследовательский центр трансплантологии и искусственных органов имени академика В.И. Шумакова» Министерства здравоохранения Российской Федерации
<b>В 2018 г. сеть НМИЦ дополнена 2 организациями</b>	
21	Федеральное государственное бюджетное учреждение «Национальный медицинский исследовательский центр хирургии имени А.В. Вишневского» Министерства здравоохранения Российской Федерации
22	Федеральное государственное автономное учреждение «Национальный медицинский исследовательский центр «Межотраслевой научно-технический комплекс «Микрохирургия глаза» имени академика С.Н. Федорова» Министерства здравоохранения Российской Федерации
<b>В 2019 г. сеть НМИЦ дополнена 2 организациями</b>	
23	Федеральное государственное бюджетное учреждение «Национальный медицинский исследовательский центр фтизиопульмонологии и инфекционных заболеваний» Министерства здравоохранения Российской Федерации
24	Федеральное государственное бюджетное учреждение «Национальный медицинский исследовательский центр глазных болезней имени Гельмгольца» Министерства здравоохранения Российской Федерации

Таблица 1. Окончание

№ п/п	Наименование организации
<b>В 2020 г. сеть НМИЦ дополнена 12 организациями</b>	
25	Федеральное государственное автономное образовательное учреждение высшего образования «Первый Московский государственный медицинский университет имени И.М. Сеченова» Министерства здравоохранения Российской Федерации (Сеченовский Университет)
26	Федеральное государственное автономное образовательное учреждение высшего образования «Российский национальный исследовательский медицинский университет имени Н.И. Пирогова» Министерства здравоохранения Российской Федерации
27	Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Московский государственный медико-стоматологический университет имени А.И. Евдокимова» Министерства здравоохранения Российской Федерации
28	Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации
29	Федеральное государственное бюджетное учреждение «Национальный медицинский исследовательский центр травматологии и ортопедии имени Р.Р. Вредена» Министерства здравоохранения Российской Федерации
30	Федеральное государственное бюджетное учреждение «Национальный медицинский исследовательский центр травматологии и ортопедии имени академика Г.А. Илизарова» Министерства здравоохранения Российской Федерации
31	Федеральное государственное бюджетное учреждение «Национальный медицинский исследовательский центр детской травматологии и ортопедии имени Г.И. Турнера» Министерства здравоохранения Российской Федерации
32	Федеральное государственное бюджетное учреждение «Национальный медицинский исследовательский центр онкологии» Министерства здравоохранения Российской Федерации
33	Федеральное государственное бюджетное учреждение «Национальный медицинский исследовательский центр «Центральный научно-исследовательский институт стоматологии и челюстно-лицевой хирургии» Министерства здравоохранения Российской Федерации
34	Федеральное государственное автономное учреждение «Национальный медицинский исследовательский центр «Лечебно-реабилитационный центр» Министерства здравоохранения Российской Федерации
35	Федеральное государственное бюджетное учреждение «Национальный медицинский исследовательский центр колопроктологии имени А.Н. Рыжих» Министерства здравоохранения Российской Федерации
36	Федеральное государственное бюджетное учреждение «Национальный медицинский исследовательский центр оториноларингологии Федерального медико-биологического агентства»

образовательные учреждения высшего образования – медицинские ВУЗы, а также учреждений, подведомственных на момент проведения отбора агентству, находящемуся в ведении Минздрава России, – ФМБА России.

По состоянию на 1 января 2021 г. в сеть НМИЦ входит 36 учреждений – 35 учреждений, подведомственных Минздраву России, и 1 учреждение, подведомственное ФМБА России, которые осуществляют деятельность по 26 укрупненным профилям медицинской помощи (направлениям деятельности), а также микробиологии (табл. 2).

**Принцип функционирования национальных медицинских исследовательских центров как «головных» организаций**

Принцип функционирования национальных медицинских исследовательских центров как «головных» организаций

основан на взаимодействии центра с «якорными» краевыми, республиканскими, областными, окружными медицинскими организациями в каждом субъекте РФ по определенному для центра профилю оказания медицинской помощи. Эти организации, в свою очередь, должны транслировать результаты проведенной работы в части организации оказания медицинской помощи по профилю в другие медицинские организации региона, таким образом формируя вертикально интегрированную систему оказания медицинской помощи по профилю, повышая качество и преемственность оказываемой медицинской помощи.

Деятельность НМИЦ в области взаимодействия с субъектами РФ осуществляется по двум основным направлениям. Это организационно-методическое руководство «якорными» медицинскими организациями субъектов РФ и аналитическая деятельность.

**Таблица 2. Сеть НМИЦ по профилям медицинской помощи (направлениям деятельности)**

№	Укрупненный профиль медицинской помощи	Учреждение
1	Онкология	Федеральное государственное бюджетное учреждение «Национальный медицинский исследовательский центр онкологии имени Н.Н. Блохина» Министерства здравоохранения Российской Федерации
		Федеральное государственное бюджетное учреждение «Национальный медицинский исследовательский центр онкологии имени Н.Н. Петрова» Министерства здравоохранения Российской Федерации
		Федеральное государственное бюджетное учреждение «Национальный медицинский исследовательский центр радиологии» Министерства здравоохранения Российской Федерации
		Федеральное государственное бюджетное учреждение «Национальный медицинский исследовательский центр онкологии» Министерства здравоохранения Российской Федерации
2	Кардиология	Федеральное государственное бюджетное учреждение «Национальный медицинский исследовательский центр имени В.А. Алмазова» Министерства здравоохранения Российской Федерации
		Федеральное государственное бюджетное учреждение «Национальный медицинский исследовательский центр кардиологии» Министерства здравоохранения Российской Федерации
3	Сердечно-сосудистая хирургия	Федеральное государственное бюджетное учреждение «Национальный медицинский исследовательский центр имени В.А. Алмазова» Министерства здравоохранения Российской Федерации
		Федеральное государственное бюджетное учреждение «Национальный медицинский исследовательский центр сердечно-сосудистой хирургии имени А.Н. Бакулева» Министерства здравоохранения Российской Федерации
		Федеральное государственное бюджетное учреждение «Национальный медицинский исследовательский центр имени академика Е.Н. Мешалкина» Министерства здравоохранения Российской Федерации
4	Эндокринология	Федеральное государственное бюджетное учреждение «Национальный медицинский исследовательский центр эндокринологии» Министерства здравоохранения Российской Федерации
5	Санаторно-курортное лечение	Федеральное государственное бюджетное учреждение «Национальный медицинский исследовательский центр реабилитации и курортологии» Министерства здравоохранения Российской Федерации
6	Медицинская реабилитация	Федеральное государственное автономное учреждение «Национальный медицинский исследовательский центр «Лечебно-реабилитационный центр» Министерства здравоохранения Российской Федерации
7	Гематология	Федеральное государственное бюджетное учреждение «Национальный медицинский исследовательский центр гематологии» Министерства здравоохранения Российской Федерации
8	Психиатрия и психиатрия-наркология	Федеральное государственное бюджетное учреждение «Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии и наркологии имени В.П. Сербского» Министерства здравоохранения Российской Федерации
		Федеральное государственное бюджетное учреждение «Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии и неврологии имени В.М. Бехтерева» Министерства здравоохранения Российской Федерации
9	Нейрохирургия	Федеральное государственное автономное учреждение «Национальный медицинский исследовательский центр нейрохирургии имени академика Н.Н. Бурденко» Министерства здравоохранения Российской Федерации
10	Терапия	Федеральное государственное бюджетное учреждение «Национальный медицинский исследовательский центр терапии и профилактической медицины» Министерства здравоохранения Российской Федерации
11	Травматология и ортопедия	Федеральное государственное бюджетное учреждение «Национальный медицинский исследовательский центр травматологии и ортопедии имени Н.Н. Приорова» Министерства здравоохранения Российской Федерации
		Федеральное государственное бюджетное учреждение «Национальный медицинский исследовательский центр травматологии и ортопедии имени Р.Р. Вредена» Министерства здравоохранения Российской Федерации
		Федеральное государственное бюджетное учреждение «Национальный медицинский исследовательский центр травматологии и ортопедии имени академика Г.А. Илизарова» Министерства здравоохранения Российской Федерации
12	Хирургия (трансплантация органов и (или) тканей)	Федеральное государственное бюджетное учреждение «Национальный медицинский исследовательский центр трансплантологии и искусственных органов имени академика В.И. Шумакова» Министерства здравоохранения Российской Федерации
13	Хирургия (включая комбустиологию)	Федеральное государственное бюджетное учреждение «Национальный медицинский исследовательский центр хирургии имени А.В. Вишневского» Министерства здравоохранения Российской Федерации
14	Офтальмология	Федеральное государственное автономное учреждение «Национальный медицинский исследовательский центр «Межотраслевой научно-технический комплекс «Микрохирургия глаза» имени академика С.Н. Федорова» Министерства здравоохранения Российской Федерации
		Федеральное государственное бюджетное учреждение «Национальный медицинский исследовательский центр глазных болезней имени Гельмгольца» Министерства здравоохранения Российской Федерации
15	Инфекционные болезни, фтизиатрия	Федеральное государственное бюджетное учреждение «Национальный медицинский исследовательский центр фтизиопульмонологии и инфекционных заболеваний» Министерства здравоохранения Российской Федерации

**Таблица 2. Окончание**

№	Укрупненный профиль медицинской помощи	Учреждение
16	Микробиология	Федеральное государственное бюджетное учреждение «Национальный исследовательский центр эпидемиологии и микробиологии имени почетного академика Н.Ф. Гамалеи» Министерства здравоохранения Российской Федерации
17	Акушерство и гинекология, неонатология	Федеральное государственное бюджетное учреждение «Национальный медицинский исследовательский центр акушерства, гинекологии и перинатологии имени академика В.И. Кулакова» Министерства здравоохранения Российской Федерации
18	Детская онкология и гематология	Федеральное государственное бюджетное учреждение «Национальный медицинский исследовательский центр детской гематологии, онкологии и иммунологии имени Дмитрия Рогачева» Министерства здравоохранения Российской Федерации
19	Педиатрия	Федеральное государственное автономное учреждение «Национальный медицинский исследовательский центр здоровья детей» Министерства здравоохранения Российской Федерации
		Федеральное государственное автономное образовательное учреждение высшего образования «Российский национальный исследовательский медицинский университет имени Н.И. Пирогова» Министерства здравоохранения Российской Федерации
		Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации
20	Детская хирургия (включая комбустиологию)	Федеральное государственное автономное учреждение «Национальный медицинский исследовательский центр здоровья детей» Министерства здравоохранения Российской Федерации
21	Гериатрия	Федеральное государственное автономное образовательное учреждение высшего образования «Российский национальный исследовательский медицинский университет имени Н.И. Пирогова» Министерства здравоохранения Российской Федерации
22	Урология	Федеральное государственное бюджетное учреждение «Национальный медицинский исследовательский центр радиологии» Министерства здравоохранения Российской Федерации
		Федеральное государственное автономное образовательное учреждение высшего образования Первый Московский государственный медицинский университет имени И.М. Сеченова Министерства здравоохранения Российской Федерации (Сеченовский Университет)
23	Колопроктология	Федеральное государственное бюджетное учреждение «Национальный медицинский исследовательский центр колопроктологии имени А.Н. Рыжих» Министерства здравоохранения Российской Федерации
24	Стоматология	Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Московский государственный медико-стоматологический университет имени А.И. Евдокимова» Министерства здравоохранения Российской Федерации
25	Челюстно-лицевая хирургия	Федеральное государственное бюджетное учреждение «Национальный медицинский исследовательский центр «Центральный научно-исследовательский институт стоматологии и челюстно-лицевой хирургии» Министерства здравоохранения Российской Федерации
26	Оториноларингология	Федеральное государственное бюджетное учреждение «Национальный медицинский исследовательский центр оториноларингологии Федерального медико-биологического агентства»
27	Детская травматология и ортопедия	Федеральное государственное бюджетное учреждение «Национальный медицинский исследовательский центр детской травматологии и ортопедии имени Г.И. Турнера» Министерства здравоохранения Российской Федерации

**Организационно-методическое руководство НМИЦ медицинскими организациями субъектов РФ**

Взаимодействие национальных медицинских исследовательских центров с «якорными» медицинскими организациями осуществляется несколькими способами.

Это, прежде всего, осуществление выездных мероприятий в «якорные» медицинские организации для выявления существующих проблем и их причин, в том числе в отношении систем контроля качества медицинской помощи. В ходе выездных

мероприятий специалисты НМИЦ оказывают методическое содействие в организации оказания медицинской помощи по профилю, в выстраивании системы контроля качества медицинской помощи. О масштабах проводимой работы говорит фактическое число выездов сотрудников НМИЦ в 2020 г. – более 1200.

Вторым значимым сегментом деятельности НМИЦ в интересах системы оказания медицинской помощи в субъектах РФ является проведение консультаций/консилиумов с применением телемедицинских технологий или телемедицинских

консультаций (далее – ТМК), которые проводятся по заявкам медицинских организаций субъектов РФ. За 2020 г. специалистами НМИЦ проведено 70 803 ТМК (при плановом значении 35 тыс. ТМК), что указывает на востребованность этих мероприятий. Об этом же свидетельствует и увеличение среднего числа ТМК в год, оказываемых одним НМИЦ в 2020 г., – на 34,7 %, по сравнению с 2019 г., даже в условиях необходимости организации этой работы в 12 НМИЦ, присоединившихся к сети в 2020 г.

Дистанционные технологии используются НМИЦ не только при консультировании медицинских организаций субъектов РФ, но и применяются для проведения научно-практических мероприятий в различных форматах, включая виртуальные обходы, разборы сложных случаев, показательные оперативные вмешательства.

Важной составляющей деятельности НМИЦ является внедрение новых методов профилактики, диагностики, лечения и реабилитации, в т.ч. включенных по результатам клинической апробации в клинические рекомендации. В рамках этой деятельности НМИЦ не только адаптируют и внедряют в свою практику новейшие методы, используемые в мире, но и транслируют новые методы в региональные медицинские организации. Так, в 2020 г. НМИЦ было внедрено более 160 новых методов в практику медицинских организаций субъектов РФ.

### Аналитическая деятельность НМИЦ

Аналитическая деятельность НМИЦ включает ряд мероприятий, в том числе:

- анализ клинических рекомендаций, включая критерии оценки качества медицинской помощи, порядков оказания медицинской помощи, стандартов медицинской помощи;
- анализ перечня жизненно необходимых и важнейших лекарственных препаратов для медицинского применения, перечней лекарственных препаратов для медицинского применения и медицинских изделий, формируемых в целях предоставления мер социальной поддержки отдельным категориям граждан;

- сбор и анализ информации о случаях назначения и применения лекарственных препаратов для медицинского применения вне показаний, указанных в инструкциях по их применению (офф-лейбл), а также информации о случаях назначения и применения незарегистрированных лекарственных препаратов и медицинских изделий;

- расчет текущей и прогнозной годовой потребности в лекарственных препаратах в рамках действующих мер государственной поддержки с учетом стандартов медицинской помощи и клинических рекомендаций, а также расчет потребности в разработке лекарственных препаратов и медицинских изделий в рамках программы импортозамещения;

- разработка методических рекомендаций по созданию условий для оказания платных медицинских услуг иностранным гражданам;

- анализ кадрового обеспечения медицинских организаций субъектов РФ и потребности в области подготовки (переподготовки) медицинских работников;

- анализ профессиональных стандартов в сфере здравоохранения и образовательных программ медицинского и фармацевтического образования.

Результаты этих мероприятий направлены на комплексное и разностороннее улучшение качества оказания медицинской помощи по профилям, повышению эффективности работы системы в целом, а также принятия соответствующих управленческих решений как на уровне субъектов РФ, так и на федеральном уровне.

### Проведение мероприятий для завершения формирования сети национальных медицинских исследовательских центров

Решение задачи по проведению мероприятий для завершения формирования сети национальных центров предусматривает, помимо расширения состава сети НМИЦ, обеспечение соответствующего инфраструктурного развития самих НМИЦ, что является обязательным условием для возможности адаптации новых современных методов

профилактики, диагностики, лечения и реабилитации для оказания с их использованием медицинской помощи в сложных случаях, а также для последующего их внедрения в медицинских организациях субъектов РФ. В этих целях в рамках федерального проекта предусмотрено приобретение для НМИЦ современного, высокотехнологичного оборудования с целью модернизации парка медицинского оборудования с износом >75%. Проведенная модернизация за счет возможности применения современных технологий позволит сократить сроки и повысить качество и эффективность диагностики и лечения пациентов для всех регионов. В результате доля больных, получивших медицинскую помощь в НМИЦ, проживающих на территории других субъектов РФ, будет увеличиваться и должна достичь значения не менее 65% к 2024 г.

В 2020 г. 36 НМИЦ осуществлена закупка оборудования на сумму более 6 млрд руб.:

- в соответствии с порядками оказания медицинской помощи – более 550 ед. оборудования на сумму 3,1 млрд руб.;
- сверх порядков оказания медицинской помощи (уникальное) – более 250 ед. оборудования на сумму 2,9 млрд руб.

Важно отметить, что реализуемое в рамках федерального проекта оснащение НМИЦ медицинским оборудованием сверх порядков оказания медицинской помощи является необходимой составляющей в создании условий для разработки, развития, адаптации и внедрения самых современных методов и способов диагностики и лечения, делая их доступными для населения.

Завершение формирования сети НМИЦ, парадигма деятельности которой предполагает формирование вертикально интегрированных систем оказания медицинской помощи по ее отдельным профилям, предполагает также проведение мероприятий по созданию необходимой инфраструктуры, позволяющей консолидировать в едином информационном пространстве деятельность всех медицинских организаций, оказывающих медицинскую помощь по данному профилю медицинской помощи, обеспечивая возможность для НМИЦ в режиме реального времени

отслеживать ситуацию, аккумулируя сведения субъектов РФ и обеспечивая их передачу на федеральный уровень, а также предоставляя структурированные данные участникам системы по профильным клиническим рекомендациям и порядкам оказания медицинской помощи. Эти мероприятия состоят в разработке и внедрении специализированных вертикально интегрированных медицинских информационных систем (далее – ВИМИС) по профилям оказания медицинской помощи в НМИЦ и медицинских организациях субъектов РФ и их интеграции с подсистемами Единой государственной информационной системы здравоохранения, государственными информационными системами в сфере здравоохранения субъектов РФ. Тем самым будет обеспечена преемственность оказания медицинской помощи, которая будет способствовать повышению качества медицинской помощи в медицинских организациях всех уровней системы здравоохранения. В первую очередь создание ВИМИС необходимо для таких профилей оказания медицинской помощи, как онкология, кардиология, акушерство и гинекология, а также профилактика заболеваний.

### **Оценка организационно-методического руководства НМИЦ высшими исполнительными органами государственной власти субъектов РФ**

В начале 2021 г. в целях анализа деятельности НМИЦ в части их влияния на системы здравоохранения субъектов РФ был проведен опрос, в котором приняли участие высшие исполнительные органы государственной власти субъектов РФ. Опрос был направлен на выявление и оценку влияния организационно-методического руководства, осуществляемого НМИЦ, по трем направлениям деятельности в рамках федерального проекта – выездные мероприятия, ТМК и научно-практические мероприятия. Оценка производилась по пятибалльной шкале от 0 до 5, где «5» – это высший балл (положительное влияние).

По результатам ответов, полученных из 61 субъекта РФ, был составлен рейтинг профилей медицинской помощи



(направлений деятельности), в котором балльная оценка для профиля медицинской помощи, получаемая как среднее по субъектам РФ значение оценок по отдельным, оцениваемым в рамках опроса, направлениям деятельности НМИЦ, позволяет определить профили медицинской помощи (направления деятельности) с наивысшим уровнем влияния организационно-методического руководства на медицинские организации субъектов РФ (табл. 3).

### Результаты деятельности НМИЦ в рамках федерального проекта в 2020 г.

Контроль и мониторинг эффективности деятельности НМИЦ в рамках федерального проекта осуществляется посредством мониторинга достижения соответствующих количественных показателей и результатов федерального проекта.

По показателю «Число случаев лечения, в ходе которых национальными медицинскими исследовательскими центрами проведены консультации/консилиумы с применением телемедицинских технологий краевых, республиканских, областных, окружных медицинских организаций субъектов РФ по профилю оказания медицинской помощи» в 2020 г. было достигнуто значение 2723 единиц ТМК при плановом значении – 625 единиц, что составило 436% от планового значения, что, как отмечено выше, отражает высокую востребованность со стороны медицинских организаций субъектов РФ консультаций и консилиумов, проводимых НМИЦ в дистанционном режиме.

В 2020 г. сотрудниками НМИЦ было осуществлено 1218 выездных мероприятий в субъекты РФ, что составило 169% от планового значения показателя «Число выездов, осуществленных сотрудниками национальных медицинских исследовательских центров в целях осуществления организационно-методической поддержки краевым, республиканским, областным, окружным медицинским организациям субъектов РФ по профилям оказания медицинской помощи».

По показателю «Актуализированы клинические рекомендации и протоколы лечения

**Таблица 3. Оценка субъектами РФ деятельности НМИЦ по профилям медицинской помощи (направлениям деятельности)**

№ п/п	Укрупненный профиль медицинской помощи (направление деятельности)	Количество баллов
1	Онкология	4,4
2	Кардиология	4,1
3	Сердечно-сосудистая хирургия	4,0
4	Акушерство и гинекология, неонатология	4,0
5	Педиатрия	3,9
6	Офтальмология	3,9
7	Психиатрия, психиатрия-наркология	3,8
8	Травматология и ортопедия	3,7
9	Фтизиатрия, инфекционные болезни	3,6
10	Гематология	3,5
11	Детская онкология и гематология	3,5
12	Эндокринология	3,5
13	Урология	3,4
14	Медицинская реабилитация	3,3
15	Терапия	3,3
16	Нейрохирургия	3,1
17	Детская травматология и ортопедия	3,0
18	Гериатрия	3,0
19	Детская хирургия	3,0
20	Оториноларингология	2,8
21	Челюстно-лицевая хирургия	2,8
22	Хирургия (включая комбустиологию)	2,7
23	Хирургия (трансплантация органов и (или) тканей)	2,7
24	Санаторно-курортное лечение	2,6
25	Колопроктология	2,6
26	Стоматология	2,3
27	Микробиология	1,6

больных, и обеспечено их использование в целях формирования тарифов на оплату медицинской помощи (количество клинических рекомендаций нарастающим итогом)» в 2020 г. было запланировано актуализировать 103 клинических рекомендации и протокола лечения, при этом фактически осуществлена актуализация 172 документов, что составляет 167% от планового значения.

Также на 86% был перевыполнен план по показателю «Количество патентов

на изобретение (полезную модель или промышленный образец), полученных в рамках разработки НМИЦ инновационных методов и средств профилактики, диагностики, лечения и реабилитации»: соответствующее число патентов на конец 2020 г. (нарастающим итогом) составило 910 единиц при плановом значении, заложенном в федеральном проекте, – 490 патентов.

Как уже было отмечено выше, существенно (более чем в 2 раза) перевыполнено плановое значение результата по количеству ТМК (70 803 консультации за 2020 г.), что свидетельствует об их востребованности со стороны регионов.

Также существенное превышение планового значения наблюдается для результата по включению новых методов профилактики, диагностики, лечения и реабилитации в клинические рекомендации по результатам завершенных протоколов клинической апробации: с начала проекта соответствующие дополнения внесены в 35 клинических рекомендаций при запланированном значении 20 единиц.

Прошедший год стал первым годом реализации федерального проекта «Развитие сети национальных медицинских исследовательских центров и внедрение инновационных медицинских технологий». За этот период при организационно-методической поддержке НМИЦ была проведена оценка внедрения системы контроля качества медицинской помощи на основе клинических рекомендаций (включающих, в том числе, инновационные медицинские технологии) и критериев оценки качества медицинской помощи в краевых, республиканских, областных, окружных медицинских организациях субъектов РФ. Для анализа внедрения соответствующих систем был разработан специальный чек-лист, и по итогам оценки, проведенной в 2020 г., было выявлено, что установленным критериям соответствует 204 медицинские организации (при плановом значении показателя на 2020 г. – 150 организаций).

Наряду с этим, несмотря на осуществление деятельности медицинскими организациями в 2020 г. в условиях пандемии новой коронавирусной инфекции

COVID-19, что было связано с вызванными различными причинами доступом к высокотехнологичной медицинской помощи, включая перепрофилирование коек и ограничения по перемещению граждан, был выполнен (по результатам предварительной оценки на основании сбора оперативной информации) показатель по объемам оказанной высокотехнологичной медицинской помощи населению – 1156 тыс. операций за 2020 г. (при плановом значении – 1150 тыс.), а также показатель «Доля пациентов, получивших медицинскую помощь в НМИЦ, проживающих на территории других субъектов РФ» с достигнутым значением (по оперативным данным) 63,3% при плановом значении 2020 г. – 45%.

### Заключение

За два года реализации федеральный проект «Развитие сети национальных медицинских исследовательских центров и внедрение инновационных медицинских технологий» показал востребованность деятельности НМИЦ со стороны субъектов РФ и способствовал повышению эффективности оказываемой медицинской помощи по ее отдельным профилям.

Деятельность НМИЦ позволяет адаптировать и внедрять новые методы и способы профилактики, диагностики, лечения и реабилитации и, что является ключевым результатом, создавать условия для их доступности населению. В 2020 г., несмотря на вынужденные трудности и ограничения, с которыми столкнулась страна из-за распространения новой коронавирусной инфекции, НМИЦ успешно решали поставленные перед ними задачи в рамках федерального проекта, не допустив срыва его реализации и делая все более качественной и доступной медицинскую помощь, в том числе высококвалифицированную, для каждого гражданина РФ, обеспечивая в полной мере системный и инфраструктурный характер федерального проекта для национального проекта «Здравоохранение», способствуя достижению целей других его федеральных проектов.

**С.И. ГРИН<sup>1</sup>**, руководитель Координирующего центра по реализации федерального проекта «Развитие экспорта медицинских услуг» Минздрава России  
GrinSI@minzdrav.gov.ru  
ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-0393-1009>.

**К.К. КРЮКОВА<sup>1,3</sup>**, заместитель руководителя Координирующего центра по реализации федерального проекта «Развитие экспорта медицинских услуг» Минздрава России  
KryukovaKK@minzdrav.gov.ru  
ORCID: [orcid.org/0000-0001-6714-9780](https://orcid.org/0000-0001-6714-9780).

**Р.Г. ГАТАУЛИН<sup>1</sup>**, главный специалист Координирующего центра по реализации федерального проекта «Развитие экспорта медицинских услуг» Минздрава России, [export@mednet.ru](mailto:export@mednet.ru)  
ORCID: [orcid.org/0000-0002-8782-0380](https://orcid.org/0000-0002-8782-0380)

**А.В. РАДЕЦКАЯ<sup>1</sup>**, специалист Координирующего центра по реализации федерального проекта «Развитие экспорта медицинских услуг» Минздрава России, [radetskaya@mednet.ru](mailto:radetskaya@mednet.ru)  
ORCID: [orcid.org/0000-0002-0237-4669](https://orcid.org/0000-0002-0237-4669)

**А.А. ГАЙДЕРОВ<sup>2</sup>**, заместитель директора Департамента международного сотрудничества и связей с общественностью Минздрава России, [GaiderovAA@minzdrav.gov.ru](mailto:GaiderovAA@minzdrav.gov.ru)

**С.М. МУРАВЬЕВ<sup>2</sup>**, директор Департамента международного сотрудничества и связей с общественностью Минздрава России, [MuravevSM@minzdrav.gov.ru](mailto:MuravevSM@minzdrav.gov.ru)

## Сравнительный анализ целевых показателей федерального проекта «Развитие экспорта медицинских услуг» и их корректировка в период пандемии COVID-19

<sup>1</sup> ФГБУ «Центральный научно-исследовательский институт организации и информатизации здравоохранения» Минздрава России, 127254, Российская Федерация, г. Москва, ул. Добролюбова, д. 11.  
The Federal State Budget Institution "The Central Research Institute for Health Organization and Informatics" of the Ministry of Health of the Russian Federation, 11, Dobrolyubova St., Moscow, 127254, Russian Federation.

<sup>2</sup> Министерство здравоохранения Российской Федерации, 127994, Российская Федерация, г. Москва, ГСП 4, Рахмановский пер., д. 3.  
Ministry of Health of the Russian Federation, 3, Rakhmanovsky lane, City Service Post Office-4, Moscow, 127994, Russian Federation.

<sup>3</sup> ФГАОУ ВО «Первый Московский государственный медицинский университет имени И.М. Сеченова» Минздрава России, 119991, Российская Федерация, г. Москва, ул. Большая Пироговская, д. 2, стр. 4, каб. 106.  
Federal State Autonomous Educational Institution of Higher Education I.M. Sechenov First Moscow State Medical University of the Ministry of Health of the Russian Federation, 2, bld.4, office 106, Bol'shaya Pirogovskaya St., Moscow, 119991, Russian Federation.

**Ключевые слова:** экспорт медицинских услуг, медицинский туризм, иностранные пациенты, медицинские организации

**Для цитирования:** Грин С.И., Крюкова К.К., Гатаулин Р.Г., Радецкая А.В., Гайдеров А.А., Муравьев С.М. Сравнительный анализ целевых показателей федерального проекта «Развитие экспорта медицинских услуг» и их корректировка в период пандемии COVID-19 // Вестник Росздравнадзора. – 2021. – № 1. – С. 81–87.

**For citation:** Grin S.I., Kriukova K.K., Gataulin R.G., Radetskaya A.V., Gaiderov A.A., Muraviev S.M. Comparative analysis of target indicators of the federal project "Development of medical services export" and their adjustment during the COVID-19 pandemic // Vestnik Roszdravnadzora. – 2021. – Vol. 1. – P. 81–87.

**Grin S.I., Kriukova K.K., Gataulin R.G., Radetskaya A.V., Gaiderov A.A., Muraviev S.M.**  
*Comparative analysis of target indicators of the federal project "Development of medical services export" and their adjustment during the COVID-19 pandemic*

The article presents a comparison of the export market of medical services in the Russian Federation in 2019 and 2020. The assessment of the medical services export was carried out according to the indicators "an increase in the volume of medical services exports by at least four times compared to 2017 (up to 1 billion US dollars per year)" and "the number of foreign citizens treated, thousand people". The data received from state and federal medical organizations according to FFSN № 62, FFSN № 30 and FFSN № 1-MED. There is an increase in the number of foreign patients by 357.17 thousand people and in the volume of medical services by \$ 11.25 million in 2020 compared with 2019. Inpatient care has made a significant contribution to the volume of medical services provided to foreign citizens. Traumatology, obstetrics and gynecology turned out to be the most demanded profiles among inpatient care. The medical services export market has great potential, given the use of telemedicine technologies.

**Keywords:** export of health services, medical tourism, foreign patients, hospitals

В статье представлен сравнительный анализ рынка экспорта медицинских услуг в Российской Федерации за 2019 и 2020 гг. Оценка экспорта медицинских услуг проводилась по показателям «увеличение объема экспорта медицинских услуг не менее чем в четыре раза по сравнению с 2017 г. (до 1 млрд долл. США в год)» и «количество пролеченных иностранных граждан, тыс. чел.». Статистическому учету подлежали данные, полученные от государственных и федеральных учреждений по формам ФФСН № 62, ФФСН № 30 и ФФСН № 1-МЕД. По сравнению с 2019 г. в 2020 г. отмечался прирост количества иностранных пациентов на 357,17 тыс. чел. и прирост объема медицинских услуг на 11,25 млн долл. Стационарный вид помощи внес существенный вклад в объем оказанных медицинских услуг иностранным гражданам. Самыми востребованными профилями в рамках стационарной помощи оказались травматология, акушерство и гинекология. Рынок экспорта медицинских услуг обладает большим потенциалом, в том числе и с применением телемедицинских технологий.

### Введение

Экспорт медицинских услуг включает медицинские услуги, получаемые иностранными гражданами в медицинских организациях (МО) страны-экспортера на коммерческой основе вне зависимости от цели приезда в страну-экспортер [1]. Процессы глобализации, а также финансовые преимущества для иностранного пациента и МО, связанные с экспортом медицинских услуг, закрепили за данным явлением статус одного из наиболее устойчивых трендов развития мирового здравоохранения [2].

Во исполнение пп. «а» и «б» раздела 4 Указа Президента Российской Федерации от 07.05.2018 № 204 «О национальных целях и стратегических задачах развития Российской Федерации на период до 2024 года» в рамках национального проекта «Здравоохранение», утвержденного протоколом Президиума Совета при Президенте Российской Федерации по стратегическому развитию и национальным проектам от 24.12.2018 № 16, реализуется федеральный проект «Развитие экспорта медицинских услуг», утвержденный протоколом проектного комитета по национальному проекту «Здравоохранение» от 14.12.2018 № 3<sup>1</sup>. В рамках федерального проекта «Развитие экспорта медицинских услуг» учитываются все медицинские услуги, оказываемые иностранному гражданину МО, расположенными на территории

Российской Федерации, за исключением скорой медицинской помощи.

До III квартала 2019 г. рынок экспорта медицинских услуг оценивался как один из наиболее динамично развивающихся рынков услуг. По экспертным оценкам, совокупный среднегодовой темп роста рынка экспорта медицинских услуг к 2025 г. должен был составить 21,9 % [3].

Экспорт медицинских услуг неразрывно связан с туризмом, в том числе медицинским. В 2020 г. в связи с отрицательным влиянием пандемии значительно снизилось количество туристов. По данным Всемирной туристической организации (United Nations World Tourism Organization – UNWTO), поездки международных туристов в первой половине 2020 г. сократились на 65% по сравнению с аналогичным периодом 2019 г. В июне 2020 г. число поездок сократилось на 93 % [4].

По оценкам аналитиков Министерства экономического развития Российской Федерации, восстановление рынка экспорта услуг возможно не ранее 2024 г.

Одновременно с этим в период пандемии с учетом правоприменительной практики абз. 12 п. 2 распоряжения Правительства РФ от 16.03.2020 № 635<sup>2</sup>, а также изменений, утвержденных распоряжением Правительства РФ от 06.06.2020 № 511-р<sup>3</sup>, в Российскую Федерацию возможен въезд иностранных граждан с целью лечения.

<sup>1</sup> Указ Президента Российской Федерации от 07.05.2018 № 204 «О национальных целях и стратегических задачах развития Российской Федерации на период до 2024 года».

<sup>2</sup> Распоряжение Правительства Российской Федерации от 16.03.2020 № 635 «О временном ограничении въезда в Российскую Федерацию иностранных граждан и лиц без гражданства, в том числе прибывающих с территории Республики Беларусь, а также граждан Республики Беларусь».

<sup>3</sup> Распоряжение Правительства Российской Федерации от 06.06.2020 № 1511-р «Об утверждении изменений в некоторые акты Правительства Российской Федерации».

## Цель работы

В рамках данной работы проведен подробный анализ структуры экспорта медицинских услуг в Российской Федерации в 2019 и 2020 гг. с целью выявить барьеры и потенциальные точки роста экспорта медицинских услуг в новых условиях.

## Материалы и методы

Во исполнение мероприятия «Разработка системы мониторинга статистических данных медицинских организаций по объему оказания медицинских услуг иностранным гражданам, включая методику расчета показателей, а также совершенствование форм федерального статического наблюдения» Комплекса мер по увеличению объема экспорта медицинских услуг, утвержденного Минздравом России, а также в целях оценки экспорта медицинских услуг в Российской Федерации разработана система мониторинга статистических данных медицинских организаций по таким целевым показателям проекта, как: «увеличение объема экспорта медицинских услуг не менее чем в четыре раза по сравнению с 2017 г. (до 1 млрд долл. США в год)» и «количество пролеченных иностранных граждан, тыс. чел.»<sup>4</sup>.

Система мониторинга включает:

- форму федерального статистического наблюдения № 62 «Сведения о ресурсном обеспечении и оказании медицинской помощи населению» (ФФСН № 62)<sup>5</sup>;
- форму федерального статистического наблюдения № 30 «Сведения о медицинской организации» (ФФСН № 30)<sup>6</sup>;
- форму федерального статистического наблюдения № 1-МЕД «Сведения об осуществлении медицинской деятельности в отношении нерезидентов» (ФФСН № 1-МЕД)<sup>7</sup>.

ФФСН № 62 учитывает платные медицинские услуги по профилям медицинской помощи, оказанные в том числе иностранным гражданам в стационарных условиях, для оценки объемов медицинской помощи и финансирования за счет средств домашних хозяйств (личных средств граждан), ДМС и прочих источников.

ФФСН № 30 учитывает число иностранных граждан, получивших платное санаторно-курортное лечение по всем профилям.

По ФФСН № 1-МЕД с I квартала 2020 г. ведется учет сведений о нерезидентах, в отношении которых осуществляется медицинская деятельность в медицинских организациях на территории Российской Федерации. В данной форме учитываются такие сведения, как страна регистрации нерезидента, вид, условия, форма оказания и профиль медицинской помощи, число обращений, численность нерезидентов и ряд других параметров. ФФСН №1-МЕД помимо учета данных медицинских организаций субъектов РФ и муниципальных образований, медицинских организаций Минздрава России и других ведомств позволяет оценить объемы медицинской помощи, оказанной иностранным гражданам в медицинских организациях частной системы здравоохранения.

В целях цифровизации и оперативного сбора сведений по целевым показателям федерального проекта «Развитие экспорта медицинских услуг» на базе ФГБУ «Центральный научно-исследовательский институт организации и информатизации здравоохранения» (ЦНИИОИЗ) Минздрава России создана электронная платформа автоматизированной системы мониторинга медицинской статистики. Статистическому учету подлежали

<sup>4</sup> Комплекс мер по увеличению объема экспорта медицинских услуг, утвержденный 01.02.2020 руководителем федерального проекта «Развитие экспорта медицинских услуг», заместителем министра здравоохранения Российской Федерации О.О. Салагаем. URL: [https://static-2.rosminzdrav.ru/system/attachments/attaches/000/050/306/original/Комплекс\\_мер\\_1\\_\\_02.2020\\_г..pdf.pdf?1588849034](https://static-2.rosminzdrav.ru/system/attachments/attaches/000/050/306/original/Комплекс_мер_1__02.2020_г..pdf.pdf?1588849034) (дата обращения: 12.02.2021).

<sup>5</sup> Форма федерального статистического наблюдения № 62 «Сведения о ресурсном обеспечении и оказании медицинской помощи населению» (ФФСН № 62) в редакции приказа Росстата от 26.11.2019 № 701.

<sup>6</sup> Форма федерального статистического наблюдения № 30 «Сведения о медицинской организации» (ФФСН № 30) в редакции приказа Росстата от 30.12.2019 № 830.

<sup>7</sup> Форма федерального статистического наблюдения № 1-МЕД «Сведения об осуществлении медицинской деятельности в отношении нерезидентов» (ФФСН № 1-МЕД), утвержденная Указанием Банка России от 25.11.2019 № 5328-У.

**Таблица 1. Линейка целевых показателей федерального проекта «Развитие экспорта медицинских услуг» с 2017 по 2024 гг.**

Показатель / период	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024
Количество пролеченных иностранных граждан, тыс. чел.	300	432	564	696	828	960	1080	1200
Увеличение объема экспорта медицинских услуг не менее чем в четыре раза по сравнению с 2017 г. (до 1 млрд долл. США в год)	250	360	470	580	690	800	900	1000

данные, полученные от государственных и федеральных учреждений, в том числе: 3551 медицинских организаций 71 субъекта РФ, принимающих участие в реализации федерального проекта; 39 научных медицинских исследовательских центров (НМИЦ), а также от медицинских организаций, подведомственных ФМБА России, Минобрнауки России, МЧС России.

Статистический анализ проводился с использованием стандартных сравнительных методов обработки информации. Рассчитывалось среднее значение по целевым показателям. Статистическая обработка полученных результатов проводилась на персональном компьютере с помощью программы SPSS 23.0 с использованием стандартных статистических методов обработки информации. Для параметров с нормальным распределением рассчитывалось среднее значение и стандартная ошибка среднего значения. Достоверными считали результат статистических исследований при вероятности ошибки  $p < 0,05$ , что соответствует критериям, принятым в медико-биологических исследованиях.

#### **Анализ и корректировка целевых показателей федерального проекта «Развитие экспорта медицинских услуг» в связи с пандемией COVID-19**

В соответствии с постановлением Правительства РФ от 31.10.2018 № 1288<sup>8</sup> учитываются данные о таких показателях экспорта медицинских услуг как «количество пролеченных иностранных граждан, тыс. чел.» и «увеличение объема экспорта медицинских услуг не менее чем в четыре раза по сравнению с 2017 г. (до 1 млрд долл. США в год)». В ходе реализации федерального проекта «Развитие экспорта

медицинских услуг» формируются ежемесячные и ежеквартальные отчеты. Ежеквартальные отчеты формируются нарастающим итогом.

В рамках федерального проекта «Развитие экспорта медицинских услуг» разработана линейка прогностических показателей за период с 2017 по 2024 г. (табл. 1).

С развитием пандемии новой коронавирусной инфекции COVID-19 в целях обеспечения безопасности государства, защиты здоровья населения и нераспространения новой коронавирусной инфекции на территории Российской Федерации в соответствии с Законом РФ от 01.04.1993 № 4730-1 «О Государственной границе Российской Федерации», Федеральным законом от 30.03.1999 № 52-ФЗ «О санитарно-эпидемиологическом благополучии населения», Федеральным законом от 15.08.1996 № 114-ФЗ «О порядке выезда из Российской Федерации и въезда в Российскую Федерацию» и Соглашением между Российской Федерацией и Республикой Беларусь об обеспечении равных прав граждан Российской Федерации и Республики Беларусь на свободу передвижения, выбор места пребывания и жительства на территориях государств-участников Союзного государства от 24.01.2006, 16 марта 2020 г. вышло распоряжение Правительства Российской Федерации № 635-р, которое ограничивает въезд в Российскую Федерацию иностранных граждан и лиц без гражданства, в том числе прибывающих с территории Республики Беларусь, а также граждан Республики Беларусь. В этой связи были внесены корректировки в значения показателей (рис. 1 и 2).

Значение показателя «количество пролеченных иностранных граждан» на 2020 г.

<sup>8</sup> Постановление Правительства РФ от 31.10.2018 № 1288 (ред. от 10.07.2020) «Об организации проектной деятельности в Правительстве Российской Федерации» (вместе с «Положением об организации проектной деятельности в Правительстве Российской Федерации»).

было скорректировано с 696 тыс. чел. до 600 тыс. чел.; на 2021 год показатель остался неизменным – 828 тыс. чел. Значение показателя «увеличение объема экспорта медицинских услуг» на 2020 г. было скорректировано с 580 млн до 193 млн долл. США; на 2021 г. – с 690 млн до 348 млн долл. США.

Сравнительный анализ фактических данных целевых показателей представлен в *таблице 2*.

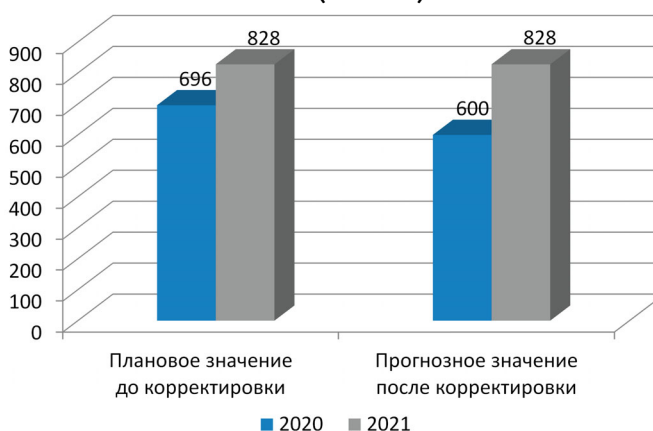
Анализ показал, что в период до развития пандемии и введения ограничительных мер за I квартал 2020 г. количество иностранных граждан, получивших медицинскую помощь на территории Российской Федерации, составило 556,7 тыс. чел.; значение объема медицинских услуг составило 145 млн долл. США. По сравнению с 2019 г. отмечается прирост количества пролеченных иностранных граждан на 357,17 тыс. чел. и увеличение объема экспорта медицинских услуг на 11,25 млн долл.

Была выполнена оценка вклада стационарной и амбулаторной помощи в достижение целевых показателей по самым востребованным профилям среди иностранных граждан. В 2019 г. по профилям «офтальмология», «травматология» и «check-up» преобладала амбулаторная помощь как по количеству иностранных граждан, так и по объему оказанных медицинских услуг. По профилю «акушерство и гинекология» в большинстве случаев самой востребованной оказывалась стационарная помощь по данным обоих показателей.

В 2020 г. распределение по профилям сильно варьируется. В рамках количественного показателя преобладает амбулаторный вид помощи среди таких профилей, как «офтальмология», «травматология», «акушерство и гинекология» и «check-up». Стационарный вид помощи внес существенный вклад в объем оказанных медицинских услуг иностранным гражданам. Самым востребованными профилями в рамках стационарной помощи оказались «травматология», «акушерство и гинекология».

В сложившихся условиях увеличился средний чек по медицинским организациям. Средний чек по оказанным

**Рисунок 1. Корректировка целевого показателя «количество пролеченных иностранных граждан» на 2020 и 2021 гг. (тыс. чел.)**

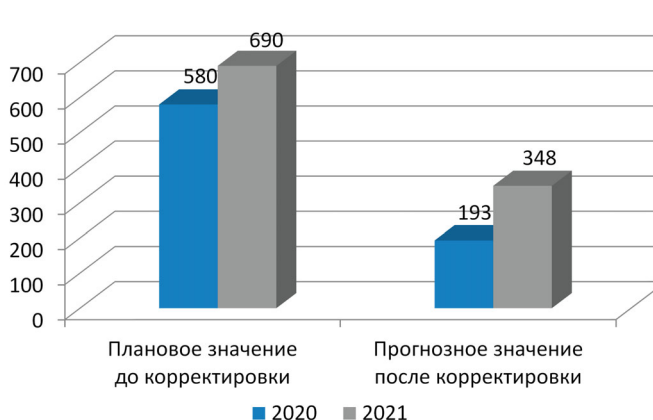


медицинским услугам иностранным гражданам по результатам 2020 г. составил 270,28 долл. США. В сравнении с 2019 г. средний чек вырос на 43%.

Влияние пандемии сильно сказалось на функционировании НМИЦ. Так, объем экспорта медицинских услуг за 2020 г. упал на 88% по сравнению с 2019 г. За 2020 г. количество иностранных пациентов, получивших медицинские услуги, составило 17,8 тыс. человек, а объем услуг – 9,39 млн долл. США.

В течение последнего десятилетия большая часть развитых и развивающихся стран в целях повышения доступности

**Рисунок 2. Корректировка целевого показателя «увеличение объема экспорта медицинских услуг» на 2020 и 2021 гг.**



**Таблица 2. Сравнительный анализ фактических данных целевых показателей за I и IV квартал 2019 и 2020 гг.**

Квартал	I		IV	
	2019	2020	2019	2020
Количество пролеченных иностранных граждан, тыс. чел.	199,1	556,27	3064,2	3969,15
Увеличение объема экспорта медицинских услуг, млн долл. США	138,75	145	470	196,97
Самые востребованные профили среди иностранных граждан	Стоматология, травматология, офтальмология, check-up, акушерство и гинекология (в т.ч. репродуктивные технологии)			
Лидеры стран-импортеров	Узбекистан, Азербайджан, Таджикистан, Украина, Киргизия, Казахстан, Армения, Молдавия, Беларусь			

медицинских услуг активно используют новейшие технологии, включая телемедицинские консультации. Так, в США количество телемедицинских консультаций увеличивается ежегодно на 50% [5]. Также эксперты подчеркивают, что одной из наиболее перспективных точек роста экспорта медицинских услуг в условиях пандемии является увеличение экспорта телемедицинских услуг.

В настоящее время реализация экспорта телемедицинских услуг затруднительна в Российской Федерации. Необходимыми условиями осуществления экспорта медицинских услуг с применением телемедицинских технологий является обеспечение дистанционного взаимодействия медицинских работников между собой, с пациентами и (или) их законными представителями, идентификация и аутентификация указанных лиц с использованием единой системы идентификации и аутентификации (далее – единая система), согласно п. 6 ст. 36.2 Федерального закона от 21.11.2011 № 323-ФЗ<sup>9</sup>.

Согласно п. 9 правил использования федеральной государственной информационной системы «Единая система идентификации и аутентификации в инфраструктуре, обеспечивающей информационно-технологическое взаимодействие информационных систем, используемых для предоставления государственных и муниципальных услуг в электронной форме», утвержденных постановлением Правительства РФ от 10.07.2013 № 584, регистрация в единой системе иностранных граждан или лиц без гражданства, юридических лиц, органов и организаций, должностных лиц органов

и организаций, а также информационных систем осуществляется в соответствии с требованиями к единой системе, утвержденными Министерством цифрового развития, связи и массовых коммуникаций Российской Федерации. Поскольку указанные требования в настоящий момент не разработаны, оказание медицинской помощи с применением телемедицинских технологий иностранным гражданам в медицинских организациях Российской Федерации в настоящее время затруднительно.

Также необходимо учитывать, что при оказании медицинской помощи с применением телемедицинских технологий иностранным гражданам предварительно должны быть проработаны следующие вопросы:

- гармонизация международных стандартов кодирования, словарей и классификаторов медицинской информации, используемых при передаче информации с помощью информационно-компьютерных технологий и телемедицины зарубежных стран, обеспечение их соответствия российским отраслевым стандартам;
- определение вопросов ответственности консультирующей медицинской организации, а также запрашивающей консультацию медицинской организации или гражданина иностранного государства при оказании медицинских услуг с применением телемедицинских технологий;
- выработка стандартизированных требований к наборам информации, направляемым на консультацию с применением телемедицинских технологий, в том числе требований к параметрам медицинских

<sup>9</sup> Федеральный закон от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации».



изображений (формат, разрешение, разрешенность цветовой кодировки, др. параметры) для различных методов медицинской визуализации (КТ, МРТ и др.);

- решение вопросов оплаты оказания медицинской помощи с применением телемедицинских технологий.

В рамках реализации федерального проекта «Развитие единого контура информатизации и организации здравоохранения», входящего в состав национального проекта «Здравоохранение», осуществляется внедрение информационных технологий в систему Российского здравоохранения. Таким образом, система электронных медицинских карт уже активно применяется в целом ряде российских медицинских организаций. Одновременно с этим отсутствие системы электронных медицинских карт не является барьером для развития экспорта медицинских услуг.

## Выводы

По итогам проведенного анализа можно сделать следующие выводы:

- число иностранных граждан, прибывших на лечение в Российскую Федерацию в 2020 г., значительно сократилось по сравнению с 2019 г. При этом анализ показал, что за I квартал 2020 г. – в период

до развития пандемии и введения ограничительных мер, – количество иностранных граждан, получивших медицинскую помощь на территории Российской Федерации, составило 556,7 тыс. чел.; показатель объема медицинских услуг составил 145 млн долл. США. По сравнению с 2019 г. отмечается прирост показателя «количество пролеченных иностранных граждан, тыс. чел.» на 357,17 тыс. чел.;

- интерес иностранных граждан к медицинским услугам Российской Федерации возрос. За 2020 г. на веб-сайте [russiamedtravel.ru](http://russiamedtravel.ru), посвященному медицинскому туризму, зафиксировано более 45 тыс. посетителей.
- в 2020 г. объем экспорта медицинских услуг НМИЦ сократился на 88%, одновременно с этим иностранные пациенты проявляют наибольший интерес именно к НМИЦ (в среднем – 60 переходов с портала [russiamedtravel.ru](http://russiamedtravel.ru) на сайты НМИЦ в сутки);
- в условиях пандемии, а также с учетом международных тенденций, следует развивать телемедицинские услуги, однако для этого необходима гармонизация соответствующих нормативных правовых актов Российской Федерации.

## ИСТОЧНИКИ

1. General Agreement on Trade in Services // World Trade Organization: [website]. – URL: [https://www.wto.org/english/docs\\_e/legal\\_e/26gats.pdf](https://www.wto.org/english/docs_e/legal_e/26gats.pdf) (date of request: 05.02.20218).
2. Экспорт медицинских услуг как драйвер формирования национальной системы управления качеством и безопасностью медицинской деятельности / С.И. Грин, К.К. Крюкова, И.В. Иванов [и др.] // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. – 2020. – Т. 28. – № 3. – С. 459-463.
3. Medical Tourism Market Size, Share & Trends Analysis Report by Country (Turkey, Costa Rica, Thailand, India, Mexico, Singapore, Brazil, Malaysia, Taiwan, Colombia, South Korea), And Segment Forecasts, 2019–2026: research report // Grant view research: [website]. – URL: <https://www.grandviewresearch.com/industry-analysis/medical-tourism-market> (date of request: 05.02.2021).
4. Impact assessment of the COVID-19 outbreak on international tourism // UNWTO: [website]. – URL: <https://www.unwto.org/impact-assessment-of-the-covid-19-outbreak-on-international-tourism> (date of request: 05.02.2021).
5. Dorsey E.R. Telemedicine 2020 and the next decade [Electronic Resource] / E.R. Dorsey, E.J. Topol // Lancet. – 2020; Mar 14; 395 (10227): 859. DOI: 10.1016/S0140-6736(20)30424-4. PMID: 32171399. – Access mode: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32171399/>

## REFERENCES

2. Grin S.I. The export of medical services as a driver of development of the National system of quality management and safety a medical activities [Electronic Resource] / S.I. Grin, N.A. Nikolaieva, I.V. Ivanov [et al.] // Problemy` social`noj gigeniy`, zdravooxraneniya i istorii mediciny`. – 2020; May;28(3):459-463. DOI: 10.32687/0869-866X-2020-28-3-459-463 (in Russian). PMID: 32526128. – Access mode: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32526128/>

**О.Н. ТКАЧЕВА**<sup>1</sup>, д-р мед. наук, проф., заведующая кафедрой болезней старения ФДПО, главный внештатный специалист-гериатр Минздрава России  
tkacheva@rgnkc.ru

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-4193-688X>

**А.В. РОЗАНОВ**<sup>1</sup>, канд. мед. наук, помощник директора по региональному развитию и федеральным проектам  
alexrozanovmd@gmail.com

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-5313-2715>

**Ю.В. КОТОВСКАЯ**<sup>1</sup>, д.м.н, проф., заместитель директора по научной работе  
kotovskaya\_yv@rgnkc.ru

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-1628-5093>

## Федеральный проект «Старшее поколение» – первые итоги работы

<sup>1</sup> Российский геронтологический научно-клинический центр (РГНКЦ) ФГАОУ ВО «Российский национальный исследовательский медицинский университет им. Н.И. Пирогова» Минздрава России, 129226, Российская Федерация, Москва, ул. 1-ая Леонова, д. 16. Russian Clinical and Research Center of Gerontology (RGCRC) of Federal State Autonomous Educational Institution of Higher Education «N.I. Pirogov Russian National Research Medical University» of the Ministry of Health of the Russian Federation, 16, 1st Leonova, Moscow, 129226, Russian Federation.

**Ключевые слова:** национальный проект «Демография», федеральный проект «Старшее поколение», старшее поколение, старение населения, итоги работы, гериатрия

**Для цитирования:** Ткачева О.Н., Розанов А.В., Котовская Ю.В. Федеральный проект «Старшее поколение» – первые итоги работы // Вестник Росздравнадзора. – 2021. – № 1. – С. 88–92.

**For citation:** Tkacheva O.N., Rozanov A.V., Kotovskaya Yu.V. Federal project «Senior Generation» – the first results of the work // Vestnik Roszdravnadzora. – 2021. – Vol. 1. – P. 88–92.

**Tkacheva O.N., Rozanov A.V., Kotovskaya Yu.V.**  
**Federal project “Senior Generation” – the first results of the work**

One of the main trends in the development of a civilized society in the 21st century is the general aging of the population. The share of the elderly is growing steadily all over the world and, according to the expectations of UN experts, by 2050 in the world it can reach at least 21%, and in the Russian Federation – 35%. Maintaining active longevity is one of the main tasks of Russia's development. Since 2019, the national project “Demography” has been implemented in the country, part of which is the federal project “The Senior Generation”. The article presents the preliminary results of the project implementation by the end of 2020.

**Keywords:** national project “Demography”, federal project “The Senior Generation”, senior generation, results of work, geriatrics

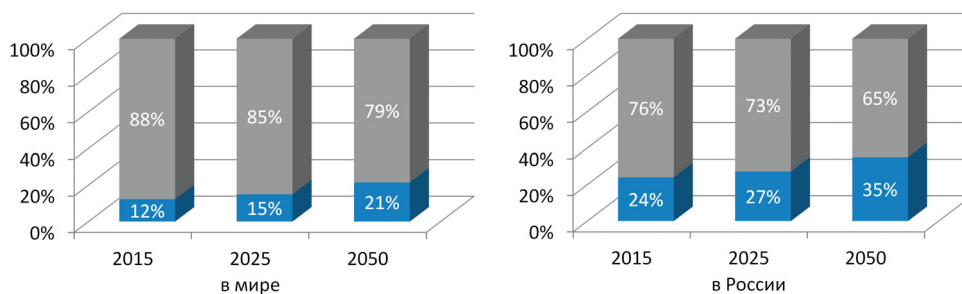
Одним из основных трендов развития цивилизованного общества в XXI веке является демографическое старение населения – увеличение доли пожилых людей в общей численности населения планеты. По прогнозам экспертов ООН, доля пожилых граждан в мировой структуре населения к 2050 г. может достичь 21%, а в Российской Федерации – 35%. Сохранение активного долголетия – одна из основных задач развития нашей страны. С 2019 г. в России реализуется национальный проект «Демография», частью которого является федеральный проект «Старшее поколение». В статье представлены предварительные итоги реализации проекта к концу 2020 г.

### Введение

Работа об улучшении здоровья, качества жизни и продлении активного долголетия пожилого человека – современные тренды, которые являются одними из основных в социальной политике Российской Федерации. Они нашли свое отражение в Указе Президента РФ от 07.05.2018 № 204 «О национальных целях и стратегических задачах развития РФ на период до 2024 года»<sup>1</sup> и Указе Президента Российской Федерации от 21.07.2020 № 474 «О национальных целях

<sup>1</sup> Указ Президента РФ от 07.05.2018 № 204 «О национальных целях и стратегических задачах развития Российской Федерации на период до 2024 года». Российская газета. Федеральный выпуск № 97(75601) от 9 мая 2018 г.

**Рисунок 1. Увеличение доли граждан пожилого и старческого возраста в России и мире к 2050 г.**



развития Российской Федерации на период до 2030 года»<sup>2</sup> и курируются Правительством Российской Федерации.

Анализ предварительных итогов реализации федерального проекта «Разработка и реализация программы системной поддержки и повышения качества жизни граждан старшего поколения» (далее – федеральный проект «Старшее поколение») необходимо начать с описания общемировых демографических, экономических и социальных тенденций последних десятилетий.

В 2015 г. Департаментом по экономическим и социальным вопросам Организации Объединенных Наций (ООН) был опубликован очередной доклад «World Population Prospects: 2015 Revision»<sup>3</sup>, в котором были определены следующие тенденции:

1. Население стареет – это глобальный феномен и закономерный процесс.
2. В странах с низким и средним уровнями дохода рост ожидаемой продолжительности жизни – результат снижения смертности в детском и молодом возрасте, при родах, смертности от инфекционных заболеваний.
3. В странах с высоким уровнем дохода рост ожидаемой продолжительности жизни – результат снижения смертности пожилых людей.
4. К 2050 г. доля лиц в возрасте 60 лет и старше в мире составит не менее 21%.

В Российской Федерации экспертами ООН прогнозировалось значительное увеличение доли граждан пожилого и старческого возраста – до 35% к 2050 г. (рис. 1).

Указанные тенденции коррелировали с результатами федерального статистического

наблюдения в Российской Федерации: согласно данным Росстата (рис. 2), представленным в докладе ведущего эксперта Института социальной политики Д.В. Помазкина на заседании Демографической секции Центрального дома ученых РАН (опубликованы на интернет-портале [www.demoscope.ru](http://www.demoscope.ru) [1]), в Российской Федерации отмечен рост ожидаемой продолжительности жизни при рождении начиная с 2006 г., причем к 2017 г. она достигла 67,5 лет у мужчин и 77,62 – у женщин.

### Совершенствование системы охраны здоровья граждан пожилого возраста в Российской Федерации

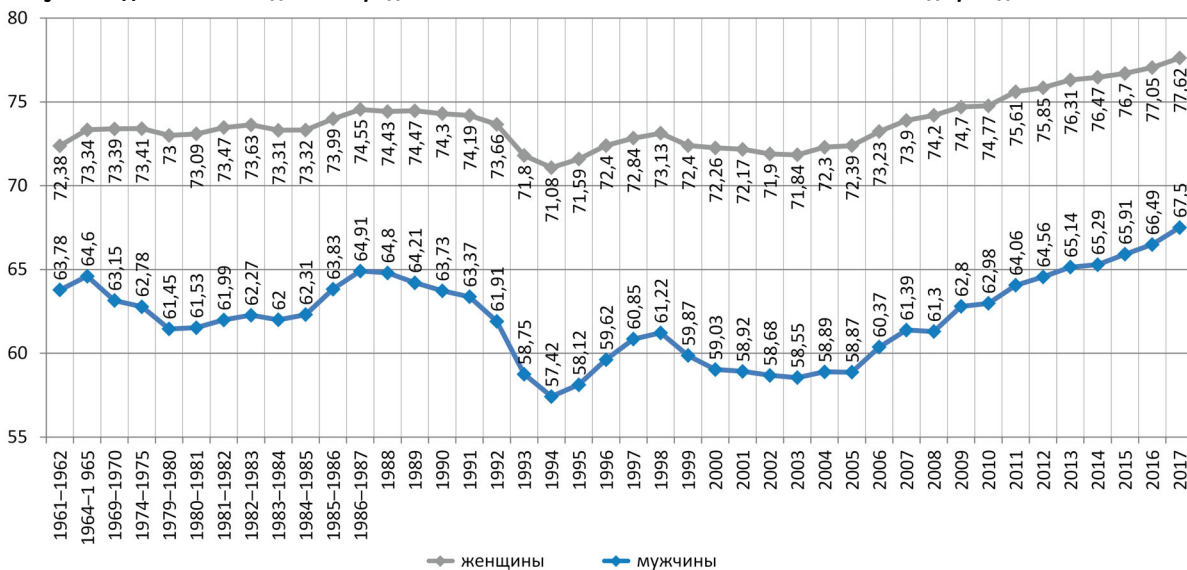
Перечисленные демографические тенденции, понимание проблем пожилого возраста, закономерностей развития общества, приоритетом которого является человек, послужили основанием для поручения Президента РФ В.В. Путина от 05.08.2014 № Пр-2159 «О развитии системы социальной защиты граждан пожилого возраста» (далее – поручение № Пр-2159), включившем в себя мероприятия по совершенствованию системы охраны здоровья граждан пожилого возраста, развития гериатрической службы, а также подготовку и повышение квалификации специалистов в этой сфере<sup>4</sup>. Одним из важнейших итогов работы по реализации мероприятий поручения № Пр-2159 явилось создание «Стратегии действий в интересах граждан пожилого возраста до 2025 года», утвержденной распоряжением Правительства РФ от 05.02.2016 № 164-р «О Стратегии

<sup>2</sup> Указ Президента РФ от 21.07.2020 № 474 «О национальных целях развития Российской Федерации на период до 2030 года». Российская газета. Федеральный выпуск № 159(8213) от 22 июля 2020 г.

<sup>3</sup> URL: <https://www.un.org/en/development/desa/publications/world-population-prospects-2015-revision.html> (дата обращения 05.03.2015).

<sup>4</sup> Перечень поручений по итогам заседания президиума Госсовета о развитии системы социальной защиты граждан пожилого возраста. URL: <http://www.kremlin.ru/acts/assignments/orders/46594> (дата обращения 05.03.2021).

Рисунок 2. Динамика ожидаемой продолжительности жизни в России в зависимости от года рождения



действий в интересах граждан старшего поколения в РФ до 2025 г.»<sup>5</sup>, где одним из приоритетных направлений стало «Обеспечение здоровья людей пожилого возраста», а целью разработки стратегии – увеличение продолжительности жизни и повышение уровня и качества жизни людей старшего поколения.

Указом Президента РФ от 07.05.2018 № 204 «О национальных целях и стратегических задачах развития Российской Федерации на период до 2024 года» в стране была запущена беспрецедентная национальная программа, частью которой является национальный проект «Демография», включивший в себя пять федеральных проектов, одним из которых стал федеральный проект «Старшее поколение».

### Цели и ключевые результаты федерального проекта «Старшее поколение»

Цель федерального проекта «Старшее поколение» была сформулирована следующим образом: «увеличение ожидаемой продолжительности здоровой жизни до 67 лет», для достижения которой предполагалась разработка и реализация программы системной поддержки и повышения качества жизни граждан старшего поколения.

В настоящее время ключевым результатом реализации федерального проекта «Старшее поколение» является достижение следующих показателей:

1. Разработаны и реализованы региональные программы по увеличению активного долголетия и продолжительности здоровой жизни старшего поколения во всех субъектах РФ.
2. Не менее 70% граждан старше трудоспособного возраста охвачены профилактическими осмотрами и диспансеризацией к концу 2024 г. (табл., графа 2).
3. Не менее 90% граждан старше трудоспособного возраста, у которых выявлены заболевания и патологические состояния, находятся под диспансерным наблюдением к концу 2024 г. (табл., графа 3).
4. Во всех субъектах РФ созданы региональные гериатрические центры и геронтологические отделения (табл., графа 5), в которых помощь к концу 2024 г. получили не менее 160,0 тыс. граждан старше трудоспособного возраста (табл., графа 4).
5. Создана система долговременного ухода за гражданами пожилого возраста и инвалидами как составная часть мероприятий, направленных на поддержание функциональных способностей граждан старшего поколения, включающая сбалансированные социальное

<sup>5</sup> Об утверждении Стратегии действий в интересах граждан старшего поколения. URL:<http://government.ru/docs/21692/> (дата обращения 05.03.2021).

**Таблица. Ключевые результаты реализации федерального проекта «Старшее поколение» к 2024 г.**

Период (годы)	Число граждан старше трудоспособного возраста			Количество гериатрических центров и геронтологических отделений в субъектах РФ
	охваченных профилактическими осмотрами и диспансеризацией, %	находящихся под диспансерным наблюдением после выявления заболеваний/патологических состояний, %	получивших гериатрическую помощь, тыс. чел.	
1	2	3	4	5
2019	23	56,5	11	7
2020	28	60,5	130	68
2021	34	64,7	140	70
2022	55,7	69,2	150	75
2023	65,3	80	155	80
2024	70	90	160	85

обслуживание и медицинскую помощь на дому, в полустационарной и стационарной форме с привлечением патронажной службы и сиделок, а также поддержку семейного ухода (доля граждан, признанных нуждающимися в социальном обслуживании, охваченных системой долговременного ухода в пилотных регионах, %, нарастающим итогом – 16 к концу 2021 г.).

6. Не менее 95% лиц старше трудоспособного возраста из групп риска, проживающих в организациях социального обслуживания, прошли к концу 2024 г. вакцинацию против пневмококковой инфекции.
7. Разработаны и внедрены в практику клинические рекомендации по ведению шести наиболее распространенных заболеваний, связанных с возрастом.

### Предварительные итоги федерального проекта «Старшее поколение» за 2020 г.

Реализация мероприятий федерального проекта «Старшее поколение», достижение промежуточных результатов и контрольных точек проекта в 2020 г. были существенно осложнены возникновением пандемии новой коронавирусной инфекции, что потребовало от Правительства РФ введения жестких ограничений на проведение профилактических осмотров,

включая диспансеризацию и плановую госпитализацию пожилых пациентов в стационары<sup>6</sup>, что не замедлило сказаться на результатах реализации проекта.

Минздравом России были внесены предложения по корректировке результатов реализации проекта в 2020 г., которые были поддержаны Правительством РФ и одобрены Президиумом Совета при Президенте РФ по стратегическому развитию и национальным проектам.

Предпринятые меры позволили достичь всех результатов и целей федерального проекта «Старшее поколение» в 2020 г:

- уровень госпитализации на геронтологические койки лиц старше 60 лет на 10 тыс. населения соответствующего возраста – 23,5 (целевое значение – 22,3).
- охват граждан старше трудоспособного возраста профилактическими осмотрами, включая диспансеризацию, % – 15,4 (целевое значение – 14,0).
- доля лиц старше трудоспособного возраста, у которых выявлены заболевания и патологические состояния, находящихся под диспансерным наблюдением, % – 64,6 (целевое значение – 45,4).
- доля граждан трудоспособного возраста из групп риска, проживающих в организациях социального обслуживания, вакцинированных против пневмококковой

<sup>6</sup> Постановление Правительства РФ от 03.04.2020 № 432 «Об особенностях реализации базовой программы ОМС в условиях возникновения угрозы распространения заболеваний, вызванных новой коронавирусной инфекцией». URL: <http://government.ru/docs/39379>.  
 Распоряжение Правительства РФ от 21.03.2020 № 710-р о приостановлении диспансеризации взрослого населения Российской Федерации. URL: <http://publication.pravo.gov.ru/Document/View/0001202003230002>.  
 Приказ Минздрава России от 19.03.2020 № 198н «О временном порядке организации работы медицинских организаций в целях реализации мер по профилактике и снижению рисков распространения новой коронавирусной инфекции COVID-19». URL: [http://www.consultant.ru/document/cons\\_doc\\_LAW\\_348101](http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_348101) (дата обращения 05.03.2021).

вакциной, % – 96,6 (целевое значение – 95).

Иные мониторируемые показатели проекта превышают плановые – наблюдается рост числа объектов гериатрической службы: открыто 73 гериатрических центра, 6925 геронтологических коек, 1087 гериатрических кабинетов, работает 1350 врачей-гериатров, на геронтологических койках пролечено 77 тыс. пациентов.

Продолжается реализация Комплекса мер, направленного на профилактику падений и переломов у пожилых – с 2019 г. Комплекс разрабатывается и внедряется в семи пилотных субъектах РФ: Белгородской, Воронежской, Волгоградской, Калужской, Самарской областях, Пермском крае и Республике Башкортостан. Подготовлены методические рекомендации по внедрению Комплекса в субъектах РФ. Начиная с 2022 г. Комплекс будет внедряться в 17 субъектах РФ, с 2023 г. – в 27, а с 2024 г. – на всей территории Российской Федерации.

Подготовлены и утверждены Методическим советом Минздрава России с размещением в рубрикаторе клинических рекомендаций Минздрава России шесть клинических рекомендаций:

■ старческая астения [2];

■ когнитивные расстройства у лиц пожилого и старческого возраста [3];

■ падения у пациентов пожилого и старческого возраста [4];

■ недостаточность питания (мальнутриция) у пациентов пожилого и старческого возраста [5];

■ хроническая боль у пациентов пожилого и старческого возраста [6];

■ недержание мочи [7].

По принятым клиническим рекомендациям ведется разработка стандартов оказания медицинской помощи.

### Заключение

Несмотря на напряженную эпидемиологическую ситуацию, сложившуюся во многих регионах страны, реализация мероприятий федерального проекта «Старшее поколение» идет с минимальными отклонениями от плана мероприятий. Промежуточные целевые значения за прошедший год были достигнуты, по некоторым показателям, – с перевыполнением плана, что дает основания быть уверенными в достижении заявленных целей федерального проекта «Старшее поколение» – увеличения периода активного долголетия граждан Российской Федерации.

### ИСТОЧНИКИ

1. Помазкин Д.В. Динамика продолжительности жизни в России за последние полвека и перспективы достижения уровня 80+: Заседание Демографической секции Центрального дома ученых РАН [Электронный ресурс] / Д.В. Помазкин // Демоскоп Weekly. – № 791 – 792 от 19 ноября – 2 декабря 2018. – Режим доступа: <http://www.demoscope.ru/weekly/2018/0791/nauka01.php>.
2. Клинические рекомендации «Старческая астения». – URL: [http://cr.rosminzdrav.ru/recommend/613\\_1](http://cr.rosminzdrav.ru/recommend/613_1).
3. Клинические рекомендации «Когнитивные расстройства у лиц пожилого и старческого возраста». – URL: [http://cr.rosminzdrav.ru/recommend/617\\_1](http://cr.rosminzdrav.ru/recommend/617_1).
4. Клинические рекомендации «Падения у пациентов пожилого и старческого возраста». – URL: [http://cr.rosminzdrav.ru/recommend/600\\_1](http://cr.rosminzdrav.ru/recommend/600_1).
5. Клинические рекомендации «Недостаточность питания (мальнутриция) у пациентов пожилого и старческого возраста». – URL: [http://cr.rosminzdrav.ru/recommend/615\\_1](http://cr.rosminzdrav.ru/recommend/615_1).
6. Клинические рекомендации «Хроническая боль у пациентов пожилого и старческого возраста». – URL: [http://cr.rosminzdrav.ru/recommend/616\\_1](http://cr.rosminzdrav.ru/recommend/616_1).
7. Клинические рекомендации «Недержание мочи». – URL: [http://cr.rosminzdrav.ru/recommend/8\\_1](http://cr.rosminzdrav.ru/recommend/8_1).

### REFERENCES

1. Pomazkin D. V. Dynamics of life expectancy in Russia over the past half century and prospects for reaching the level of 80+: Meeting of the Demographic Section of the Central House of Scientists of the Russian Academy of Sciences / D.V. Pomazkin // Demoscope Weekly. – № 791 – 792 19.11.2018 – 02.12.2018 (in Russian). – Available at: <http://www.demoscope.ru/weekly/2018/0791/nauka01.php>.
2. Clinical guidelines “Senile asthenia”. – Available at: [http://cr.rosminzdrav.ru/recommend/613\\_1](http://cr.rosminzdrav.ru/recommend/613_1).
3. Clinical guidelines “Cognitive disorders in elderly and senile people”. – Available at: [http://cr.rosminzdrav.ru/recommend/617\\_1](http://cr.rosminzdrav.ru/recommend/617_1).
4. Clinical guidelines “Falls in elderly and senile patients”. – Available at: [http://cr.rosminzdrav.ru/recommend/600\\_1](http://cr.rosminzdrav.ru/recommend/600_1).
5. Clinical guidelines “Malnutrition (malnutrition) in elderly and senile patients”. – Available at: [http://cr.rosminzdrav.ru/recommend/615\\_1](http://cr.rosminzdrav.ru/recommend/615_1).
6. Clinical guidelines “Chronic pain in elderly and senile patients”. – Available at: [http://cr.rosminzdrav.ru/recommend/616\\_1](http://cr.rosminzdrav.ru/recommend/616_1).
7. Clinical guidelines “Urinary incontinence”. – Available at: [http://cr.rosminzdrav.ru/recommend/8\\_1](http://cr.rosminzdrav.ru/recommend/8_1).

**В.И. ВЕЧОРКО**<sup>1</sup>, канд. мед. наук, доцент, главный врач  
vvechorko@yandex.ru  
ORCID.org/0000-0003-3568-5065

**И.С. КИЦУЛ**<sup>2</sup>, д-р. мед. наук, профессор, профессор РАН,  
заведующий кафедрой общественного здоровья и здравоохранения  
zdravirk@mail.ru  
ORCID.org/0000-0001-6745-3862

## Средняя длительность лечения пациентов с новой коронавирусной инфекцией COVID-19 в условиях стационара

<sup>1</sup> ГБУЗ г. Москвы «Городская клиническая больница № 15 им. О.М. Филатова Департамента здравоохранения города Москвы», 111539, Российская Федерация, г. Москва, ул. Вишняковская, д. 23.  
State budgetary healthcare institution of Moscow "City clinical hospital № 15 named. O. M. Filatov health Department of the city of Moscow", 23, Vishnyakovskaya Str., Moscow, 111539, Russian Federation.

<sup>2</sup> Иркутская государственная медицинская академия последипломного образования – филиал ФГБОУ ДПО «Российская медицинская академия непрерывного профессионального образования» Минздрава России, 664049, г. Иркутск, мкр. Юбилейный, д. 100.  
Irkutsk state medical Academy of postgraduate education - a branch of the Russian medical Academy of continuing professional education of the Ministry of health of the Russian Federation, 100, Yubileyny distr., Irkutsk, 664049, Russian Federation.

**Ключевые слова:** средняя длительность лечения, пребывание в стационаре, госпитализация, новая коронавирусная инфекция, COVID-19, пациент

**Для цитирования:** Вечорко В.И., Китцул И.С. Средняя длительность лечения пациентов с новой коронавирусной инфекцией COVID-19 в условиях стационара // Вестник Росздравнадзора. – 2021. – № 1. – С. 93–99.

**For citation:** Vechorko V. I., Kitsul I. S. Average duration of treatment of patients with new coronavirus infection COVID-19 in a hospital setting // Vestnik Roszdravnadzora. – 2021. – Vol. 1. – P. 93–99.

**Vechorko V.I., Kitsul I.S.**

**Average duration of treatment of patients with new coronavirus infection COVID-19 in a hospital setting**

The article presents the results of a medical and statistical study of the average duration of treatment of patients with a new coronavirus infection COVID-19 in a hospital setting. Certain regularities of the formation of this indicator are revealed and its dependence on the severity of the patients' condition and their age is proved.

**Keywords:** average duration of treatment, hospital stay, hospitalization, new coronavirus infection, patient

### Введение

Эпидемия новой коронавирусной инфекции COVID-19 (далее – COVID-19), возникшая в нашей стране в 2020 г. и продолжающаяся по настоящее время, существенным образом повлияла на функционирование национальной системы здравоохранения [1, 5]. Экстренная перестройка отрасли, связанная с необходимостью мобилизации всех видов ресурсов для борьбы с новой и неизученной инфекцией, прежде всего, предполагала в кратчайшие сроки развертывание значительного количества коечного фонда для оказания медицинской помощи в стационарных условиях [4]. Данный вопрос решался преимущественно двумя способами: перепрофилированием действующих

**В статье представлены результаты медико-статистического исследования средней длительности лечения пациентов с новой коронавирусной инфекцией в условиях стационара. Выявлены определенные закономерности формирования данного показателя и доказана его зависимость от степени тяжести состояния пациентов и их возраста.**

стационаров в инфекционные госпитали и строительство новых медицинских организаций для оказания медицинской помощи пациентам с COVID-19. Отсутствие какого-либо опыта борьбы с изучаемой инфекцией и методов ее лечения как в мировой, так и отечественной практике создало большие проблемы в системе организации необходимой лечебно-профилактической помощи [6]. На начальном этапе развития

эпидемии представители практического здравоохранения опирались исключительно на эмпирические данные, а научное сообщество было поставлено в условия острой необходимости быстрого поиска и разработки оптимальных противоэпидемических, клинических и организационных решений. При этом ключевой задачей являлось сохранение баланса между возможными рисками и пользой при использовании данных решений на практике, особенно когда речь шла об алгоритмах лечения и фармакотерапии пациентов с COVID-19.

При проведении широкомасштабных преобразований в национальной системе здравоохранения с целью адаптации ее к условиям эпидемии новой коронавирусной инфекции решался ряд важных задач, одна из которых – удовлетворение потребности в достаточном коечном фонде. По мере роста числа заболевших новой коронавирусной инфекцией, практически ежедневно разворачивались дополнительные койки в медицинских организациях всех регионов страны [2]. При этом сведений об ориентировочных показателях средней длительности пребывания пациента на больничной койке не было по причине отсутствия какого-либо опыта. В тоже время данный показатель имеет чрезвычайно важное значение для определения потребности в медицинской помощи, оказываемой в условиях стационара, а также для расчета ряда объемных и стоимостных показателей. Кроме того, изучение данного показателя дает возможность оценивать характер течения заболевания и его исходы. Все это определило актуальность проведения настоящего исследования.

### Цель исследования

Целью исследования явилось изучение закономерностей формирования показателя средней длительности лечения пациентов с новой коронавирусной инфекцией COVID-19 в условиях стационара.

### Материалы и методы

Исследование проводилось на базе одного из крупнейших в стране перепрофилированных инфекционных стационаров

для лечения пациентов с COVID-19 – ГБУЗ г. Москвы «Городская клиническая больница № 15 им. О.М. Филатова Департамента здравоохранения города Москвы» (далее – больница № 15 им. О.М. Филатова). Из общего массива госпитализированных пациентов в 2020 г. методом механической выборки были отобраны 1006 законченных случаев госпитализации, где учитывались следующие учетные признаки:

- пол;
- возраст;
- диагноз;
- место госпитализации (отделение реанимации и интенсивной терапии, отделение стационара);
- состояние тяжести пациента;
- число дней госпитализации.

Была использована возрастная группировка статистической совокупности с пятилетним интервалом. После обработки материалов исследования произведен расчет относительных и средних величин, средних ошибок средних арифметических величин [7].

Диапазон возможных колебаний показателя средней длительности пребывания в стационаре пациентов с COVID-19 определялся с помощью метода доверительных границ по следующей формуле [3]:

$$M_{\text{ген}} = M_{\text{выб}} \pm t \times m_n$$

где:

$M_{\text{ген}}$  – значение средней величины, полученной для генеральной совокупности (искомое значение средней длительности пребывания в стационаре);

$M_{\text{выб}}$  – значение средней величины, полученной для выборочной совокупности;

$m_n$  – ошибка репрезентативности выборочной величины;

$t$  – доверительный критерий, который зависит от величины безошибочного прогноза, устанавливаемого при планировании исследования. Использован  $t$ -критерий, равный 2, 2,6 и 3,3, что соответствует вероятности безошибочного прогноза 95,0%, 99,0% и 99,9%.



Оценка взаимосвязи между возрастом пациентов и показателем средней длительности их пребывания в стационаре произведена с помощью расчета и анализа коэффициента ранговой корреляции Спирмена. Достоверность различий средних величин определена с помощью *t*-критерия Стьюдента.

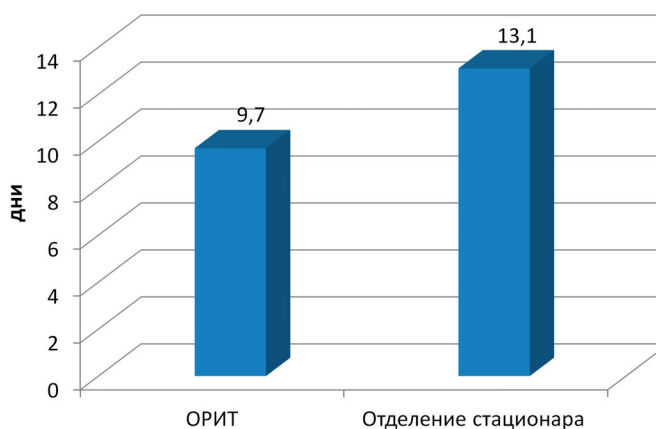
### Результаты исследования

Многочисленные отечественные и зарубежные источники указывают на то, что характер течения заболевания при новой коронавирусной инфекции во многом остается неизученным и определяется большим количеством факторов, к которым, прежде всего, следует относить возраст пациентов, сроки обращения за медицинской помощью, индивидуальные особенности организма и его иммунной системы, наличие сопутствующих заболеваний и ряд других. Все это обуславливает необходимость детального изучения указанных факторов с позиции их влияния на формирование одного из важнейших показателей деятельности инфекционного стационара по оказанию медицинской помощи пациентам с COVID-19 – средней длительности их лечения.

В соответствии с принятыми в нашей стране Временными методическими рекомендациями Минздрава России «Профилактика, диагностика и лечение новой коронавирусной инфекции (COVID-19)»<sup>1</sup> (далее – методические рекомендации), в зависимости от степени тяжести состояния при подтверждении диагноза коронавирусной инфекции, лечение осуществляют:

- медицинские работники амбулаторных медицинских организаций на дому (в случае легкого течения заболевания);
- в отделении для лечения инфекционных больных медицинской организации – при средней и тяжелой форме течения;
- в отделении реанимации и интенсивной терапии (ОРИТ) медицинской организации (при наличии показаний) – при крайне тяжелом течении.

**Рисунок 1. Средняя длительность пребывания пациентов с новой коронавирусной инфекцией COVID-19 в ОРИТ и в отделениях стационара для лечения инфекционных больных (дни)**

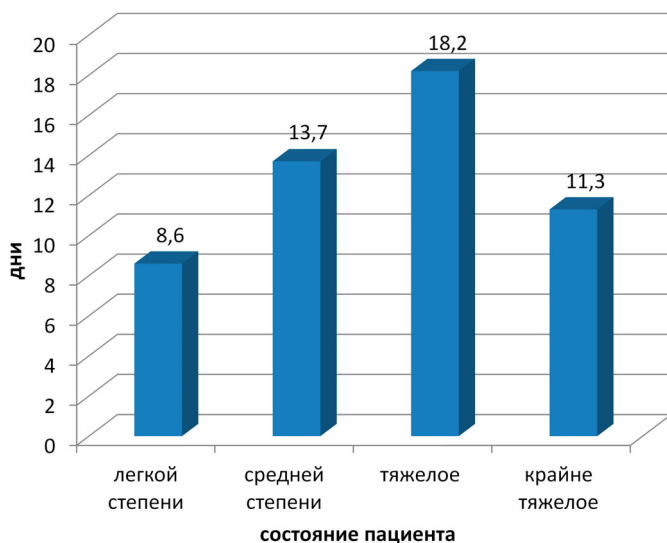


Указанными методическими рекомендациями четко определены условия для каждого этапа оказания медицинской помощи. При этом каких-либо указаний на рекомендуемые сроки лечения на каждом из этапов нет. Это связано со следующими факторами: большим диапазоном индивидуальных проявлений изучаемого заболевания, эпидемиологическими показателями, продолжающимся поиском эффективных методов и схем лечения. Вместе с тем, уже имеющийся опыт работы медицинских организаций, оказывающих помощь при COVID-19 в нашей стране, требует своего обобщения.

На *рис. 1* представлена сравнительная характеристика показателя средней длительности пребывания пациентов с новой коронавирусной инфекцией COVID-19 в ОРИТ и в отделениях стационара для лечения инфекционных больных. Данный показатель является «грубым» и дает обобщенное представление о продолжительности нахождения пациентов в стационарных условиях. Расчеты показали, что в среднем длительность пребывания пациентов с COVID-19 в ОРИТ составляет  $9,7 \pm 1,13$  дня, в отделениях стационара для лечения инфекционных больных –  $13,1 \pm 0,62$  дня. Представленные различия являются статистически значимыми ( $P < 0,05$ ).

<sup>1</sup> Временные методические рекомендации Минздрава России «Профилактика, диагностика и лечение новой коронавирусной инфекции (COVID-19)». Версия 9 (26.10.2020). URL: [https://static-0.minzdrav.gov.ru/system/attachments/attaches/000/052/550/original/%D0%9C%D0%A0\\_COVID-19\\_%28v9%29.pdf?1603788097](https://static-0.minzdrav.gov.ru/system/attachments/attaches/000/052/550/original/%D0%9C%D0%A0_COVID-19_%28v9%29.pdf?1603788097).

**Рисунок 2. Средняя длительность пребывания в стационаре в зависимости от состояния пациентов с новой коронавирусной инфекцией COVID-19 (дни)**



Объективная оценка рассматриваемого показателя возможна при условии его детализации, прежде всего, по степени тяжести состояния пациента при поступлении в стационар. В соответствии с принятыми методическими рекомендациями госпитализации в медицинские организации и их структурные подразделения, оказывающие медицинскую помощь пациентам с установленным диагнозом COVID-19 или с подозрением на COVID-19 в стационарных условиях, подлежат пациенты, находящиеся в состоянии средней тяжести, в тяжелом и крайне тяжелом состоянии. Указанным документом также предусмотрено, что госпитализация пациентов осуществляется в структурное подразделение медицинской организации для лечения COVID-19, имеющее койки для пациентов, находящихся в тяжелом состоянии, не требующих искусственной вентиляции легких (ИВЛ), койки для пациентов, находящихся в тяжелом состоянии, требующих проведения неинвазивной ИВЛ, и койки для пациентов, находящихся в крайне тяжелом состоянии, требующих проведения ИВЛ.

Таким образом, стационарное лечение показано пациентам с COVID-19, находящимся в состоянии средней тяжести, тяжелом и крайне тяжелом состоянии. В то же время, методическими рекомендациями предусмотрен ряд исключений, когда

тяжесть состояния пациентов при госпитализации не учитывается. К ним относятся:

- пациенты из группы риска (старше 65 лет, с сопутствующими заболеваниями и состояниями: артериальной гипертензией; хронической сердечной недостаточностью; онкологическими заболеваниями; гиперкоагуляцией; ДВС-синдромом; острым коронарным синдромом; сахарным диабетом; болезнью двигательного нейрона; циррозом печени; длительным приемом ГК и биологической терапии по поводу воспалительных заболеваний кишечника; ревматоидным артритом; пациенты, получающие гемодиализ или перитонеальный диализ; иммунодефицитными состояниями, в том числе с ВИЧ-инфекцией без антиретровирусной терапии; получающие химиотерапию);

- пациенты, проживающие в общежитии, многоквартирной квартире, с лицами старше 65 лет, с лицами, страдающими хроническими заболеваниями бронхолегочной, сердечно-сосудистой и эндокринной систем.

Среди перечисленных групп могут встречаться и пациенты в состоянии легкой степени тяжести.

Таким образом, объект нашего исследования включал все возможные варианты тяжести состояния пациентов с COVID-19 при оказании им медицинской помощи в стационарных условиях (рис.2).

Результаты исследования демонстрируют, что показатель средней длительности пребывания в стационаре дифференцируется в зависимости от степени тяжести пациентов при госпитализации. При легкой степени тяжести средняя длительность госпитализации составляет  $8,6 \pm 0,85$  дня, при средней степени –  $13,7 \pm 0,91$  дня, при тяжелой –  $18,2 \pm 0,72$  дня и крайне тяжелой степени –  $11,3 \pm 0,56$  дня. Различия в средних значениях длительности пребывания пациентов с COVID-19 в стационаре по степеням тяжести их состояния статистически существенны: ( $P < 0,05$ ) – при сравнении групп средней степени тяжести и крайне тяжелой степени, ( $P < 0,01$ ) – при сравнении всех остальных групп между собой. Указанная значимость различий свидетельствует

о сложившихся достоверных уровнях изучаемых показателей, а также о том, что эти уровни обусловлены состоянием пациентов при поступлении в стационар. Данное обстоятельство доказывает чрезвычайную важность своевременного обращения за медицинской помощью, поскольку оно оказывает влияние на длительность лечения и его стоимость, а также на исход заболевания. Обращает на себя внимание достоверное снижение длительности госпитализации пациентов с крайне тяжелым состоянием по сравнению с группами пациентов со средней и тяжелой степенью тяжести. Данное обстоятельство объясняется высокими показателями летальности среди пациентов, находящихся в крайне тяжелом состоянии.

Как указывалось выше, средние значения показателя дают обобщенную характеристику изучаемого явления и не всегда позволяют увидеть истинную его вариацию. С целью оценки возможных достоверных колебаний показателя средней длительности пребывания пациентов с COVID-19 в стационаре нами было произведено определение доверительных границ, выход за пределы которых при заданном уровне безошибочного прогноза вследствие случайных колебаний имеет незначительную вероятность. Иными словами, данный метод позволил нам найти два крайних значения: минимально возможное и максимально возможное, то есть пределы, которые может иметь искомая величина – истинная длительность стационарного лечения пациентов с COVID-19. Данный методический прием был реализован также с учетом степени тяжести состояния пациентов, так как была доказана достоверная зависимость длительности пребывания в стационаре от этого критерия (табл. 1).

При определении доверительных границ показателя средней длительности пребывания в стационаре пациентов с новой коронавирусной инфекцией COVID-19 было использовано три уровня вероятности безошибочного прогноза, обеспечивающих высокую достоверность полученных результатов. Повышение данной вероятности приводит к некоторому расширению

**Таблица 1. Доверительные границы показателя средней длительности пребывания в стационаре пациентов с новой коронавирусной инфекцией COVID-19 при разных степенях тяжести состояния (дни)**

Вероятность безошибочного прогноза (P%)	Доверительные границы, дни			
	Состояние легкой степени	Состояние средней степени	Состояние тяжелое	Состояние крайне тяжелое
95,0	6,7 – 10,5	11,9 – 15,5	15,5 – 20,9	7,0 – 15,6
99,0	6,1 – 11,1	11,4 – 16,0	14,6 – 21,8	5,8 – 16,8
99,9	5,5 – 11,7	10,8 – 16,6	13,5 – 22,7	4,3 – 18,3

доверительных границ, приближая при этом диапазон колебания показателя к его истинным значениям. Эти данные имеют большое практическое значение, поскольку позволяют увидеть закономерности формирования фактических значений исследуемого показателя. По данным официальной статистики, существуют случаи чрезвычайно высокой длительности госпитализации. Такие случаи были выявлены и в ходе нашего исследования, где иногда эта длительность достигала 70-80 дней. Однако, здесь речь идет скорее о единичных, случайных наблюдениях, не являющихся закономерными и в целом не влияющих на истинный уровень исследуемого показателя.

В таблице 2 показано, как формируется состав госпитализированных пациентов с новой коронавирусной инфекцией COVID-19 по дням пребывания в стационаре в зависимости от степени тяжести состояния.

Распределения госпитализированных пациентов по дням пребывания в стационаре дает возможность увидеть вклад удельного веса частных случаев длительности госпитализации в формирование средней длительности лечения. Среди пациентов с легкой степенью тяжести состояния наибольший удельный вес занимают случаи с длительностью госпитализации 6, 7, 8, 9 и 10 дней. Суммарно эти случаи составляют 52,0% от всех госпитализированных пациентов с легкой степенью тяжести при поступлении. В группе исследуемых пациентов с состоянием средней

**Таблица 2. Состав госпитализированных пациентов с новой коронавирусной инфекцией COVID-19 по дням пребывания в стационаре в зависимости от степени тяжести состояния (% к итогу)**

Дни пребывания в стационаре	Состояние пациентов			
	легкой степени	средней степени	тяжелое	крайне тяжелое
до 1	4,2	2,4	1,7	4,1
2	8,6	2,9	1,1	6,3
3	6,3	2,5	1,8	2,9
4	4,6	2,9	2,7	3,1
5	5,3	3,7	1,5	3,8
6	7,8	2,7	2,2	1,9
7	12,2	4,2	4,3	6,1
8	14,9	5,2	3,8	7,2
9	9,2	5,8	2,9	8,7
10	7,9	8,6	4,6	8,3
11	3,9	9,2	2,7	8,1
12	1,9	11,4	3,9	9,9
13	2,6	12,1	5,8	7,7
14	1,5	8,5	5,7	3,9
15	2,6	6,4	6,9	4,1
16	1,2	2,2	7,2	4,5
17	1,0	1,8	7,9	2,6
18	1,3	2,1	9,3	3,3
19	0,9	1,4	9,4	0,8
20	1,0	0,6	7,3	1,1
21	0,8	0,6	4,1	0,7
22 и более	0,3	2,8	3,2	0,9
<b>Итого:</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>

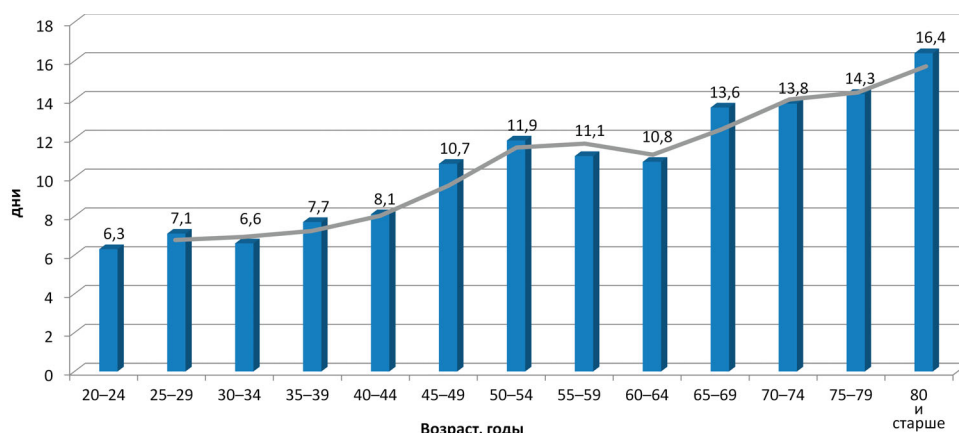
степени тяжести отмечается некоторое смещение структуры в сторону увеличения длительности стационарного лечения. В данном случае очевидно преобладание удельного веса госпитализированных по следующим временным параметрам: 10, 11, 12, 13 и 14 дней. Эти пять групп в совокупности составляют 49,8% от всех получающих стационарное лечение пациентов в состоянии средней степени тяжести. Еще более выраженное смещение

удельного веса регистрируется среди пациентов, находящихся в тяжелом состоянии: 16, 17, 18, 19 и 20 дней – это группы, определяющие 41,1% всех госпитализированных пациентов с COVID-19 в тяжелом состоянии. Длительность стационарного лечения пациентов, находящихся в крайне тяжелом состоянии, в основном определяется следующей структурой по дням пребывания: 9, 10, 11, 12 и 13 дней; удельный вес этих групп составляет 8,7, 8,3, 8,1, 9,9 и 7,7% к итогу соответственно.

На следующем этапе было произведено изучение взаимосвязи показателя средней длительности пребывания пациентов с COVID-19 в стационаре с их возрастом (рис. 3).

Представленное графическое изображение наглядно демонстрирует отчетливую возрастную динамику показателя средней длительности стационарного лечения пациентов с COVID-19: показатель увеличивается по мере увеличения возраста. Так, в возрастной группе 25–29 лет средний уровень показателя составляет 7,1 дня, а в возрасте 80 лет и старше – 16,4 дня. Расчеты показали, что имеется несколько пороговых возрастных значений рассматриваемого показателя, где темпы его роста приобретают более выраженное значение. К ним относятся три возрастные группы: 45–49 лет, 65–69 лет и 80 лет и старше. Очевидно, что данные возраста имеют важное значение с точки зрения прогнозирования течения заболевания и его исходов. Данный вопрос требует дополнительного изучения и должен находиться в фокусе внимания клинических специалистов и организаторов здравоохранения. Подтверждением наличия взаимосвязи между возрастом пациентов и средней длительностью их пребывания в стационаре является проведенный нами корреляционный анализ. Расчет коэффициента ранговой корреляции Спирмена показал наличие сильной прямой связи между ними ( $r = 0,84$ ): по мере увеличения возраста пациентов имеется тенденция к увеличению продолжительности их стационарного лечения при COVID-19 с тремя возрастными порогами, указанными выше.

**Рисунок 3. Средняя длительность пребывания пациентов с новой коронавирусной инфекцией COVID-19 в отделении стационара в зависимости от возраста (дни)**



### Заключение

Впервые на большом репрезентативном материале, полученном на базе одного из крупнейших перепрофилированных инфекционных стационаров страны, проведено изучение важнейшего показателя – средней длительности лечения пациентов с новой коронавирусной инфекцией COVID-19. Результаты исследования продемонстрировали достоверную и научно обоснованную дифференциацию уровней изучаемого показателя в зависимости от степени тяжести пациента

при госпитализации, а также его сильную прямую связь с возрастом. Эти данные приобретают большую практическую значимость в силу своей прогностической ценности при оценке влияния исходного состояния пациентов на результаты лечения, а также на планирование объемных и стоимостных показателей деятельности организаций здравоохранения, оказывающих медицинскую помощь пациентам с новой коронавирусной инфекцией в стационарных условиях.

### ИСТОЧНИКИ

1. Борисова Д.Е. Управление здравоохранением регионов в условиях распространения новой коронавирусной инфекции / Д.Е. Борисова // Проблемы социально-экономического развития Сибири. – 2020. – № 4 (42). – С. 19–24.
2. Подготовка и результаты работы многопрофильной больницы в период пандемии / В.И. Вечорко, Б.В. Силаев, О.В. Таньшина, Е.А. Женина // Бюллетень Национального научно-исследовательского института общественного здоровья имени Н.А. Семашко. – 2020. – № 4. – С. 46–51.
3. Медик В.А. Руководство по статистике здоровья и здравоохранения: учебное пособие / В.А. Медик, М.С. Токмачев. – М.: Медицина, 2006. – 528 с.
4. Мурашко М.А. Организация оказания медицинской помощи пациентам с новой коронавирусной инфекцией COVID-19 / М.А. Мурашко // Вестник Росздравнадзора. – 2020. – № 4. – С. 6–14.
5. Российское здравоохранение на фоне коронавируса COVID-19: возможности и угрозы / В.И. Стародубов, Ф.Н. Кадыров, О.В. Обухова, И.Н. Базарова [и др.] // Менеджер здравоохранения. – 2020. – № 5. – С. 68–78.
6. Чучалин А.Г. Проблемы коронавирусной инфекции / А.Г. Чучалин // Медицинская этика. – 2020. – № 2. – С. 79–82.
7. Шиган Е.Н. Методы прогнозирования и моделирования в социально-гигиенических исследованиях / Е. Н. Шиган. – Москва: Медицина, 1986. – 206 с.

### REFERENCES

1. Borisova D. E. Regional health management in conditions of the spread of a new coronavirus infection // Problemy social'no-ekonomicheskogo razvitiya Sibiri. – 2020; 4 (42): 19–24 (in Russian).
2. Preparation and results of a multidisciplinary hospital during a pandemic / V.I. Vechorko, B.V. Silaev, O.V. Tanshina, E.A. Zhenina // Byulleten' Nacional'nogo nauchno-issledovatel'skogo instituta obshchestvennogo zdorov'ya imeni N.A. Semashko. – 2020; (4): 46–51 (in Russian).
3. Medik V.A. Handbook of health and health statistics / V.A. Medik, M.S. Tokmachev. – Moscow: Medicina, 2006. – 528 p (in Russian).
4. Murashko M.A. Organization of medical care for patients with a new coronavirus infection COVID-19 / M.A. Murashko // Vestnik Roszdravnadzora. – 2020;(4): 6–14 (in Russian).
5. The Russian healthcare system against the background of the coronavirus COVID-19: opportunities and threats / V.I. Starodubov, F.N. Kadyrov, O.V. Obukhova, I.N. Bazarova [et al.] // Menedzher zdavoohraneniya. – 2020; (5): 68–78 (in Russian).
6. Chuchalin A.G. Problems of coronavirus infection / A.G. Chuchalin // Medicinskaya etika. – 2020; (2): 79–82.
7. Shigan E.N. Methods of forecasting and modeling in social and hygienic research / E.N. Shigan. – M.: Medicina, 1986. – 206 p (in Russian).

## ТРЕБОВАНИЯ К ОФОРМЛЕНИЮ СТАТЕЙ В ЖУРНАЛЕ «ВЕСТНИК РОСЗДРАВНАДЗОРА»

Издание «Вестник Росздравнадзора» входит в перечень ведущих рецензируемых журналов, включенных Высшей аттестационной комиссией России в список изданий, рекомендуемых для опубликования основных научных результатов диссертаций на соискание ученой степени кандидата и доктора наук. Для соблюдения требований ВАК авторские статьи должны предоставляться в строгом соответствии с правилами, приведенными ниже.

Опубликованию в журнале подлежат только статьи, ранее не публиковавшиеся в других изданиях, в т.ч. электронных. Не допускается предоставление в редакцию работ, направленных в другие журналы.

Диссертационные статьи должны сопровождаться официальным направлением от учреждения, в котором выполнена работа, при необходимости – экспертным заключением, иметь визу руководителя или заместителя руководителя учреждения, направившего статью, и быть заверены печатью. В редакцию журнала также направляется скан первой страницы статьи в формате Adobe Acrobat (\*.pdf) с подписями всех авторов.

Все материалы, поступающие в редакцию, проходят проверку в системе «Антиплагиат», рецензируются, редактируются и, при необходимости, сокращаются. При возникновении у рецензента или редактора вопросов и замечаний статья с комментариями и рекомендациями по доработке возвращается автору. Датой поступления статьи в редакцию считается дата получения редакцией окончательного варианта статьи.

С каждым из авторов в обязательном порядке заключается договор (простая неисключительная лицензия) на право опубликования статьи.

Статьи представляются в редакцию в электронном виде в формате MS Word. Размер оригинальных статей, включая таблицы, рисунки, список источников и резюме, не должен превышать 10–12 страниц, обзорных – 12–14 страниц. Название статьи должно быть кратким (не более 150 знаков) и точно отражать ее содержание. Если статья имеет одного или двух авторов, она должна сопровождаться фотографиями авторов, представленными в формате TIFF или JPEG с разрешением 300 dpi (точек на дюйм). Фото предоставляются в редакцию вместе со статьей. Текст статьи должен быть напечатан шрифтом Times New Roman, формат страницы А4, размер кегля – 14, междустрочный интервал – 1,5. В начале статьи пишутся инициалы и фамилия каждого автора, его ученая степень и звание, место работы и должность, электронный почтовый адрес для опубликования, при наличии – ORCID (персональный код автора для однозначной идентификации его произведений). Ниже на русском и английском языках указывается название статьи, наименование учреждения, инициировавшего работу, его почтовый адрес. К статье необходимо приложить краткое резюме на русском и английском языках объемом не более 1500 знаков с пробелами, в начале которого полностью повторить фамилии авторов и заглавие статьи. Все таблицы, фотографии и графические материалы должны иметь название, номер и соответствующие ссылки в тексте статьи. Названия рисунков, заголовки граф таблиц должны точно соответствовать их содержанию. Иллюстрации в виде графиков и диаграмм необходимо дополнить цифровыми данными в форме таблицы в MS Excel. Все цифры, итоги и проценты в таблицах должны соответствовать цифрам в тексте. Необходимо указать единицы измерения ко всем показателям на русском языке.

Цитаты, приводимые в статье, должны быть тщательно выверены; в сноске необходимо указать источник, его название, год, выпуск, страницы. Все сокращения, аббревиатуры при первом упоминании должны быть раскрыты, химические и математические формулы также должны быть тщательно выверены. Малоупотребительные и узкоспециальные термины, встречающиеся в статье, должны иметь пояснения.

В конце статьи обязательно следует указать фамилию, имя и отчество контактного лица, его электронный адрес и телефон для мобильной связи.

Статьи, оформленные не в соответствии с указанными правилами, могут быть отклонены без рассмотрения.

Рукописи должны быть тщательно выверены и отредактированы. Авторы несут полную ответственность за содержание и безупречное языковое оформление текста, правильную научную терминологию.

Рукописи, отправленные авторам для доработки, должны быть возвращены в редакцию не позднее, чем через две недели после получения. В противном случае сроки ее опубликования могут быть отодвинуты. Ответственному (контактному) автору принятой к публикации статьи направляется финальная версия верстки, которую он обязан проверить в течение двух суток. При отсутствии реакции со стороны автора верстка статьи считается утвержденной.

Перепечатка материалов, опубликованных в журнале, другими физическими и юридическими лицами возможна только с письменного разрешения редакции с обязательной ссылкой на первоисточник – журнал «Вестник Росздравнадзора».

За публикацию статей плата с авторов не взимается.

Статьи предоставляются в редакцию по электронной почте **vestnikrzn@mail.ru**. Сопроводительные документы в отсканированном виде также пересылаются по электронной почте. Чтобы убедиться, что статья получена, при отправке пользуйтесь параметром «уведомление» или позвоните в редакцию: **+7 (967) 161-34-35** или **+7 (903) 792-76-81**.



ФЕДЕРАЛЬНАЯ СЛУЖБА ПО НАДЗОРУ В СФЕРЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

# ВЕСТНИК РОСЗДРАВНАДЗОРА

РЕЦЕНЗИРУЕМЫЙ  
НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКИЙ  
ЖУРНАЛ ДЛЯ  
СПЕЦИАЛИСТОВ  
В СФЕРЕ  
ЗДРАВООХРАНЕНИЯ  
И ФАРМДЕЯТЕЛЬНОСТИ

ПОДПИСКА НА 2021 год

Комплексное обсуждение  
проблем, связанных с вопросами  
государственного регулирования  
в сфере здравоохранения,  
фармдеятельности и обращения  
медицинских изделий



- Вам интересна точка зрения Росздравнадзора на проблемы, связанные с государственным регулированием в сфере здравоохранения и фармдеятельности?
- Вы хотите быть в курсе новых направлений контрольно-надзорной деятельности?
- Вас волнуют вопросы государственного контроля качества оказания медицинской помощи населению?
- Вы готовы принять участие в комплексном обсуждении проблем, связанных с вопросами внедрения инновационного менеджмента в сфере здравоохранения?
- Вам важно знать, как обстоят дела в обеспечении контроля качества лекарственных средств и медицинских изделий?
- Вам нужна информация о новых аспектах лицензирования медицинской и фармацевтической деятельности?
- Вы хотите получать данные о результатах мониторинга безопасности лекарственных препаратов и медицинских изделий?

ТОГДА «ВЕСТНИК РОСЗДРАВНАДЗОРА» – ВАШ ЖУРНАЛ!

Подписку на электронную копию журнала можно оформить через каталог 000 «Урал-Пресс»,  
Электронную библиотеку Руконт – <https://www.rucont.ru/efd/656707>  
и Интернет-магазин «Пресса по подписке» – <https://www.akc.ru/rucont/itm/656707>

**Оформить подписку на 2021 г., начиная с любого номера, на всей территории России можно в агентствах:**

- 000 «Урал -Пресс», тел.: +7 (499) 700-05-07, e-mail: coord@ural-press.ru
- 000 «Агентство Книга-Сервис», тел.: +7 (495) 680-99-71, e-mail: publik@akc.ru
- Объединенный каталог «Пресса России» – подписной индекс **38847** в любом почтовом отделении [www.akc.ru](http://www.akc.ru)

[www.vestnikrzn.ru](http://www.vestnikrzn.ru)  
[www.roszdravnadzor.ru](http://www.roszdravnadzor.ru)



РЕЦЕНЗИРУЕМЫЙ  
НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКИЙ ЖУРНАЛ  
ДЛЯ СПЕЦИАЛИСТОВ В СФЕРЕ  
ЗДРАВООХРАНЕНИЯ  
И ФАРМДЕЯТЕЛЬНОСТИ

КРАТКАЯ ВЕРСИЯ ЖУРНАЛА  
ПРЕДСТАВЛЕНА НА САЙТАХ  
[www.roszdravnadzor.ru](http://www.roszdravnadzor.ru)  
[www.vestnikrzn.ru](http://www.vestnikrzn.ru)  
[www.fgu.ru](http://www.fgu.ru)