

**Федеральное государственное бюджетное образовательное
учреждение высшего образования
«Казанский государственный медицинский университет»
Министерства здравоохранения Российской Федерации**

Кафедра общественного здоровья и организации здравоохранения



Сборник статей

**X Республиканской научно-практической конференции
«Организация первичной медико-санитарной помощи
населению»**

г. Казань, 6 декабря 2024 г.

УДК 614.2(082)
ББК 51.1
Авторский знак С23

Х Республиканская научно-практическая конференция «Организация первичной медико-санитарной помощи населению»: Сборник статей по итогам конференции. Казань, 6 декабря 2024 г. /Под общей редакцией профессора Гильманова А.А. – Казань, 2024. – 128 с.

Рецензенты: д.м.н, доц. Блохина М.В., д.м.н., проф. Хузиханов Ф.В.

**© ФГБОУ ВО Казанский государственный
медицинский университет, 2024**

Содержание

Альмухаметов А.А., Галияхметов А.И., Абашев А.Р., Гильманов А.А.	
ФОРМИРОВАНИЕ ЦИФРОВЫХ КОМПЕТЕНЦИЙ ПРИ ПОДГОТОВКЕ МЕДИЦИНСКИХ РАБОТНИКОВ, ОКАЗЫВАЮЩИХ ПЕРВИЧНУЮ МЕДИКО-САНИТАРНУЮ ПОМОЩЬ..	6
Амирова А.Р.	
АНАЛИЗ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ И ОЖИРЕНИЕМ В РАЗНЫХ ВОЗРАСТНЫХ ГРУППАХ НАСЕЛЕНИЯ В РЕСПУБЛИКЕ ТАТАРСТАН В 2012-2023 гг.	12
Блохина М.В.	
РОЛЬ СРЕДНЕГО МЕДИЦИНСКОГО ПЕРСОНАЛА В ОРГАНИЗАЦИИ РАБОТЫ ШКОЛ ЗДОРОВЬЯ В СИСТЕМЕ ПЕРВИЧНОЙ МЕДИКО-САНИТАРНОЙ ПОМОЩИ (ПО ДАННЫМ ЛИТЕРАТУРЫ)	17
Галиуллин Д.А., Юсупов А.Р., Галиуллин А.Н.	
ОЦЕНКА РЕАЛИЗАЦИИ ПИЛОТНОГО ПРОЕКТА ПО СОВЕРШЕНСТВОВАНИЮ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ПАЦИЕНТАМ СТАРШИХ ВОЗРАСТНЫХ ГРУПП С МНОЖЕСТВЕННЫМИ ХРОНИЧЕСКИМИ НЕИНФЕКЦИОННЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ В МЕДИЦИНСКИХ ОРГАНИЗАЦИЯХ, ОКАЗЫВАЮЩИХ ПЕРВИЧНУЮ МЕДИКО-САНИТАРНУЮ ПОМОЩЬ.....	21
Гарипова Р.В., Берхеева З.М.	
ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ И ВКЛАДА ПЕРИОДИЧЕСКИХ МЕДИЦИНСКИХ ОСМОТРОВ В РАННЕЕ ВЫЯВЛЕНИЕ СОМАТИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ.....	29
Гатиятуллина Л.Л., Халитова З.Р., Халиуллина К.Р.	
ВОПРОСЫ ПОДГОТОВКИ, ПЕРЕПОДГОТОВКИ КАДРОВ, ОКАЗЫВАЮЩИХ ПЕРВИЧНУЮ МЕДИКО-САНИТАРНУЮ ПОМОЩЬ.....	33
Глушаков А.И.	
СМЕНА НЕГАТИВНЫХ ДЕМОГРАФИЧЕСКИХ ТЕНДЕНЦИЙ ПОСЛЕДНИХ ДЕСЯТИЛЕТИЙ В РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ В БЛИЖАЙШЕЙ ПЕРСПЕКТИВЕ.....	38
Глушаков А.И.	
ОЦЕНКА ИЗБЫТОЧНОЙ ГИБЕЛИ ОТ COVID-19 И ЕЁ ВЛИЯНИЕ НА ЭВОЛЮЦИЮ СМЕРТНОСТИ В РОССИИ.....	42
Загрудинова А.Г.	
ОЦЕНКА МНЕНИЯ МЕДИЦИНСКОГО ПЕРСОНАЛА КАК ИНСТРУМЕНТ ПОВЫШЕНИЯ КАЧЕСТВА МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ В ПЕРВИЧНОМ ЗВЕНЕ	46
Камалова Ф.М.	
АНАЛИЗ ВРЕМЕННЫХ РЯДОВ ОСНОВНЫХ КЛАССОВ ПЕРВИЧНОЙ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ НАСЕЛЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ ТАТАРСТАН С 2014 ПО 2023 гг.....	51

Камалова Ф.М. СТРУКТУРА ПЕРВИЧНОЙ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ НАСЕЛЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ ТАТАРСТАН в 2014 и в 2023 гг.....	55
Камалова Ф.М. СОПОСТАВЛЕНИЕ ТРЕНДОВ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ АМБУЛАТОРНО-ПОЛИКЛИНИЧЕСКИХ ОРГАНИЗАЦИЙ РЕСПУБЛИКИ ТАТАРСТАН ЗА ДЕСЯТИЛЕТНИЙ ПЕРИОД (2014 – 2023 гг.).....	61
Кашапова А.И., Якимова Ю.Ю, Галиуллин А.Н. ОЦЕНКА УДОВЛЕТВОРЁННОСТИ НАСЕЛЕНИЯ КАЧЕСТВОМ СТОМАТОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ В УСЛОВИЯХ МЕГАПОЛИСА.....	68
Мирхайдарова Л.Р. ДИНАМИКА ПОКАЗАТЕЛЕЙ ОБРАЩАЕМОСТИ В НЕГОСУДАРСТВЕННУЮ КОММЕРЧЕСКУЮ МЕДИЦИНСКУЮ ОРГАНИЗАЦИЮ, ОКАЗЫВАЮЩУЮ АМБУЛАТОРНО-ПОЛИКЛИНИЧЕСКУЮ ПОМОЩЬ ДЕТСКОМУ НАСЕЛЕНИЮ.....	74
Михайлова С.А., Ситдикова И.Д., Хузаханов Ф.В. МОДЕРНИЗАЦИЯ МЕДИКО-САНИТАРНОЙ ПОМОЩИ В РОССИИ: АНАЛИЗ РЕГИОНАЛЬНЫХ ПРОЕКТОВ И ИХ ВЛИЯНИЕ НА КАЧЕСТВО МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ.....	79
Михайлова С.А., Ситдикова И.Д., Ахметов А.М. ПЕРВИЧНАЯ МЕДИКО-САНИТАРНАЯ ПОМОЩЬ В РАМКАХ НАЦИОНАЛЬНОГО ПРОЕКТА «ЗДРАВООХРАНЕНИЕ».....	83
Морозько П.Н., Киценко М.Л. ИЗУЧЕНИЕ СМЕРТНОСТИ НАСЕЛЕНИЯ г. САНКТ-ПЕТЕРБУРГА ОТ САХАРНОГО ДИАБЕТА	86
Нигматуллина Д.Х., Гильманов А.А. ИЗУЧЕНИЕ МНЕНИЯ ВРАЧЕЙ ПРЕДПЕНСИОННОГО ВОЗРАСТА РЕСПУБЛИКИ ТАТАРСТАН ОБ УРОВНЕ ИХ ЗДОРОВЬЯ	91
Селина Н.В. ВНЕДРЕНИЕ СИСТЕМЫ ВНУТРЕННЕГО КОНТРОЛЯ КАЧЕСТВА В АМБУЛАТОРНО-ПОЛИКЛИНИЧЕСКОМ УЧРЕЖДЕНИИ.....	95
Хамитова Г.М., Орлов А.М. ОПТИМИЗАЦИЯ РАБОТЫ МЕДИЦИНСКИХ ОРГАНИЗАЦИЙ, ОКАЗЫВАЮЩИХ ПЕРВИЧНУЮ МЕДИКО-САНИТАРНУЮ ПОМОЩЬ, В УСЛОВИЯХ РЕАЛИЗАЦИИ НАЦИОНАЛЬНОГО ПРОЕКТА «ДЕМОГРАФИЯ».....	100
Хамитова Г.М., Габдулхакова А.А. ОПТИМИЗАЦИЯ РАБОТЫ МЕДИЦИНСКИХ ОРГАНИЗАЦИЙ, ОКАЗЫВАЮЩИХ ПЕРВИЧНУЮ МЕДИКО-САНИТАРНУЮ ПОМОЩЬ, В УСЛОВИЯХ РЕАЛИЗАЦИИ НАЦИОНАЛЬНОГО ПРОЕКТА «ЗДРАВООХРАНЕНИЕ».....	105
Хамитова Г.М., Спиридонова О.А. ПРОБЛЕМЫ В ДЕЯТЕЛЬНОСТИ ВРАЧЕЙ И СРЕДНЕГО МЕДИЦИНСКОГО ПЕРСОНАЛА, ОКАЗЫВАЮЩИХ ПЕРВИЧНУЮ МЕДИКО-САНИТАРНУЮ ПОМОЩЬ.....	110

Хамитова Г.М., Алексеева А.С. ПРОБЛЕМА НЕХВАТКИ ВРЕМЕНИ ДЛЯ ПРИЁМА ПАЦИЕНТА В ПОЛИКЛИНИКЕ И ПУТИ ЕЁ РЕШЕНИЯ.....	115
Хамитова Г.М., Бакеева Л.Р. СОВРЕМЕННЫЕ ПРОБЛЕМЫ НОРМАТИВНО-ПРАВОВОГО РЕГУЛИРОВАНИЯ ПЕРВИЧНОЙ МЕДИКО-САНИТАРНОЙ ПОМОЩИ ДЕТЯМ.....	119
Хамитова Г.М., Чахоян А.А. ПРАВОВОЕ РЕГУЛИРОВАНИЕ ВНЕДРЕНИЯ ЭЛЕКТРОННЫХ МЕДИЦИНСКИХ КАРТ ПАЦИЕНТА.....	124

ФОРМИРОВАНИЕ ЦИФРОВЫХ КОМПЕТЕНЦИЙ ПРИ ПОДГОТОВКЕ МЕДИЦИНСКИХ РАБОТНИКОВ, ОКАЗЫВАЮЩИХ ПЕРВИЧНУЮ МЕДИКО-САНИТАРНУЮ ПОМОЩЬ

Альмухаметов А.А., Галияхметов А.И., Абашев А.Р., Гильманов А.А.

ФГБОУ ВО Казанский государственный медицинский университет

Министерства здравоохранения Российской Федерации

Актуальность. В современном мире цифровые технологии все более интегрируются во все сферы деятельности, включая здравоохранение. В рамках глобальной тенденции цифровизации медицинская сфера переживает значительные изменения, которые требуют от медицинских работников освоения новых цифровых навыков. В Республике Татарстан, в рамках инициативы «Первичное звено для каждого», планируется к 2030 году полностью перейти на создание медицинских документов исключительно в электронном формате [2]. Это обстоятельство подчеркивает необходимость подготовки медицинских кадров, способных эффективно функционировать в условиях цифровой трансформации здравоохранения.

Современные медицинские работники сталкиваются с такими проблемами, как ограниченное время на прием, обработка огромного объема информации и необходимость интеграции новых технологий в повседневную практику. Цифровые навыки, такие как использование электронных медицинских записей (ЭМР), телемедицинских платформ и систем поддержки принятия решений, становятся критически важными для эффективного управления этими проблемами. Они позволяют врачам и медсестрам более рационально использовать время, быстро получать доступ к необходимой информации и принимать обоснованные решения, что, в конечном итоге, улучшает качество медицинского обслуживания.

Развитие цифровых компетенций не только повышает эффективность работы медицинских работников, но и способствует более тесному взаимодействию между пациентами и медицинским персоналом, а также

обеспечивает защиту конфиденциальности и безопасности медицинской информации. Таким образом, актуальность подготовки медицинских кадров с высокими цифровыми компетенциями является ключевым аспектом успешной цифровой трансформации здравоохранения в современном обществе.

Цель исследования: систематизация теоретических знаний и практических подходов в формировании цифровых компетенций, включая применение медицинских информационных систем, при подготовке медицинских работников в высших образовательных организациях Республики Татарстан.

Материал и методы исследования. Проведён контент-анализ документации, включая профессиональные и дополнительные образовательные программы, а также проанализирован опыт проектирования и реализации образовательных программ подготовки медицинских работников в Республике Татарстан.

Результаты. Цифровая трансформация здравоохранения требует от медицинских работников глубокого понимания и активного использования цифровых технологий. От электронных медицинских записей до телемедицины и искусственного интеллекта, эти инновации произвели революцию в отрасли и продолжают повышать её эффективность. Студенты и слушатели, обучающиеся с применением цифровых технологий, лучше подготовлены к их использованию в своей практике, что способствует повышению качества выполнения трудовых функций [3].

Для полноценного использования ресурсов здравоохранения медицинские работники должны обладать компетенциями работы с информацией из различных источников данных. Важно понимать значимость этих данных и уметь формировать запросы в поисковых и информационно-справочных системах. Культура работы с информацией включает её создание: ежедневно формируются записи протоколов осмотра, диагностические исследования, медицинские изображения, данные о госпитализации и учётные формы, которые становятся основой для клинических и управленческих

решений, а также для разработки искусственного интеллекта. Медицинские работники, создающие эти данные, должны осознавать важность обеспечения их высокого качества [1,4].

Цифровые компетенции можно разделить на группы. L. Jidkov и соавторы предложили 6 универсальных компетенций для развития цифровизации здравоохранения: управление и защита персональных данных, применение цифровых систем и безопасность медицинской помощи, цифровые коммуникации, управление информацией и медицинскими знаниями, пациент-ориентированность, адаптация к инновациям и цифровой трансформации медицины [1,5].

Эти компетенции осваиваются неравномерно. Согласно Концепции развития цифровых компетенций в России, выделяют 5 уровней освоения навыков: начальный, базовый, продвинутый, профессиональный и экспертный [6,7].

В Республике Татарстан реализуется «трехступенчатая» модель формирования цифровых компетенций медицинских работников.

1 степень – базовая. Преподавание цифровых технологий студентам в рамках основной профессиональной образовательной программы.

В ФГБОУ ВО Казанский ГМУ Минздрава России обновлены рабочие программы по дисциплинам «Медицинская информатика» и «Общественное здоровье и здравоохранение» с внедрением цифровых технологий.

Освоение курсов формирует у студентов компетенции в области медицинской информатики, современных информационных технологий, общественного здоровья и деятельности системы здравоохранения с использованием сквозных цифровых технологий: искусственный интеллект, интернет вещей, большие данные, новые коммуникационные интернет-технологии.

В рабочей программе по медицинской информатике переработаны профессиональные компетенции, направленные на формирование навыков проведения статистических исследований с применением цифровых

технологий, включая искусственный интеллект. Реализация программы по общественному здоровью направлена на формирование ОПК и ПК, основанных на понимании устройства и функционирования, а также уверенном использовании медицинских информационных систем.

Для освоения современных программных средств анализа данных в образовательном процессе применяется программа Статтех, разработанное отечественное программное обеспечение выпускниками кафедры общественного здоровья и организации здравоохранения. Это ПО позволяет формировать базовое понимание принципов применения искусственного интеллекта. Все практические занятия по медицинской статистике, от описательной статистики до специализированных методов анализа, включают работу с базой данных в Статтех.

Освоение технологий больших данных и современных коммуникационных интернет-технологий, интернета вещей и распределенных реестров, проводится на основе медицинских информационных систем, таких как государственная информационная система «Электронное здравоохранение». Погружение студентов в работу системы формирует не только фундаментальные знания о цифровых технологиях, но и прикладные навыки уверенного пользователя, что снижает затраты на адаптацию на рабочем месте.

На практических занятиях, через решение кейсов, студенты осваивают процессы организации здравоохранения и оказания медицинской помощи в условиях цифровой трансформации. С помощью ГИС ЭЗ РТ они учатся принципам управления очередью, записью на прием, оформлению обращений за медицинской помощью, формированию структурированных электронных медицинских документов, а также анализу официальных статистических отчетов и учетных форм.

2 степень – профессиональная. Преподавание цифровых технологий в рамках дополнительных профессиональных программ повышения квалификации. На этой ступени совершенствуются профессиональные

компетенции, направленные на выполнение конкретных трудовых функций, с учетом специальностей медицинских работников, а также формируются новые компетенции:

- способность применять системы поддержки принятия решений в профессиональной деятельности;
- способность создавать структурированные электронные медицинские документы.

Наиболее эффективным способом формирования этих компетенций является обучение слушателей в ВУЗах по отдельным программам с привлечением экспертов в области медицинских данных, информационных технологий, медицинской техники и разбор успешных кейсов внедрения цифровых технологий в здравоохранение [8,9].

В настоящее время в ФГБОУ ВО КГМУ МЗ РФ и КГМА - филиал ФГБОУ ДПО РМАНПО Минздрава России доступны 7 дополнительных профессиональных программ повышения квалификации.

3 ступень – продвинутая – экспертная. Преподавание цифровых технологий в рамках дополнительных профессиональных программ профессиональной переподготовки, реализуемых «цифровыми кафедрами». На этой ступени формируются компетенции, необходимые для выполнения нового вида профессиональной деятельности в области информационных технологий – «Разработка программного обеспечения» и приобретение новой квалификации «Программист» [10].

С 2022 года в ФГБОУ ВО КГМУ МЗ РФ в рамках проекта «Цифровые кафедры» прошли профессиональную переподготовку более 250 слушателей. Одним из критериев оценки освоения программы является защита проектных работ. Наиболее успешные проекты докладываются на ежегодных конференциях «Марафон цифровых кафедр» АНО «Университет Иннополис» и находят свою практическую реализацию в здравоохранении под наставничеством преподавателей ВУЗов и промышленных партнеров АО «Цифровые решения в медицине», ЗАО «Витакор», ГК ISL, АО «Барс-Групп».

Заключение. Цифровые технологии становятся неотъемлемой частью медицины, требуя от медицинских работников готовности к использованию информационных систем, телемедицины и искусственного интеллекта. Трехступенчатая модель обучения обеспечивает поэтапное освоение компетенций, от базовых знаний до экспертного уровня, что способствует эффективной адаптации к изменениям в цифровой среде. Программы повышения квалификации и профессиональной переподготовки углубляют знания и навыки, необходимые для выполнения профессиональных обязанностей в цифровом контексте. Сотрудничество с индустриальными партнерами и использование реальных кейсов способствует лучшему освоению цифровых технологий и их внедрению в практику здравоохранения.

Список литературы:

1. Казанфарова М.А. Развитие цифровых компетенций медицинских работников / Казанфарова М.А., Природова О.Ф., Ардаширова Н.С. // Медицинское образование и профессиональное развитие. - 2023. - Т. 14, № 2. - С. 109–122.
2. Распоряжение Правительства РФ от 06.10.2021 N 2816-р «Об утверждении перечня инициатив социально-экономического развития Российской Федерации до 2030 года» (в редакции от 04.05.2024). - URL: www.docs.cntd.ru/document/608861126. (дата обращения: 29.06.2024). – Текст: электронный.
3. Гильманов А.А. Преподавание сквозных цифровых технологий / Гильманов А.А., Альмухаметов А.А., Нигматуллина Д.Х., Амирова А.Р. - Текст: электронный // III Всероссийский конкурс педагогического мастерства преподавателей кафедр организации здравоохранения и общественного здоровья. – 2023. - URL: disk.yandex.ru/i/B4T0gkFIUCxHwg (дата обращения: 29.06.2024).
4. Cullen R., Clark M., Esson R. Evidence-based information-seeking skills of junior doctors entering the workforce: an evaluation of the impact of information

literacy training during pre-clinical years // Health Info Libr J. 2011. Vol. 28, N P. 119–129.

5. Jidkov L., Alexander M., Bark P., Williams J.G., Kay J., Taylor P. et al. Health informatics competencies in postgraduate medical education and training in the UK: a mixed methods study // BMJ Open. 2019. Vol. 9, N 3. P. e025460.

6. Концепция развития цифровых компетенций студентов Национального исследовательского университета «Высшая школа экономики» URL: <https://www.hse.ru/docs/575682494.html.pdf> (Дата обращения 29.06.2024).

7. Гурцкой Л.Д. Цифровые компетенции выпускников медицинских вузов России на современном этапе // Цифровизация как новая парадигма развития. –URL: <https://sciencen.org/assets/DOI/KOF-433-Gurckoj-183-198.pdf>. (дата обращения 25.06.2024).

8. Здравоохранение. Учебное пособие: сборник кейсов за 2019 год / Александрова М.Н., Бобров Е.С. , Макарова Е.В.// Университет Иннополис. – Казань. - 2021. - 148с.

9. Detmer D.E. Interprofessional clinical informatics education and practice: Essentials for learning healthcare systems worldwide // J Interprof Care. 2017. Т. 31, № 2. С. 187–189.

10. Первые итоги работы «цифровых кафедр» сборник успешно реализованных проектов. – URL: https://национальныепроекты.рф/upload/sbornik-ck/Sbornik_CK-compressed.pdf. (дата обращения 25.06.2024).

**АНАЛИЗ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ И
ОЖИРЕНИЕМ В РАЗНЫХ ВОЗРАСТНЫХ ГРУППАХ НАСЕЛЕНИЯ В
РЕСПУБЛИКЕ ТАТАРСТАН В 2012-2023 гг.**

Амирова А.Р.

ФГБОУ ВО Казанский государственный медицинский университет
Министерства здравоохранения Российской Федерации

Актуальность. За период с 2012 года по 2023 год в РТ наблюдается рост случаев в абсолютных цифрах сахарного диабета 1 типа (СД 1 тип) в 1,4 раза, сахарного диабета 2 типа (СД 2 тип) – в 1,3 раза, ожирения – в 2,6 раза [1]. Уровни СД 2 типа и ожирения уже являются сопоставимыми между собой. Так в 2023 г. было выявлено 10333 случая СД 2 типа, ожирения – 9041 случай ^[1]. На данный момент можно говорить об эпидемии не только СД 2 типа, но и ожирения, что требует анализа данных с целью выявления тенденций и прогнозирования уровней этих патологий.

Цель работы: проанализировать распространённость СД 1 типа, СД 2 типа и ожирения (в случаях на 100 000 населения) в возрастных группах 18 лет и старше, среди подростков 15-17 лет, детей от 0 до 14 лет; выявить связь между различными возрастными группами по каждой нозологической форме, спрогнозировать уровни СД 1 типа, СД 2 типа, ожирения на 2024 г.

Материалы и методы исследования. В качестве источника данных использовалось учебно-методическое пособие «Статистика здоровья населения и здравоохранения», выпускаемого ежегодно МЗ РТ, РМИАЦ, ФГБОУ ВО Казанский ГМУ Минздрава России и филиалом ФГБОУ ДПО РМАНПО Минздрава России за период с 2012 года по 2023 год.

Статистический анализ проводился с использованием программы StatTech v.4.6.3 (разработчик – ООО «Статтех, Россия»). Показатели определялись с 95% доверительным интервалом. Прогностическая модель, характеризующая зависимость количественной переменной от факторов, разрабатывалась с помощью метода линейной регрессии. Прогнозирование уровней 2024 г. проводилось по методу наименьших квадратов с целью вычисления среднего темпа прироста статистического процесса.

Результаты и их обсуждение. В возрастной группе 18 лет и старше на 1-ом месте по распространённости находится СД 2 типа, на 2-ом месте – ожирение, на 3-ем – СД 1 типа. В возрастной группе 0-14 лет на 1-ом месте находится ожирение, на 2-ом – СД 1 типа, на 3-ем – СД 2 типа. В возрастной

группе 15-17 лет на 1-ом месте находится ожирение, на 2-ом – СД 1 типа, на 3-ем – СД 2 типа [1].

Результаты корреляционного анализа взаимосвязи даны в таблицах 1 и 2.

Таблица 1

Результаты корреляционного анализа взаимосвязи: распространённости ожирения и СД 1 типа

Группа	r_{xy}	Теснота связи по шкале Чеддока	p	Уравнение парной линейной регрессии
Ожирение 15-17 лет - СД 1 тип 15-17 лет	0,964	Весьма высокая	< 0,001*	$Y_{\text{Распространённость СД 1 типа 15-17 лет}} = 0,06 \times X_{\text{Распространённость ожирения 15-17 лет}} + 94,72$
Ожирение 15-17 лет - СД 1 тип 18 лет и старше	0,579	Заметная	0,048*	$Y_{\text{Распространённость СД 1 тип 18 лет и старше}} = 0,018 \times X_{\text{Распространённость ожирения 15-17 лет}} + 160,023$
Ожирение 0-14 лет - СД 1 тип 15-17 лет	0,944	Весьма высокая	<0,001*	$Y_{\text{Распространённость СД 1 типа 15-17 лет}} = 0,248 \times X_{\text{Распространённость ожирения 0-14 лет}} + 27,897$
Ожирение 0-14 лет - СД 1 тип 18 лет и старше	0,555	Заметная	0,061	$Y_{\text{Распространённость СД 1 тип 18 лет и старше}} = 0,074 \times X_{\text{Распространённость ожирения 0-14 лет}} + 141,489$
Ожирение 0-14 лет - СД 1 тип 0-14 лет	0,946	Весьма высокая	< 0,001*	$Y_{\text{Распространённость СД 1 типа 0-14 лет}} = 0,096 \times X_{\text{Распространённость ожирения 0-14 лет}} + 12,121$

* - различия показателей статистически значимы ($p < 0,05$)

Таблица 2

Результаты корреляционного анализа взаимосвязи: распространённости ожирения и СД 2 типа

Группа	r_{xy}	Теснота связи по шкале Чеддока	p	Уравнение парной линейной регрессии
Ожирение 15-17 лет - СД 2 тип 15-17 лет	0,925	Весьма высокая	< 0,001*	$Y_{\text{Распространённость СД 2 типа 15-17 лет}} = 0,002 \times X_{\text{Распространённость ожирения 15-17 лет}} - 0,415$
Ожирение 15-17 лет - СД 2 тип 18 лет и старше	0,982	Весьма высокая	< 0,001*	$Y_{\text{Распространённость СД 2 типа 18 лет и старше}} = 0,447 \times X_{\text{Распространённость ожирения 15-17 лет}} + 2322,685$
Ожирение 0-14 лет - СД 2 тип 15-17 лет	0,944	Весьма высокая	< 0,001*	$Y_{\text{Распространённость СД 2 типа 15-17 лет}} = 0,01 \times X_{\text{Распространённость ожирения 0-14 лет}} - 3,406$
Ожирение 0-14 лет - СД 2 тип 18 лет и старше	0,948	Весьма высокая	< 0,001*	$Y_{\text{Распространённость СД 2 типа 18 лет и старше}} = 1,821 \times X_{\text{Распространённость ожирения 0-14 лет}} + 1855,512$
Ожирение 0-14 лет - СД 2 тип 0-14 лет	-0,128	Слабая	0,691	$Y_{\text{Распространённость СД 2 типа 0-14 лет}} = -0 \times X_{\text{Распространённость ожирения 0-14 лет}} + 1,267$

* - различия показателей статистически значимы ($p < 0,05$)

Результаты прогнозирования уровней распространённости ожирения, СД 1 типа, СД 2 типа представлены в таблице 3.

Таблица 3

Прогнозирование уровней распространённости сахарного диабета 1 и 2 типа и ожирения на 2024 г. (на 100тыс. ср-год. населения) [4]

Возраст	Ожирение	СД 1 тип	СД 2 тип
18 лет и старше	3,4% (1767,6)	1,3% (289,9)	2,1% (4886,1)
0-14 лет	3,6% (1702,1)	2,2% (168,4)	-0,78% (0,5)
15-17 лет	5,0% (5698,5)	1,3% (455,8)	4,1% (12,4)

Выявлена зависимость СД 2 типа во всех возрастных группах от ожирения среди детей и подростков и зависимость СД 1 типа среди детей и подростков от ожирения среди детей. По коэффициентам в уравнениях линейной регрессии наибольший рост распространённости СД 2 типа прогнозируется в группе зависимости СД 2 типа среди населения 18 лет и старше от ожирения среди подростков и наибольший рост распространённости СД 1 типа – в группе зависимости СД 1 типа среди подростков от ожирения среди детей. Таким образом. Наибольший средний темп прироста наблюдался по ожирению в группе подростков 15-17 лет, на втором месте – по СД 2 типа в этой же группе, на 3-ем месте – по ожирению среди детей 0-14 лет.

Заключение. По результатам исследования можно сделать вывод о значительном росте распространённости ожирения, особенно среди подростков 15-17 лет и детей 0-14 лет. Также видно, что подростковое ожирение значительно превышает детское, кроме того, подростковое ожирение имеет наибольшую среднюю скорость прироста, чем СД обоих типов. На основании корреляционного анализа опять подтверждена связь между ожирением и СД 2 типа, ожирением и СД 1 типа [2,3] . Таким образом, детей и подростков с ожирением можно рассматривать как источник будущих пациентов с СД 2 типа.

Список литературы:

1. Статистика здоровья населения и здравоохранения (по материалам РТ): Учебно-методическое пособие / М.М.Миннуллин, [М.Н. Садыков], В.Г. Шерпутовский, Г.Р. Хуснуллина, Р.Р. Залялов [и др.]. - Казань, 2012-2023

2. Галстян Г.Р. Ожирение и сахарный диабет 2 типа: поиск компромиссного терапевтического решения / Г.Р. Галстян, Е.А. Шестакова, И.А. Скляник // Сахарный диабет. — 2017. — Т.20. №4. — С. 270-278.

3. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC9753797/>

4. Медицинская информатика: учебно-методическое пособие для обучающихся по направлению подготовки «Лечебное дело» / А.А. Гильманов [и др.]. – Казань: КГМУ, 2020. - 132 с.

РОЛЬ СРЕДНЕГО МЕДИЦИНСКОГО ПЕРСОНАЛА В ОРГАНИЗАЦИИ РАБОТЫ ШКОЛ ЗДОРОВЬЯ В СИСТЕМЕ ПЕРВИЧНОЙ МЕДИКО-САНИТАРНОЙ ПОМОЩИ (ПО ДАННЫМ ЛИТЕРАТУРЫ)

Блохина М.В.

ФГБОУ ВО Казанский государственный медицинский университет
Министерства здравоохранения Российской Федерации

В последние годы большое значение в улучшении качества жизни пациентов придаётся не только лечебным мероприятиям, но и повышению уровня медицинской грамотности пациентов. Недостаточный уровень медицинской информированности пациентов, низкое качество самоухода и несоблюдение режима приводят к осложнению заболеваний и частым повторным госпитализациям [1]. Применение образовательных программ для пациентов может способствовать улучшению компенсации заболевания быстрее и лучше, чем традиционные формы работы с больными, приводит к уменьшению затрат на лечение за счёт уменьшения частоты осложнений и связанных с ними госпитализаций. Эффективное снижение осложнений заболеваний и сокращение частых повторных госпитализаций очень часто отображается во многих исследованиях [2].

Медицинская сестра традиционно играет значительную роль в системе общественного здравоохранения. В структуре кадров медицинских организаций средний медицинский персонал представляет собой одну из самых

многочисленных групп работников. В большинстве случаев именно сестринский персонал является первым, последним и наиболее постоянным медицинским работником, находящимся в контакте с пациентом (в случае ухудшения состояния здоровья пациента в условиях стационара, оказания первой доврачебной помощи, психологической поддержки пациентам и их родственникам) [3].

В России окончательно сформировалась многоуровневая система подготовки сестринского персонала, что значительно повышает образовательный уровень медсестер [4]. Социальный статус сестринского персонала меняется, и на смену традиционной практике медсестёр в медицинские организации приходят новые виды помощи, связанные не только с лечением заболеваний, но и проблемами сохранения и поддержания индивидуального и общественного здоровья, профилактики болезни и ведения здорового образа жизни. В этих условиях возрастает роль сестринского персонала в вопросах обучения пациентов здоровому образу жизни, профилактике заболеваний (первичной, вторичной, третичной). В настоящее время работу медицинской сестры можно рассматривать как новый вид профессиональной деятельности медицинского, психолого-педагогического и социально-правового характера, целью которого является сохранение, укрепление и восстановление здоровья.

Большинство хронических заболеваний в настоящее время сложно излечить, но можно реально контролировать и обеспечивать профилактику осложнений, что может существенно продлить жизнь больных и повысить её качество. Однако успешно контролировать хроническое заболевание, даже с максимальным использованием арсенала современной медицины, но без активного участия пациента, не представляется возможным [5]. Это, в свою очередь, обуславливает актуальность создания и функционирования в медицинских организациях «Школ здоровья для пациентов и их родственников», организованных и курируемых средним звеном медицинских работников.

Конечной целью обучения в Школе является подготовка больного к самостоятельному управлению своим здоровьем, улучшение качества жизни, стабилизация течения заболевания, снижение количества осложнений.

Сестринская практика в организации и проведении Школ здоровья подразумевает способность медсестры донести до пациента максимум информации касательно его заболевания. Задачей медицинской сестры является:

- мониторинг потребности пациентов в оздоровительных мероприятиях, разработка программ их проведения;

- информирование больных о заболевании и факторах риска его развития, осложнений и обострений;

- формирование чувства ответственности пациента за сохранение своего здоровья, активного и разумного отношения к своему заболеванию, мотивации к выздоровлению, приверженности к лечению;

- формирование навыков и умений по снижению негативного воздействия на здоровье поведенческих факторов риска (питание, двигательная активность, отказ от вредных привычек, избегание стрессовых ситуаций), а также навыков самоконтроля состояния здоровья, оказания доврачебной помощи в случае обострения заболевания [6].

На начальном этапе работы в Школах здоровья медицинская сестра старается установить активное эмоциональное воздействие и в максимально щадящей форме объяснить возникшую проблему у пациента. Тем самым она помогает пациентам быть вовлечёнными в обучающий процесс и вносит свой личный вклад в профилактику и лечение заболеваний. Обучение в школе проходит в форме чередующихся теоретических и практических занятий, на которых медсестра играет роль наставника. В зависимости от решаемых задач форма работы также может быть разной: индивидуальной, групповой, массовой. В процессе обучения медицинские сёстры могут использовать различные средства: видео – и аудиоматериалы, информационные буклеты, памятки, плакаты [7].

Таким образом, профилактическая направленность в деятельности среднего медицинского персонала – надёжный и эффективный инструмент в сохранении здоровья населения и повышения качества жизни, что является приоритетной задачей системы здравоохранения нашего государства.

Медицинские сёстры, работающие как в стационарах, так и на поликлинических участках вместе с врачами являются пропагандистами медицинских знаний среди населения. Санитарное просвещение, реализуемое средним медицинским персоналом, планируется как обязательная часть их производственной деятельности и организуется в соответствии с профилем медицинской организации.

Список литературы:

1. Козлова Н.В. Роль медицинской сестры в формировании здорового образа жизни среди населения / Н.В. Козлова, Н.В. Байкова, В.Г. Гиренко, С.А. Карпунина // Вестник научных конференций. - 2019. - № 4-2(44). – С. 67.

2. Мухамедгалиева А. Повышение медицинской грамотности пациентов путем их обучения во взрослом стационарном кардиологическом отделении / А. Мухамедгалиева, Г. Сабитова, Б. Касенова // Евразийское научное объединение. - 2021. - № 6-3. – С. 193.

3. Волкова М.М., Волков С.Р. О роли сестринского персонала в профилактической медицине / М.М.Волкова, С.Р.Волков// Медицинская сестра. - 2019. - № 2 – С. 41.

4. Кондусова Ю.В. Участие медсестер-бакалавров в работе школ здоровья / Ю.В. Кондусова, А.В. Крючкова, Н.М. Семьнина // Медицинская сестра. - 2018. - № 7. – С. 49.

5. Ляпина И.А. Роль медицинской сестры в процессе обучения пациентов в школах здоровья (фтизиатрическая практика) / И.А. Ляпина // Медсестра. 2017. № 7. [Электронный ресурс]. Режим доступа: <https://panor.ru/articles/rol-meditsinskoy-sestry-v-protseesse-obucheniya-patsientov-v-shkolakh-zdorovya-ftiziatricheskaya-praktika/44493.html> (Дата обращения: 13.12.2023).

6. Сажин Б.П. Профилактическая деятельность среднего медицинского персонала как необходимая и важная составляющая успешной профессиональной работы / Б.П. Сажин // [Электронный ресурс]. Режим доступа: <https://www.informio.ru/publications/id5194/Profilakticheskaja-dejatelnost-srednego-medicinskogo-personala-kak-neobhodimaja-i-vazhnaja-sostavljayushaja-uspeshnoi-professionalnoi-raboty> (Дата обращения: 01.11.2023 г.)

7. Позднышева Л.П. Роль медицинской сестры в формировании знаний и умений пациентов в рамках школы здоровья по сахарному диабету / Л.П. Позднышева, М.В. Березнева, Ю.А. Карамышева, Н.С. Першикова // Межрегиональная заочная научно-практическая конференция «Сахарный диабет – не болезнь, а образ жизни»: сборник материалов / Под ред. Н.В. Милёхиной – Астрахань, 2019. – С. 140.

**ОЦЕНКА РЕАЛИЗАЦИИ ПИЛОТНОГО ПРОЕКТА ПО
СОВЕРШЕНСТВОВАНИЮ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ПАЦИЕНТАМ
СТАРШИХ ВОЗРАСТНЫХ ГРУПП С МНОЖЕСТВЕННЫМИ
ХРОНИЧЕСКИМИ НЕИНФЕКЦИОННЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ В
МЕДИЦИНСКИХ ОРГАНИЗАЦИЯХ, ОКАЗЫВАЮЩИХ ПЕРВИЧНУЮ
МЕДИКО-САНИТАРНУЮ ПОМОЩЬ**

Галиуллин Д.А., Юсупов А.Р., Галиуллин А.Н.

ФГБОУ ВО Казанский государственный медицинский университет

Министерства здравоохранения Российской Федерации

Институт фундаментальной медицины и биологии Казанского (Приволжского)
федерального университета

Актуальность. Установлено, что более 80% лиц старшего возраста страдают множественными хроническими неинфекционными заболеваниями (МХНЗ), имеют 6 и более обращений в год с хроническими неинфекционными заболеваниями (ХНИЗ) к участковому терапевту, среди них в 4 раза больше

экстренных обращений за скорой и неотложной медицинской помощью, в 3,5 раза больше по поводу госпитализаций [1–3].

По данным Мадьяновой В.В. (2022) 85,4% лиц старше 65 лет страдают сердечно-сосудистыми заболеваниями, атеросклерозом – 63%, артериальной гипертонической болезнью – 74,6%, поражением сосудов головного мозга – 42,3%, болезнями глаз – 53,3%, сахарным диабетом до 60%, ХОБЛ – 25,2%, новообразованиями – 23,7% [4].

Невысокий уровень удовлетворенности ПСМП лиц старшего возраста с хроническими неинфекционными заболеваниями, имеющиеся дефекты в организации медицинской помощи этому контингенту требуют новых подходов в решении этих проблем.

В связи с этим, с целью повышения качества оказания медицинской помощи пациентам старших возрастных групп, имеющих два и более ХНИЗ, путем обеспечения персонифицированного подхода к ведению пациентов, снижения уровня смертности данной категории лиц был реализован Пилотный проект [5–7].

Цель исследования. Оценка реализации эффективности Пилотного проекта по совершенствованию первичной медико-санитарной помощи (ПМСП) лицам старше трудоспособного возраста (ЛСТВ) на амбулаторно-поликлиническом этапе.

Материалы и методы. Приказ управления здравоохранением г. Казани №187 от 06.12.2018 г. о реализации Пилотного проекта по совершенствованию ПМСП лицам старшего возраста. Методические рекомендации по реализации программы ведения пациентов старших возрастных групп с МХНЗ в медицинских организациях государственной системы здравоохранения города Казани, оказывающих ПМСП взрослому населению. Базами реализации Пилотного проекта по совершенствованию медицинской помощи пациентам старших возрастных групп с множественными хроническими неинфекционными заболеваниями были определены: ГАУЗ «Городские

поликлиники» г. Казани и ГАУЗ «Городская клиническая больница №16» г. Казани. Определена структура участников по оказанию ПМСП лицам старше трудоспособного возраста с МХНЗ. Обосновано создание специализированного участка по обслуживанию ЛСТВ. Разработан алгоритм работы первичного и повторного приема пациентов старшего возраста врачом-терапевтом. Проведено обоснование критериев участия в программе лиц старшего возраста. Сформирован индивидуальный план ведения пациента старше трудоспособного возраста. Проведено обучение врача и медицинской сестры по обслуживанию лиц старшего возраста. Разработана система контроля за деятельностью медицинского персонала по обслуживанию ЛСТВ руководителем медицинской организации. Утвержден перечень диагнозов для включения в программу соответствующих действующих нормативных документов и приказов МЗ РФ.

В рамках реализации данного Пилотного проекта был проведен организационный эксперимент, начиная с 2018 г. по 2020 г. включительно. В этих целях был сформирован в условиях городской поликлиники специализированный участок для ЛСТВ (60 и более лет), имеющих 2 и более хронических неинфекционных заболеваний, в количестве 503 человек, контрольная группа составила 206 человек, также имеющих 2 и более ХНИЗ. В первой основной группе распространялись следующие диспансерные мероприятия: выявление медико-социальных факторов риска, определение вклада негативных факторов на развитие ХНИЗ, были разработаны мероприятия по устранению (ослаблению) негативных факторов риска. Наряду с этим они получали как лечебную, так и реабилитационную помощь, проводилось проактивное наблюдение врачом и средним медицинским работником. В контрольной группе эти мероприятия не проводились, однако они получали традиционное диспансерное наблюдение. На эту группу не распространялось проактивное наблюдение ЛСТВ врачом-терапевтом и средним медицинским персоналом.

Результаты исследования. Мониторинг результатов устранения неблагоприятных медико-социальных факторов в основных и контрольных

группах проводился через каждые 6 месяцев наблюдения. Для этой цели нами была составлена прогностическая таблица по учету медико-социальных факторов риска как для основной, так и для контрольной группы.

Данные мониторинга устранения (ослабления) неблагоприятных медико-социальных факторов в зависимости от возраста через 6 месяцев проведения медико-социальной профилактики показали, что в основной группе число неблагоприятных факторов на одного обследованного снизилось с 27,2 до 22,7, т.е. на 16,6%, а через 12 месяцев этот показатель уменьшился до 21,4% (на одного обследованного), а в контрольной группе этот показатель снизился лишь с 26,0 до 24,4 фактора на одного обследованного. В течение 18 и 24 месяцев наблюдения произошло существенное снижение неблагоприятных медико-социальных факторов. За 18 месяцев в основной группе на 27,8%, в контрольной группе этот показатель снизился лишь на 5,8%. Спустя 24 месяцев наблюдения число неблагоприятных факторов на одного обследованного в основной группе уменьшилось на 33,5%, в контрольной группе снижение факторов риска за этот период наблюдения составило лишь 7,7%.

В течение 30 месячного наблюдения число неблагоприятных факторов в основной группе на одного обследованного уменьшилась на 36,4%, а в контрольной группе этот показатель снизился лишь на 3,1%.

За трехлетний период наблюдения в основной группе число неблагоприятных факторов на одного обследованного снизилось на 61,02%, а в контрольной группе снижение составило – 13% (рис. 1).

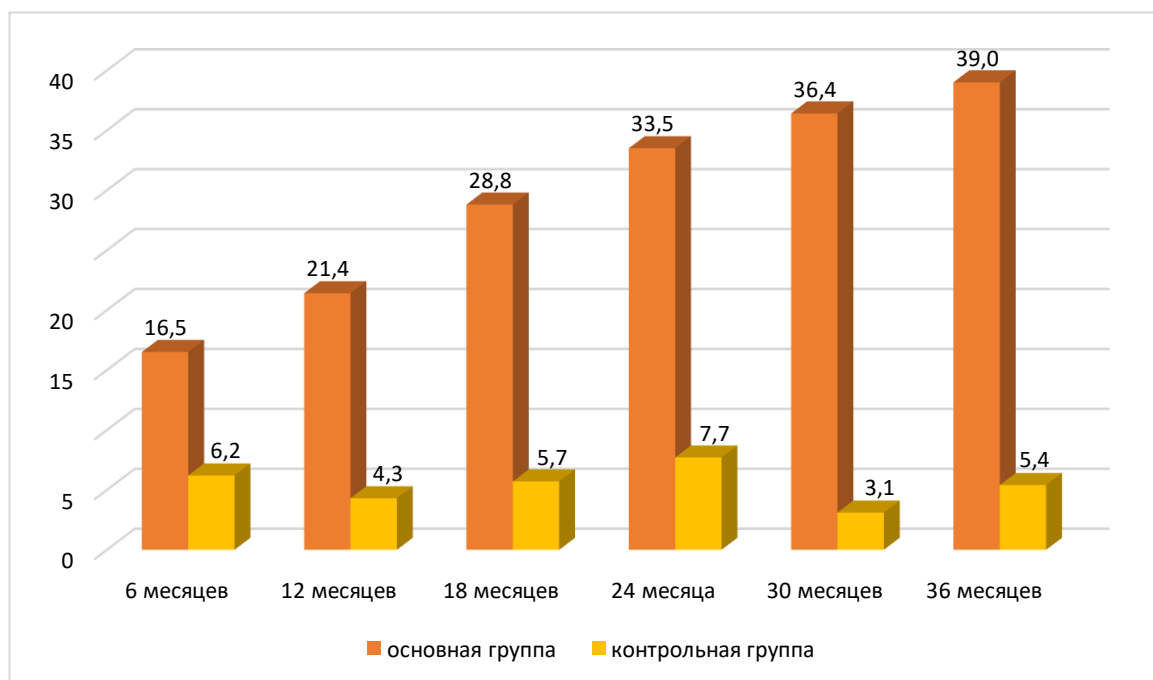


Рис. 1. Результативность медико-социальных мероприятий среди больных с множественными хроническими неинфекционными заболеваниями в расчете на одного обследованного по данным снижения (ослабления) факторов риска

За наблюдаемый период проведения устранения (ослабления) факторов риска у ЛСТВ привело к улучшению состояния здоровья и повышению результативности деятельности участкового врача-терапевта (гериатра) по сравнению с контрольной группой.

По данным нашего исследования устранимыми оказались следующие факторы: употребление алкоголя, курение, низкая медицинская активность, низкая физическая активность, неорганизованность отдыха, редкое употребление овощей и фруктов, неограничение объема принимаемой пищи, мясных продуктов, сахаросодержащих и мучных продуктов, солений, копченостей и консервированных продуктов, несоблюдение приема лекарственных препаратов от основного заболевания, невыполнение рекомендаций врача по лечению основного заболевания, недоступность врача, нерегулярное диспансерное наблюдение, неудовлетворенность помощью, повышенный уровень холестерина, отсутствие врача-терапевта для медицинского обслуживания.

К мало устранимым были отнесены следующие неблагоприятные факторы: неполное среднее образование, семейное положение, место проживания, бессонница, масса тела, неудовлетворительные жилищные условия, доход ниже прожиточного минимума, хронические заболевания: артериальная гипертензия, ИБС, ХОБЛ, ОНМК. Неустранимыми факторами оказались следующие факторы: возраст, пол, наследственная отягощенность, социальное положение, сахарный диабет, БА, наличие черепно-мозговой травмы, хронические заболевания почек.

За трехлетний период наблюдения проведенная медико-социальная профилактика, проактивное наблюдение лиц старше трудоспособного возраста врачом-терапевтом специализированного участка, участие самих пациентов в сохранении своего здоровья, выполнение рекомендаций врача-терапевта, устранение (ослабление) факторов риска привело к улучшению состояния здоровья, повышению удовлетворенности медицинской помощью, к повышению ожидаемой продолжительности качества жизни (QVALY) (табл. 1)

Таблица 1

Показатели эффективности медико-социальной профилактики и проактивной диспансеризации у лиц старше трудоспособного возраста основной и контрольной групп на амбулаторно-поликлиническом этапе (за 2018 – 2020 гг.).

Наименование показателя	Нормированные показатели	Основная группа		Контрольная группа	
		До начала наблюдения	В конце наблюдения	До начала наблюдения	В конце наблюдения
Частота амбулаторных посещений	10,0	10,1	4,0	10,0	9,0
Частота госпитализаций	0,45	0,45	0,18	0,41	0,39
Частота вызовов бригад скорой помощи	1,7	0,95	0,63	1,0	0,85
Частота обострений хронических заболеваний	7,0	5,0	2,4	4,9	4,5
Частота МХНЗ на	4,2	3,1	3,4	3,1	4,2

одного обследованного					
А/Д – Норма	140/90	19,2%	54,8%	23,9%	32,1%
Общий холестерин – Норма	5,1 ммоль/л	6,9%	42,7%	14,9%	27,5%
Гликированный гемоглобин – Норма	7,5%	38,2%	67,3%	36,8%	41,7%
Смертность (%)		2 чел	21 чел	2 чел	34 чел
Параметры качества жизни	40,9 баллов	29,7	41,7	29,7	34,9
Ожидаемая продолжительность здоровой жизни (ОПЗЖ)	2,6	2,7	2,3	2,65	1,1
Удовлетворенность медицинской помощью	59,7%	41,9%	95,8%	42,0%	67,5%

Заключение. Таким образом, оценка реализации Пилотного проекта по совершенствованию ПМСП лицам старше трудоспособного возраста, имеющим МХНЗ путем создания специализированного участка по медицинскому обслуживанию лиц старшего возраста, разработка программы медико-социальной профилактики, проактивного наблюдения врачом, медсестрами, проведение мониторинга устранения факторов риска, позволили снизить частоту амбулаторных посещений на 60,4%, частоту госпитализации на 60%, частоту вызовов бригады скорой помощи на 33,7%, частоту обострений ХНИЗ на 52%; наблюдается нормализация А/Д на 35,6%, снижение общего холестерина до нормальной величины на 35,8%, гликированного гемоглобина на 29,1%; в целом смертность снизилась по сравнению с контрольной группой на 38,2%. Снижение ОПЗЖ в основной группе происходило медленнее по сравнению с контрольной группой на 47,6%, удовлетворенность медицинской помощью в основной группе увеличилась на 53,9%, а в контрольной группе составила лишь 25,6%.

Список литературы:

1. Галиуллин А.Н. Качество жизни лиц старше трудоспособного возраста с множественными хроническими неинфекционными заболеваниями - основной критерий их здоровья / А.Н. Галиуллин, Д.А. Галиуллин, Л.А. Юсупова, А.Р. Юсупов // Здоровье, демография, экология финно-угорских народов. – 2023. – №4. – С. 40–46.
2. Значкова Е.А. Оказание медицинской помощи людям старше 60 лет с множественными хроническими заболеваниями в Москве / Е.А. Значкова, Н.К. Гришина, С.М. Сердюковский [и др.] // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. – 2017. – №3. – С. 163–167.
3. Галиуллин А.Н. Характеристика заболеваемости лиц старше трудоспособного возраста сахарным диабетом по данным целевых профилактических медицинских осмотров / А.Н. Галиуллин, А.Р. Юсупов, Л.А. Юсупова, Д.А. Галиуллин // Инновационные научные исследования в современном мире: Сборник трудов по материалам XI Всероссийского конкурса научно-исследовательских работ. – Уфа, 2023. – С. 120–128.
4. Мадьянова В.В. Пациентоориентированная модель организации оказания медицинской помощи лицам старше трудоспособного возраста: дисс. ... докт. мед. наук: 14.02.03 / В.В Мадьянова. – Москва, 2022. – 416 с.
5. Галиуллин А.Н. Методологические подходы повышения эффективности оказания ПМСП лицам старше трудоспособного возраста с множественными хроническими неинфекционными заболеваниями / А.Н. Галиуллин, Д.А. Галиуллин, А.Р. Юсупов // Сборник статей Республиканской научно-практической конференции «Организация первичной медико-санитарной помощи населению», посвящённой 100-летию кафедры общественного здоровья и организации здравоохранения ФГБОУ ВО Казанский ГМУ Минздрава России». – 2023. – С. 44–57.

6. Киртадзе И.Д. Влияние социальных детерминант на состояние здоровья и качество жизни населения старших возрастных групп: автореф. дисс. ... канд. мед. наук / И. Д. Киртадзе. – Москва, 2014. – 24 с.

7. Коновалов О.Е. Здоровье, качество жизни и инновационные медико-профилактические технологии оказания медико-социальной помощи лицам пожилого и старческого возраста: монография / О.Е. Коновалов, Ю.В. Линниченко, М.А. Позднякова, О.С. Саурина, С.Н. Черкасов, С.О. Семисынов. – Нижний Новгород: «Издательский салон», 2023. – 185 с.

ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ И ВКЛАДА ПЕРИОДИЧЕСКИХ МЕДИЦИНСКИХ ОСМОТРОВ В РАННЕЕ ВЫЯВЛЕНИЕ СОМАТИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ

Гарипова Р.В., Берхеева З.М.

ФГБОУ ВО Казанский государственный медицинский университет
Министерства здравоохранения Российской Федерации

Актуальность. В профилактике развития профессиональных и соматических заболеваний значительная роль принадлежит качеству проведения предварительных и периодических медицинских осмотров (ПМО) работающих с вредными и опасными производственными факторами [1]. Важным инструментом в решении этой проблемы не без основания остается достаточный охват и высокое качество периодических медицинских осмотров (ПМО), проводимых врачами лечебных организаций первичного звена.

Цель исследования — оценка эффективности оказания первичной профпатологической в Республике Татарстан (РТ).

Материал и методы исследования. Анализ годовых отчетов 45 территорий РТ за 2019-2023 гг. В качестве статистических сводок использовались электронные таблицы программы MS Excel.

Результаты и их обсуждение. Ежегодно ПМО в РТ проходят около 300 тысяч работников (в 2019 г. – 297313 чел. 2020 г. – 277291, 2021 г. – 273294,

2022 г. – 316508, в 2023 г. - 307437). В 2023 г. впервые установлены хронические соматические заболевания у 32216 работников (табл.1), что составило 10,5% среди всех прошедших ПМО (2022 г. –7,9%, 2021 г. 11,5%, 2020 г. – 10,4%, 2019 г. – 11,8%). В анализируемый период чаще всего выявлялись расстройства питания и нарушения обмена веществ, среди которых чаще всего выявлялись нарушения обмена липопротеидов и другие липидемии (класс IV МКБ-10). Отдельного внимания заслуживают лабораторные отклонения от нормы в виде гипергликемии (класс XVIII МКБ-10), болезни системы кровообращения, болезни крови и кроветворных органов, а также мочеполовой системы. Отмечена тенденция к увеличению абсолютного числа впервые выявленных соматических заболеваний у работников с сохранением удельного веса в пределах 10,5 – 11,8% за исключением 2022г. (7,92%).

Таблица 1

Динамика впервые установленных соматических заболеваний по некоторым классам МКБ-10 в 2019-2023 гг.

Классы заболеваний по МКБ-10	2019 г.	2020 г.	2021 г.	2022 г.	2023 г.
Количество осмотренных работников	294 927	297 313	277 291	316 508	307 437
I. Инфекционные и паразитарные болезни	31	101	117	92	104
II. Новообразования	385	156	312	245	257
III. Болезни крови, кроветворных органов и отдельные нарушения, вовлекающие иммунный механизм	3 402	3 876	3 636	2 851	2 863
IV. Болезни эндокринной системы, расстройства питания и нарушения обмена веществ	7 954	9 015	8 580	6 727	8 739
VI. Болезни нервной системы	404	690	527	413	1 311
VII. Болезни глаза и его придаточного аппарата	2 693	676	1 352	1 060	1 072
VIII. Болезни уха и сосцевидного отростка	364	383	385	302	314
IX. Болезни системы кровообращения	8 329	4 080	6 601	5 175	7 187
X. Болезни органов дыхания	405	2 887	860	674	686

стационарном обследовании и лечении	972	0,3	957	0,3	1470	0,5	700	0,2	787	0,25
Нуждались в санаторно-курортном лечении	18909	6,4	14751	5,3	15 789	5,8	21403	6,8	20 323	6,6
Необходимо диспансерное наблюдение	47138	15,9	42339	15,3	43 435	15,9	51090	16,1	51 229	16,7

Сохраняется небольшой удельный вес работников, нуждающихся в обследовании в центре профпатологии, составляющий 0,08% в 2023 г., 0,12% в 2022 г., 0,097% в 2021 г., 0,06% в 2020 г. и 0,035% в 2019 г.

Заключение. Анализ результатов ПМО свидетельствует о сохранении высокого удельного веса впервые выявленной соматической патологии, практически у каждого десятого осмотренного работника. Чаще всего выявляются болезни системы кровообращения, расстройства питания нарушения обмена веществ. 14,4-19% лиц, прошедших ПМО, нуждаются в амбулаторном обследовании и лечении. Каждый шестой работник нуждается в диспансерном наблюдении у специалистов. Как показывает практика, работающие граждане зачастую не имеют времени и возможностей обратиться к врачу первичного звена и пройти необходимое обследование.

Обязательные ПМО являются важной составной частью медицинской профилактики неблагоприятного воздействия вредных факторов производственной среды на здоровье работающих. При выявлении медицинских противопоказаний работник направляется на экспертизу профессиональной пригодности, в рамках которой проводятся дополнительные обследования для уточнения диагноза и необходимое лечение.

Список литературы:

1. Бухтияров И.В., Кузьмина Л.П., Измерова Н.И. и др. Совершенствование механизмов выявления ранних признаков нарушения здоровья для сохранения трудового долголетия // Медицина труда и промышленная экология. – 2022. – Т. 62, № 6. – С. 377-387.

2. Приказ Минздрава России от 28.01.2021г. № 29н «Об утверждении Порядка проведения обязательных предварительных и периодических медицинских осмотров работников, предусмотренных частью четвертой статьи 213 Трудового кодекса Российской Федерации, перечня медицинских противопоказаний к осуществлению работ с вредными и (или) опасными производственными факторами, а также работам, при выполнении которых проводятся обязательные предварительные и периодические медицинские осмотры».

ВОПРОСЫ ПОДГОТОВКИ, ПЕРЕПОДГОТОВКИ КАДРОВ, ОКАЗЫВАЮЩИХ ПЕРВИЧНУЮ МЕДИКО-САНИТАРНУЮ ПОМОЩЬ

Гатиятуллина Л.Л., Халитова З.Р., Халиуллина К.Р.

ФГБОУ ВО Казанский государственный медицинский университет

Министерства здравоохранения Российской Федерации

Актуальность статьи обосновывается тем, что в эпоху информационного общества особую значимость приобретает задача формирования профессиональных компетенций высокопрофессиональных кадров, развития их способности к автономному освоению новых знаний и успешному решению нестандартных задач.

Характеризуемая проблема обусловлена постановкой **цели** – определить основные подходы к подготовке, переподготовке кадров, оказывающих первичную медико-санитарную помощь и следующих задач исследования: определить приоритетные направления, обеспечивающие высокую эффективность процесса подготовки, переподготовки кадров, а также методологических подходов и инструментов формирования профессиональных компетенций в области подготовки, переподготовки кадров, оказывающих первичную медико-санитарную помощь.

Материалы и методы исследования. Проведённый анализ обширного корпуса научной литературы, включающего диссертационные исследования,

монографические труды, научные статьи и материалы методологических конференций, а также учитывая передовой опыт высших учебных заведений [1-3; 5; 6; 8 и др.], позволяет сделать вывод о том, что современная парадигма подготовки и переподготовки кадров концентрируется преимущественно на культивировании профессиональных компетенций.

Для обеспечения высокой эффективности процесса подготовки, переподготовки кадров, оказывающих первичную медико-санитарную помощь, с целью повышения их профессиональной компетентности, представляется целесообразным сфокусировать усилия на следующих приоритетных направлениях:

1. Имплементация комплексной системы оценки уровня сформированности профессиональных компетенций.

2. Конструирование многоуровневой экосистемы организационно-педагогических, дидактических и научно-методических условий для культивирования профессиональных компетенций в сфере медико-санитарной помощи.

3. Перманентное совершенствование квалификации наставников и тренеров, ответственных за подготовку, переподготовку кадров.

В рамках нашего исследования предлагается инновационная система методологических подходов и инструментов формирования профессиональных компетенций в области подготовки, переподготовки кадров, оказывающих первичную медико-санитарную помощь.

Фундаментальным элементом профессиональных компетенций выступает целостная модель высокоэффективной деятельности специалистов данного профиля. Эта модель интегрирует способность к приобретению и креативному применению знаний в соответствующей предметной области, охватывая гуманистические ценности, фундаментальные теоретические концепции и ориентировочную основу реализации профессиональных задач. Последняя представляет собой комплексную систему понятий и методологических подходов к решению типовых задач с использованием передовых

инновационных инструментов, а также умение гибко адаптировать эти методы в зависимости от динамично меняющейся конъюнктуры медицинской отрасли.

Таким образом, в ходе подготовки или переподготовки специалист должен не только освоить предметно-специфические знания, но и развить универсальные компетенции, обусловленные применением инновационных медицинских технологий. Критически важным является развитие способности к нестандартному, творческому мышлению, которое специалист сможет эффективно интегрировать в свою практическую деятельность.

Скрупулезный анализ актуальных технологий формирования профессиональных компетенций позволяет выделить ключевые аспекты, синергетическое использование которых будет способствовать оптимизации процесса формирования профессиональных компетенций у кадров, осуществляющих свою подготовку, или переподготовку.

Когнитивно-ориентированные технологии открывают возможности для презентации предметного материала через призму потенциальных профессиональных вызовов, имплементации диалогических методов обучения, проведения интенсивных тренингов по экспертизе проектов и принятию стратегически обоснованных решений.

В контексте применения деятельностно-ориентированных технологий рекомендуется активное внедрение проектных методов и гипертекстовых структур. Также целесообразно моделировать траектории развития профессиональных навыков в различных форматах контекстного обучения и переобучения. Особую значимость приобретает интеграция организационно-деятельностных заданий игровой направленности, многоаспектных дидактических задач, а также имитационно-игрового моделирования широкого спектра технологических процессов.

Результаты и их обсуждение. В ходе нашего исследования мы провели всесторонний анализ актуальной литературы [4; 7; 9 и др.] по проблемам подготовки и переквалификации персонала. Результаты показали, что краеугольным камнем в процессе формирования профессиональных

компетенций выступает внедрение персонифицированных образовательных стратегий. По нашей оценке, наиболее действенным инструментарием в данном контексте является техника имитационного моделирования реальных ситуаций. Этот подход способствует активизации ключевых личностных характеристик, таких как самобытность, нестандартное мышление, саморегуляция, чувство долга, способность к глубокому осмыслению и самоанализу. Для реализации этой концепции мы предлагаем разработать серию креативных заданий, нацеленных на всестороннее развитие кадров, осуществляющих свою подготовку, или переподготовку.

Таким образом, специфика методологии развития профессиональных навыков, с нашей точки зрения, заключается в гармоничном сплетении личностно-смыслового, инновационного и познавательно-ориентированного аспектов, что обусловлено синергетической природой этих навыков. В плане практической реализации мы считаем необходимым развивать профессиональные компетенции до такого уровня, который позволил бы эффективно справляться как с рутинными, так и с нетривиальными задачами в области подготовки, переподготовки кадров, оказывающих первичную медико-санитарную помощь.

Заключение. Опираясь на выводы приведенных заключений, накопленный практический опыт, мы рекомендуем применять методический инструментарий, базирующийся на деятельностном подходе, который позволяет максимально эффективно использовать потенциал современной информационной экосистемы и раскрыть скрытые возможности кадров, оказывающих первичную медико-санитарную помощь и проходящих профессиональную подготовку или переподготовку.

Список литературы:

1. Андреева О.Л. Корпоративные университеты как инструмент адаптации персонала к изменениям на рынке труда: опыт российских компаний в 2021-2023 гг. / О.Л. Андреева, П.Р. Николаев // Российский журнал менеджмента. - 2023. - Т. 21, № 3. - С. 301-320.

2. Гагаринская Г.П., Калмыкова О.Ю., Камаева Е.А. Кадровый риск-менеджмент как инструмент социально-ориентированного управления персоналом промышленной организации // Исследование, систематизация, кооперация, развитие, анализ социально-экономических систем в области экономики и управления (ИСКРА-2021) / Сб. тр. IV Всерос. школы-симпозиума молодых ученых (Симферополь, 14-15 окт. 2021 г.). Симферополь: Ариал. 2021. С. 236-241.

3. Иванов, А.Б. Трансформация системы корпоративного обучения в условиях цифровизации экономики России: анализ тенденций 2021-2023 гг. / А.Б. Иванов, Е.В. Петрова // Вестник Московского университета. Серия 6: Экономика. - 2023. - № 4. - С. 45-62.

4. Магура М.И. Организация обучения персонала компании / М.И. Магура, М.Б. Курбатова. – 3-е изд., перераб. и доп. М.: Бизнес-школа «Интел-Синтез». - 2022. - 264 с.

5. Медведев, С.Ю. Государственная политика в сфере обучения и переквалификации кадров в современных условиях: результаты и перспективы (2021-2023 гг.) // Государственное управление. Электронный вестник. - 2023. - № 89 - С. 110-128

6. Сезонова О.Н. Формирование системы профессиональных компетенций персонала организации: автореф. дис. ... канд. экон. наук. Орел. 2015. - 24 с.

7. Сидорова, Н.М. Инновационные методы обучения персонала в период структурных изменений на рынке труда Российской Федерации: сравнительный анализ эффективности за 2021-2023 годы // Управление персоналом и интеллектуальными ресурсами в России. - 2023. - Т.12 - № 3. - С. 78-95.

8. Токарева Ю.А. Управление профессиональными компетенциями / Ю. А. Токарева, Е. О. Гаспарович. Екатеринбург: Изд-во Урал. ун-та, 2021.= 327 с.

9. Федоров, В.Г. Цифровые технологии в обучении персонала: анализ практик российских компаний за период 2021-2023 гг. / В.Г. Федоров, А.Н. Александрова // Информационные технологии в менеджменте (управлении): материалы III Всероссийской научно-практической конференции, Москва, 15-16 сентября 2023 г. – Москва: РЭУ им. Г.В. Плеханова, 2023. – С. 156-172.

СМЕНА НЕГАТИВНЫХ ДЕМОГРАФИЧЕСКИХ ТЕНДЕНЦИЙ ПОСЛЕДНИХ ДЕСЯТИЛЕТИЙ В РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ В БЛИЖАЙШЕЙ ПЕРСПЕКТИВЕ

Глушаков А.И.

ФГБОУ ВО «Казанский государственный медицинский университет»

Министерства здравоохранения Российской Федерации

Актуальность. В Российской Федерации (РФ) с 2006 г. реализуются мероприятия по национальному проекту «Демография», однако наложение тенденций предшествующего развития способствовало созданию негативной ситуации в демографическом развитии страны.

Целью исследования стал комментарий тенденций до 2024 г. и демографического прогноза РФ на 2025-2045 гг. [1,2]. **Материалом** послужили общий коэффициент рождаемости (ОКР), общий коэффициент смертности (ОКС) и коэффициент естественного прироста (КЕП (+)) или убыли (КЕУ (-)) населения.

Методами исследования выступили сравнительный и графический анализы.

Результаты исследования. В РФ продолжилась модернизация рождаемости, начатая ещё во времена Российской СФСР, когда с трехдетной модели семьи наша страна перешла на сначала на двухдетную и даже меньшую модели. Последствием масштабных людских потерь в годы Великой отечественной войны (ВОВ), 1941-1945 гг., стало три волны снижения численности населения и, соответственно, рождаемости: в 1960-е годы, в 1990-е

годы и в современной России уже в 2010-е годы. Наоборот, увеличение рождаемости произошло в послевоенный «беби-бум» (взрыв рождаемости) в 1950-е годы, что также повторилось через два поколения наших людей: в 1980-е и в 2000-е годы. Последний рост рождаемости произошёл в РФ в 2000-2014 гг. благодаря достаточно большой численности молодых женщин, рождённых в 1980-е годы. Однако «потенциал роста» рождаемости 2000-х годов был исчерпан и в 2015 г. Россия вступила в полосу снижения рождаемости. Рост рождаемости и её снижение среди последних трёх поколений продолжались по 14-18 лет (рис. 1).

Смертность также проходила определённую трансформацию, полуторакратное снижение с середины XIX в., но затем накладываются негативные события первой половины XX века: Первая мировая война и Гражданская война, ВОВ, голод 1921, 1932 и 1947 гг. После колоссальных потерь 1940-х годов в Российской СФСР в 1960-е годы отмечался наименьший показатель смертности, когда «по старости» умирать было некому, представителей старших возрастов было 5% населения (для сравнения сейчас их 25%). Затем началось постепенное выравнивание возрастной структуры населения, и массовое дожитие наших людей до старости обеспечило «вал смертей». Максимальное значение ОКС было в 2003 г., потом началось снижение смертности, которое прервала эпидемия новой коронавирусной инфекции Covid-19 с избыточной гибелью россиян, но через три года показатели смертности вернулись на прежние тренды (рис.2).

Результатирующим показателем ОКР и ОКС выступают КЕП(+) или КЕУ(-). В Российской СФСР естественная убыль населения отмечалась только в голод 1932 г. и в период ВОВ 1941-1945 гг. Современная Россия имела демографическую яму в 1992-2013 гг. из-за «обвала рождаемости» на фоне продолжающегося роста смертности, и после пяти лет, 2014-2017 гг., слабopоложительного естественного прироста населения наша страна снова попала в «новую демографическую яму», ставшей результатом последнего снижения рождаемости и более высокого, чем рождаемость, уровня смертности.

Год максимальной гибели от Covid-19, 2021 г., ознаменовался точкой наибольшего КЕУ(-), после которого данный показатель немного снизился (рис.3).

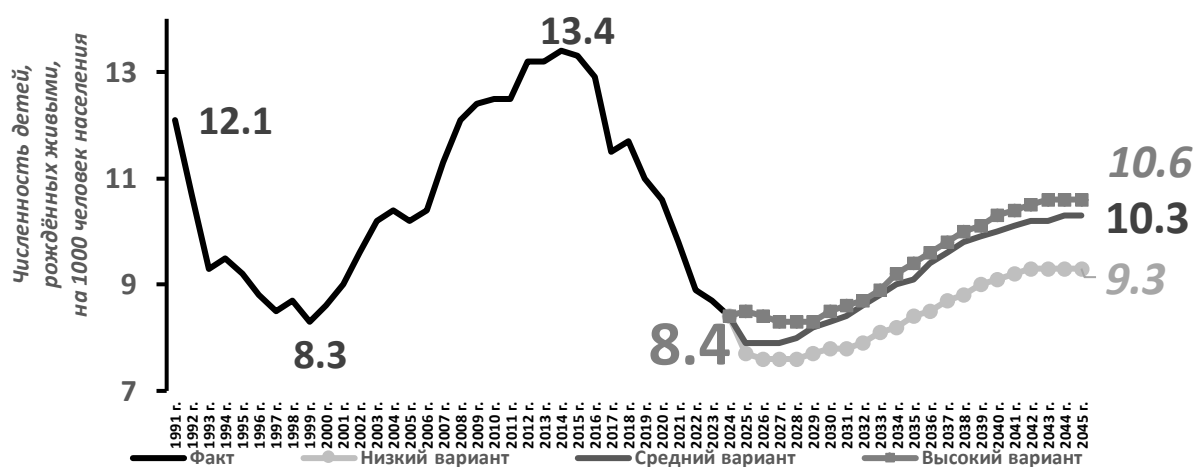


Рис 1. ОКР в РФ за 1991-2024 гг. и прогноз на 2025-2045 гг., численность детей, рождённых живыми (на 1000 человек населения)

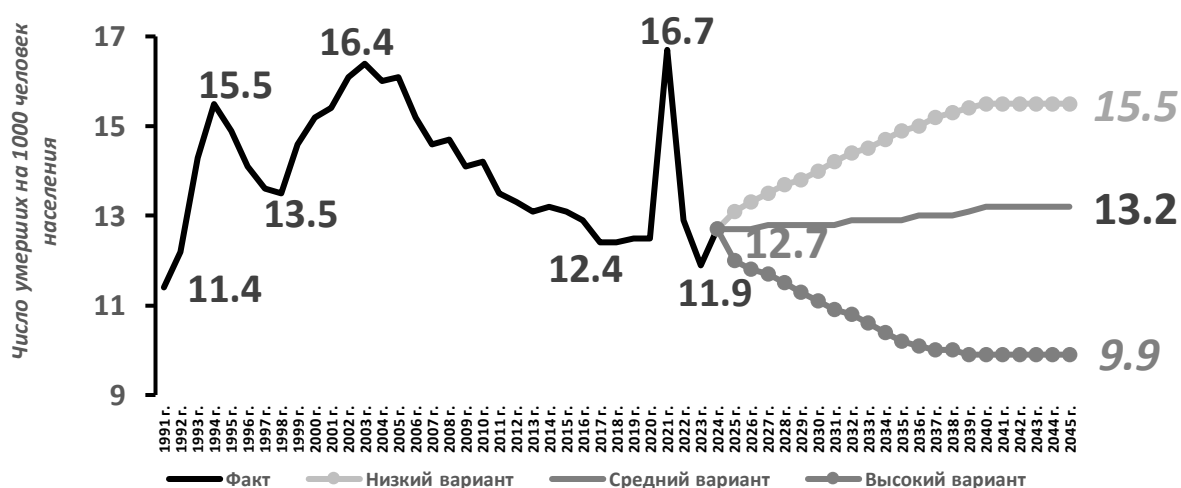


Рис 2. ОКС в РФ за 1991-2024 гг. и прогноз на 2025-2045 гг. (число умерших на 1000 человек населения)

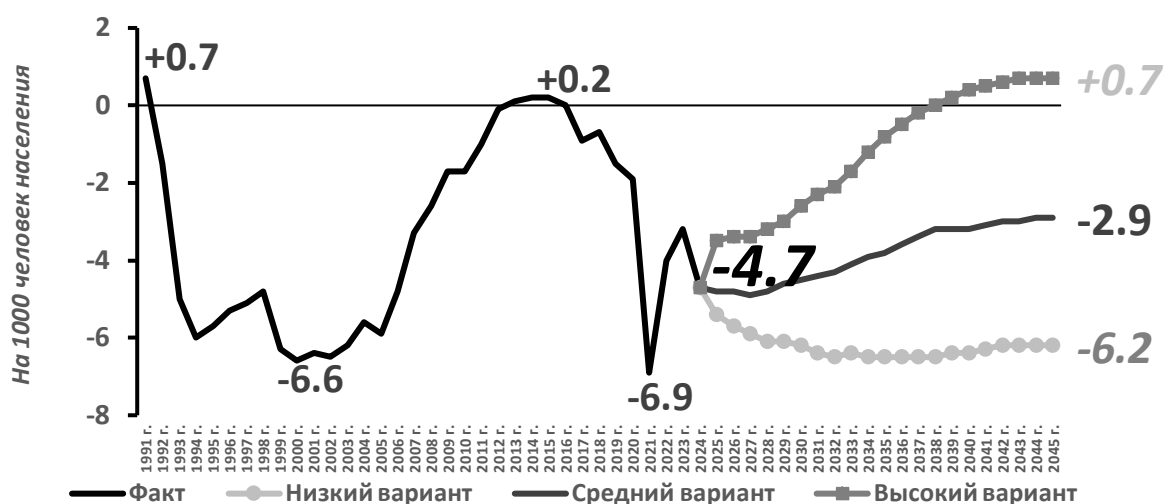


Рис. 3. КЕП (+) или КЕУ (-) в РФ за 1991-2023 гг. и прогноз на 2024-2045 гг.
(на 1000 человек населения)

Выводы:

- 1) новое увеличение рождаемости по всем трём вариантам прогноза следует ожидать через четыре года, в 2028-2029 гг.;
- 2) по двум вариантам прогноза смертности произойдет стабилизация и по одному варианту прогноза даже снижение данного показателя к середине или концу 2030-х годов;
- 3) выход из «новой демографической ямы» и начало естественного прироста населения по самому оптимистическому варианту прогноза ожидается к концу 2030-х годов.

Заключение. Пройдя через демографические события последних десятилетий, Россия сможет выйти на более благоприятное развитие. Участие государства в процессах воспроизводства населения, путём стимулирования роста рождаемости и снижения преждевременной и предотвратимой смертности поможет в преодолении отмеченных негативных тенденций.

Список литературы:

1. Демографический ежегодник России 2023: Стат. сборник / Росстат. - М., 2023. - 170 с. Электронный доступ - http://gks.ru/wps/wcm/connect/rosstat_main/rosstat/ru/statistics/publications/catalog/doc_1137674209312.
2. Демографический прогноз. Электронный доступ – <http://rosstat.gov.ru folder/12781>.

ОЦЕНКА ИЗБЫТОЧНОЙ ГИБЕЛИ ОТ COVID-19 И ЕЁ ВЛИЯНИЕ НА ЭВОЛЮЦИЮ СМЕРТНОСТИ В РОССИИ

Глушаков А.И.

ФГБОУ ВО «Казанский государственный медицинский университет»

Министерства здравоохранения Российской Федерации

Актуальность. События, свидетелями которых мы не так давно были сами, можно оценить с прошествием времени и когда уже имеются полные статистические данные. К таковым относится избыточная гибель жителей Российской Федерации (РФ) во время эпидемии новой коронавирусной инфекции (Covid-19).

Целью исследования стал комментарий смертности от Covid-19 в РФ с апреля 2020 г. по июль 2022 г. [1, 2]. **Материалом** послужили число случаев смертей и коэффициент смертности от данной инфекции. **Методами исследования** выступили сравнительный и графический анализы.

Результаты исследования. Снижение смертности, которое началось в РФ с 2003 г. [1], было прервано в 2020 г. эпидемией Covid-19, что выразилось в максимально высоком уровне смертности в 2021 г. по своей величине (16,7 промилле) даже превысившем пиковое значение 2003 г., но после этого общий коэффициент смертности (ОКС) начинает резко снижаться и в 2023 г. возвращается на прежний тренд (рис. 1).

Публикации оперативных статистических данных о случаях смерти от Covid-19 проводились Федеральной службой государственной статистики России (Росстатом) на протяжении 28 месяцев [2], когда гибель от данной инфекции впервые в РФ превысила 2 тысячи случаев (апрель 2020 г.) и до того момента, когда она упала до 2,4 тыс. случаев (июль 2022 г.). Общее количество умерших от Covid-19 по данным официальной статистики РФ за этот период составили 673 343 человека (рис. 2).

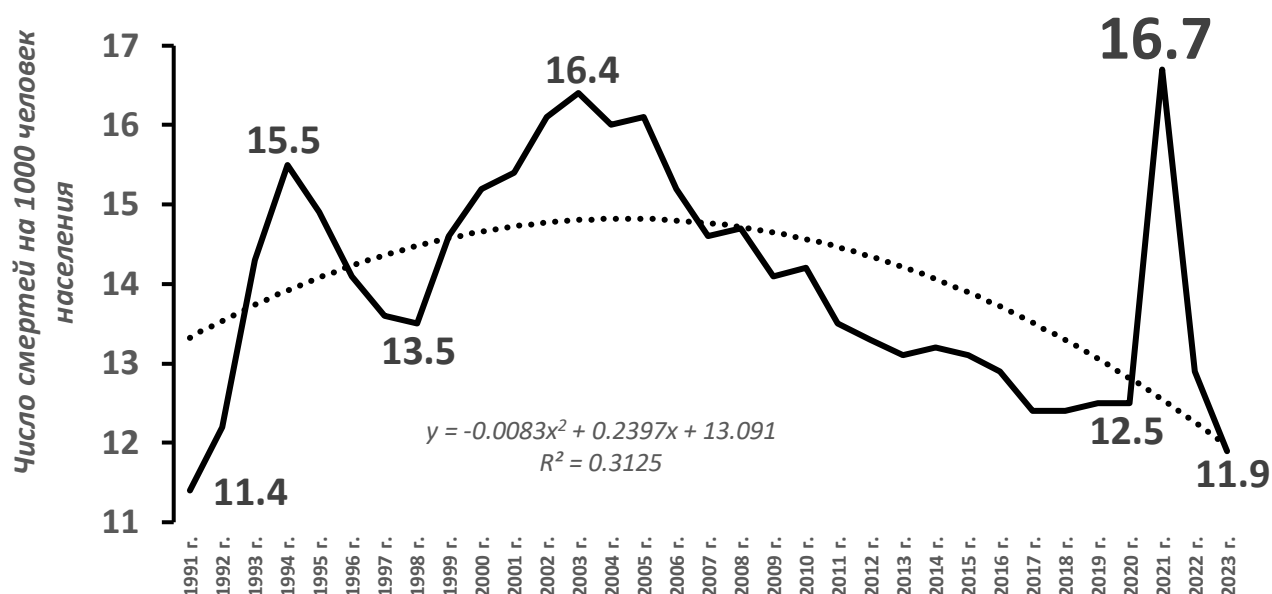


Рис. 1. ОКС в РФ за 1991-2023 гг., на 1000 человек населения*

Источник: * рассчитано по данным Росстата.

Годом максимального числа смертей от новой коронавирусной инфекции стал 2021 г., когда погибло 405 121 россиянина, за предшествующие 9 месяцев 2020 г. ушли из жизни 159 368 человек и за 7 месяцев 2022 г., когда Covid-19 пошел на спад, ещё 108 854 человека.

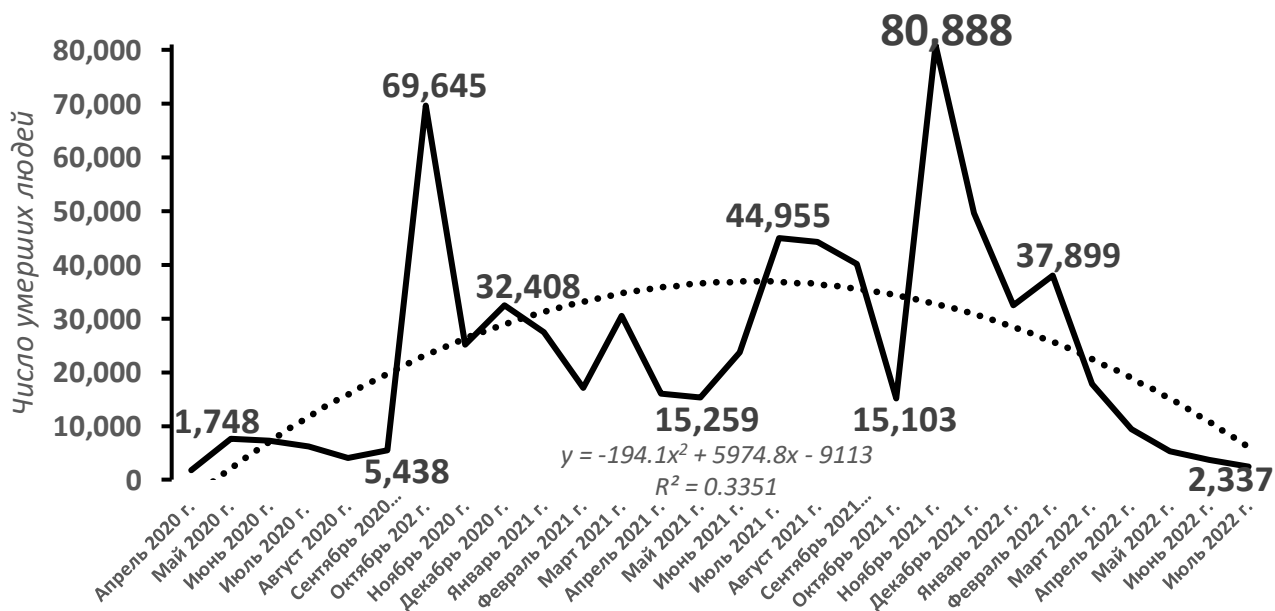


Рис. 2. Число умерших людей от Covid-19, как основной причины смерти, в РФ с апреля 2020 г. по июль 2022 г., человек*

Источник: * рассчитано по данным Росстата.

Месяцами максимального значения частоты Covid-19 на 100 тыс. человек населения были в 2020 г. – октябрь (568,6 просантимилле), в 2021 г. – ноябрь (660,4 просантимилле), а также декабрь и июль (405,7 и 367,0 просантимилле соответственно), но уже в 2022 г. после февраля (311,5 просантимилле) смертность от новой коронавирусной инфекции стала резко снижаться (Рис. 3).

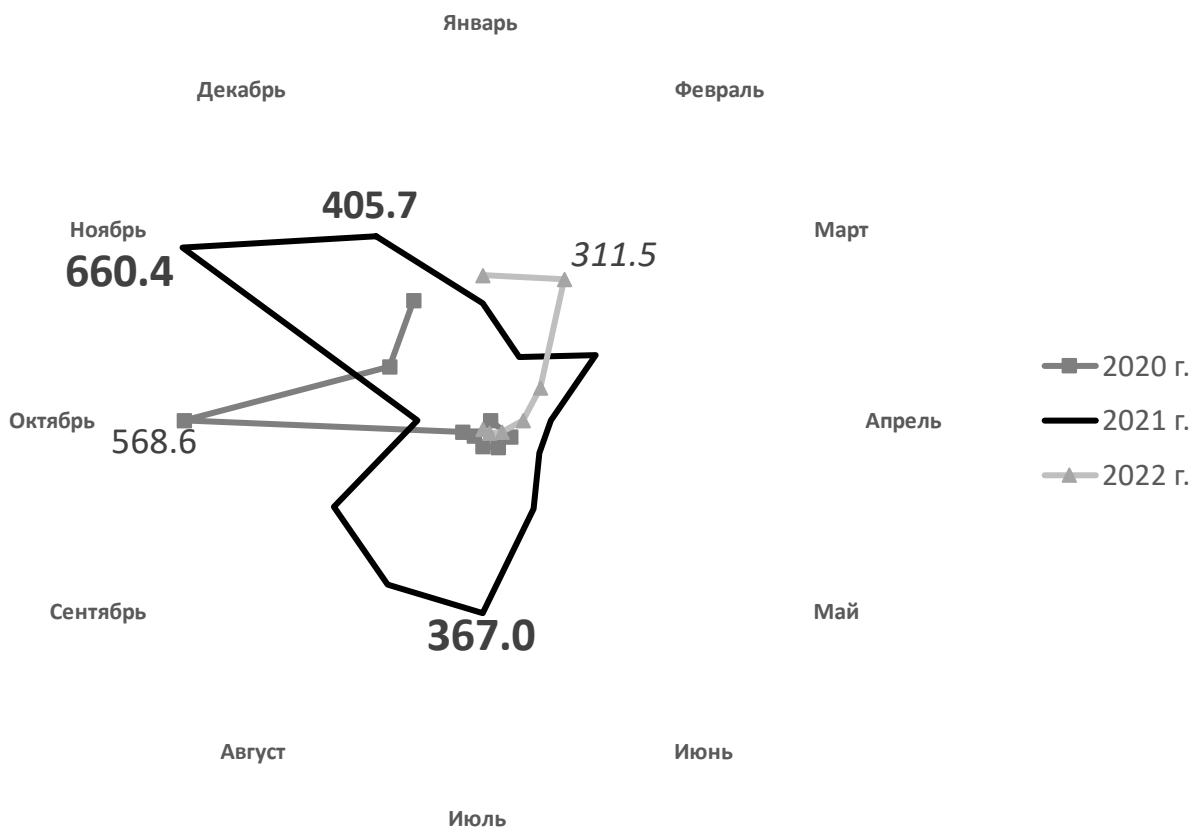


Рис. 3. Сезонные колебания коэффициента смертности от Covid-19 в РФ с апреля 2020 г. по июль 2022 г., на 100 тыс. человек населения*

Источник: * рассчитано по данным Росстата.

Избыточная возрастная смертность, по отношению к доковидному 2019 г., отмечает нарастание показателей к 60 годам жизни. Максимальный разрыв смертности для мужчин и женщин наблюдался в диапазоне 65-80 лет в 2021 г.

Ранжирование субъектов РФ по частоте смертности от Covid-19 выявило неоднородность показателей и широкий разброс территорий (рис. 4).

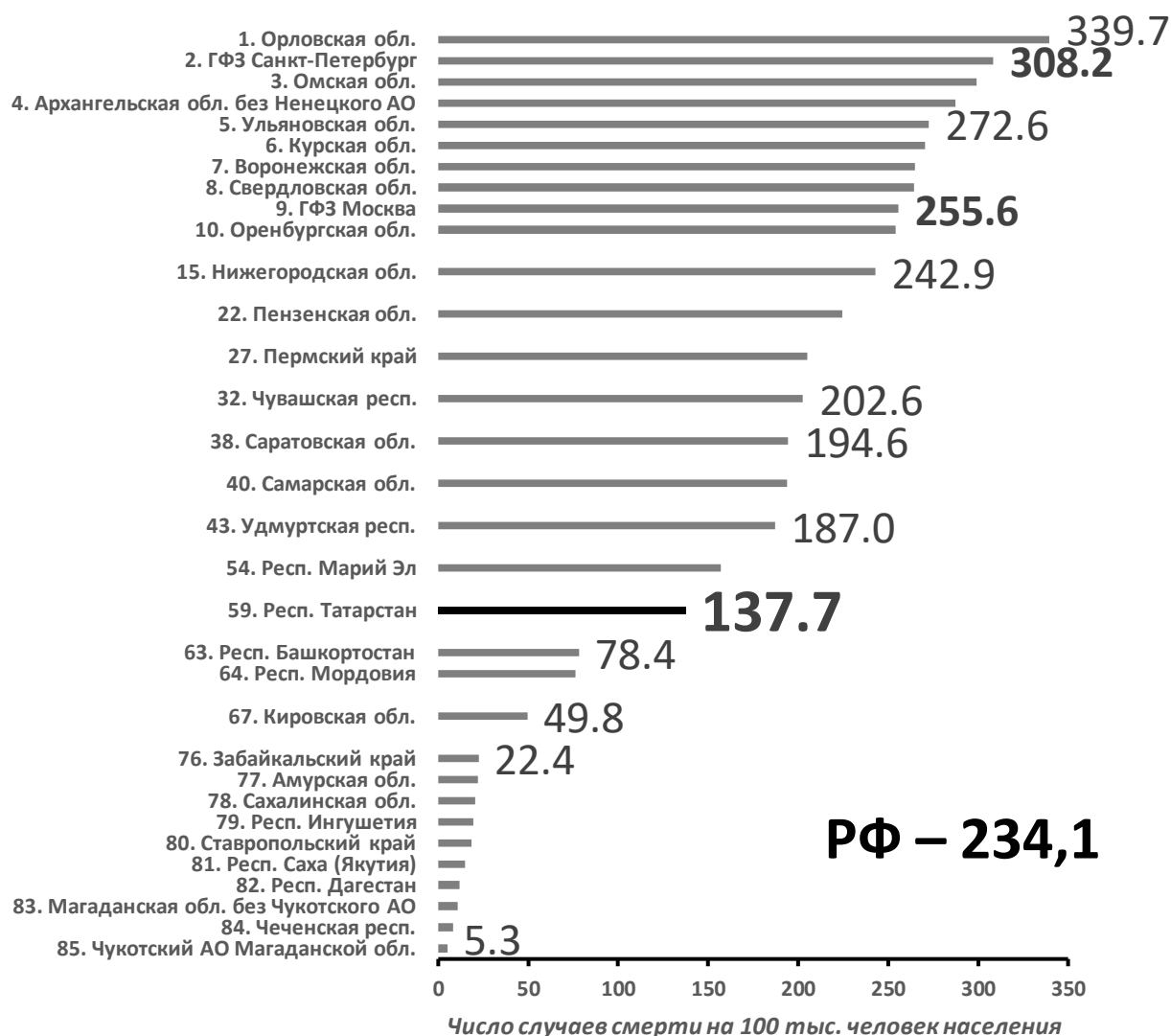


Рис. 4. Коэффициенты смертности от Covid-19, ранжированные по субъектам РФ с апреля 2020 по июль 2022 гг., на 100 тыс. человек населения

Источник: * рассчитано по данным Росстата.

Выводы:

1. После завершения эпидемии Covid-19 уровень смертности в РФ вернулся на прежний тренд снижения.

2. За 28 месяцев наблюдения (с апреля 2020 г. по июль 2022 г.) число умерших от новой коронавирусной инфекции в РФ составило 673 343 человека, где большая часть прилась на 2021 г. – 405 121 россиянина, тогда как за предшествующие 9 месяцев 2020 г. погибло 159 368 человек и за 7 месяцев 2022 г. – ещё 108 854 человека.

3. Месяцами максимального пика уровня смертности были в 2020 г. – октябрь, в 2021 г. – июль, ноябрь-декабрь, а в 2022 г. – февраль.

4. Выявлена избыточная смертность, по отношению к доковидному 2019 г., особенно у мужчин 65-80 лет в 2021 г.

5. Отмечен широкий разброс территорий РФ по уровню реакции на новую коронавирусную инфекцию.

Заключение. Covid-19 внёс определённый разлад в эволюцию смертности РФ, но через два года после данного негативного события страна возвращается на предыдущие тренды снижения смертности.

Список литературы:

1. Демографический ежегодник России 2023: Стат. сборник / Росстат. - М., 2023. - 170 с. Электронный доступ - http://gks.ru/wps/wcm/connect/rosstat_main/rosstat/ru/statistics/publications/catalog/doc_1137674209312;

2. Оперативная информация об естественном движении населения. Электронный доступ – <https://rosstat.gov.ru/storage/mediabank>.

ОЦЕНКА МНЕНИЯ МЕДИЦИНСКОГО ПЕРСОНАЛА КАК ИНСТРУМЕНТ ПОВЫШЕНИЯ КАЧЕСТВА МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ В ПЕРВИЧНОМ ЗВЕНЕ

Загруддинова А.Г.

ГАУЗ «Детская республиканская клиническая больница Министерства
здравоохранения Республики Татарстан»

Одним из факторов повышения профессионализма сотрудников и выработки приверженности к организации является удовлетворенность трудом. Измерение удовлетворенности персонала трудом позволяет определить структуру мотивации работников медицинской организации, социально-психологический климат, отношения с руководством, а также дает возможность прогнозировать стабильность и лояльность персонала [1]. Кроме того, степень

удовлетворенности условиями труда является непосредственно частой причиной текучести кадров и необходимости принятия соответствующих мер по её предотвращению и предупреждению.

Одной из главных целей Политики в области качества ГАУЗ «Детская республиканская клиническая больница Министерства здравоохранения Республики Татарстан» (далее – ГАУЗ «ДРКБ МЗ РТ») по отношению к персоналу – это «обеспечение условий для реализации потенциала и профессионального роста сотрудников, создание открытой, комфортной и безопасной внутренней среды, обеспечение ресурсами и мотивация». Изучение мнения персонала является универсальным показателем интерпретации и взаимодействия между руководством клиники и персоналом учреждения.

В ГАУЗ ДРКБ МЗ РТ с целью выявления уровня удовлетворённости медицинского персонала работой и организацией труда в учреждении и разработки рекомендаций по повышению удовлетворенности персонала профессиональной деятельностью и качества оказания медицинской помощи в подразделениях проводится мониторинг мнения медицинского персонала.

Цель мониторинга - оценка уровня удовлетворённости медицинского персонала условиями работы в клинике. Задачами опроса являются выявление факторов, действующих на степень удовлетворённости работой и на качество оказания медицинской помощи; построение внутренней системы рейтинговой оценки степени удовлетворённости медицинского персонала своей профессиональной деятельностью, условиями работы по службам и отделениям; выработки мероприятий, направленных на устранение причин несоответствий, улучшение и повышение результативности и эффективности системы менеджмента качества. В мониторинге принимают участие врачебный и медсестринский персонал клиники.

Основой для разработки и интерпретации анкеты послужила методика Т.Л. Бадоева «Диагностика структуры мотивов трудовой деятельности» [2]. Сотруднику предлагается оценить отношение к различным факторам, влияющим на удовлетворённость трудом, таким как: значимость профессии,

вид трудовой деятельности, организация труда, санитарно-гигиенические условия, размер заработной платы, возможность повышения квалификации, отношение к труду, отдыху, взаимоотношения с коллегами, потребность в общении и коллективной деятельности, потребность в реализации индивидуальных особенностей, возможность творчества в процессе работы, удовлетворенность работой в целом.

Анкетирование проводится анонимно по специально разработанной анкете в онлайн форме. Анализ данных производится с использованием программы IBM SPSS Statistics (аббревиатура англ. «Statistical Package for the Social Sciences» — «статистический пакет для общественных наук») — компьютерная программа для статистической обработки данных. При статистической обработке по каждому вопросу анкеты и в целом рассчитываются средние значения со стандартным отклонением, далее определяется общий процент удовлетворённости по изучаемым показателям. Мониторинг проводится на добровольной основе и в анонимном порядке.

Поликлиника №3 «Азино» со штатной численностью 280 сотрудников является структурным подразделением ГАУЗ «ДРКБ МЗ РТ». Поликлиника оказывает первичную медико-санитарную и первичную специализированную педиатрическую помощь прикреплённому детскому населению микрорайона «Азино» в количестве 39 841 ребенка.

В настоящее время в составе поликлиники имеются: 3 педиатрических отделения с 33 участками, консультативно-диагностическое отделение, физиотерапевтическое отделение, отделение медико-социальной помощи, отделение неотложной медицинской помощи, кабинет инфекционных заболеваний, клиническая лаборатория, кабинет медицинской статистики, стойки информации, прививочный кабинет, дневной стационар на 23 койки.

В 2024 году в рамках мониторинга было опрошено 660 сотрудников больницы (223 врача и 437 медицинских сестёр), что составляет 35% от общего количества работающего медицинского персонала в клинике. Структура выборки в 2024 году представлена на рисунке 1.

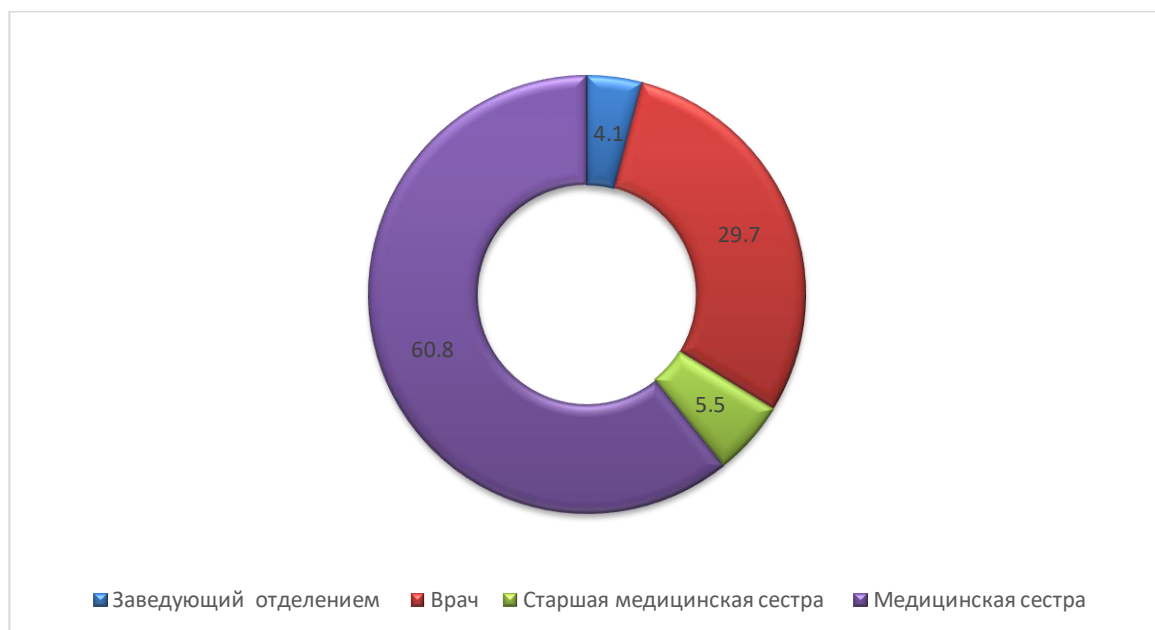


Рис. 1. Структура выборки по квалификационному признаку

Анализ полученных данных в ходе социологического мониторинга показал, что практически все опрошенные респонденты довольны своей работой в клинике (96,1% от всей выборочной совокупности). Структура ответов по показателям удовлетворённости представлена в таблице 1.

Таблица 1

Структура ответов врачей и медицинских сестёр по показателям удовлетворённости

№№	Критерии удовлетворенности трудом	Значения, в %
1	Удовлетворенность своей работой	96,1
2	Удовлетворенность режимом труда и отдыха (рабочий график, выходные, отпуск)	79
3	Удовлетворенность системой оплатой труда	68,3
4	Удовлетворенность работой в команде, взаимоотношением с коллегами	91,6
5	Удовлетворенность условиями профессионального и личного роста	86,2
6	Удовлетворенность психологическим климатом в отделении	89
7	Удовлетворенность корпоративной культурой	80
8	Удовлетворенность оснащённостью лечебной и диагностической аппаратурой	86,4
9	Удовлетворенность лекарственным обеспечением	88,2
10	Удовлетворенность обеспеченностью офисным оборудованием (компьютер, принтер, бумага)	82

11	Удовлетворенность эффективностью работы информационных систем	65
12	Удовлетворенность обеспеченностью специальной одеждой	84
13	Удовлетворенность обеспеченностью медицинским инструментарием, оборудованием, расходными материалами	87
14	Удовлетворенность преемственностью между подразделениями	95
15	Удовлетворенность в целом организацией работы медицинского учреждения	83
Итоговый показатель		88,4

Кроме этого, персоналу представлена возможность написать свои пожелания и предложения по улучшению качества условий работы. Примечательно, что практически каждый опрошенный отметил пункты для усовершенствования и выразил свое довольство работой в клинике, что является доказательством заинтересованности в поддержании и улучшении корпоративной культуры. Определяя пути и способы оптимизации условий и организации своей профессиональной деятельности, медицинский персонал предложил пересмотреть график работы с 8:30 на с 8:00, а также рассмотреть возможность перераспределения нагрузки в некоторых отделениях.

Исходя из анализа, можно отметить, что уровень удовлетворенности условиями труда в ГАУЗ «ДРКБ МЗ РТ» достаточно высок, однако были выделены некоторые показатели, на которые мы обратили более пристальное внимание и приняли меры для улучшения данного вида показателя. Отметим, что по данным удовлетворенности составляются рейтинговые показатели отделений и все предложения и пожелания респондентов доводятся в виде отчета главному врачу и руководителям подразделений. Полученные результаты мониторинга используются для разработки основных программ и положения по управлению персоналом, поскольку по результатам исследования ярко видны существующие проблемы в организации труда, мотивы и стимулы эффективной работы, социально-психологический климат в коллективе клиники.

Кроме того, полученные результаты служат для улучшения качества оказываемых медицинских услуг, с целью завоевания доверия потребителей и сохранения их лояльного отношения в будущем. Стоит отметить, что внедрение данного раздела работы позволяет соответствовать требованиям

добровольной сертификации медицинских организаций «Качество и безопасность медицинской деятельности» ФГБУ «Национальный институт качества» Росздравнадзора, а также ГОСТ ИСО Р 9001:2015, ГОСТ ИСО Р 7101-2023.

Список литературы:

1. Феоктистова А.А. Удовлетворенность трудом как фактор мотивации персонала // Экономика и социум. – 2017 - №. 1 (20). – С. 1-4.
2. Бадоев Т. Л. Динамика структуры мотивов трудовой деятельности: автореф. дис.... канд./ Т. Л. Бадоев. — Ярославль. - 1990. – 179 с.

АНАЛИЗ ВРЕМЕННЫХ РЯДОВ ОСНОВНЫХ КЛАССОВ ПЕРВИЧНОЙ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ НАСЕЛЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ ТАТАРСТАН С 2014 ПО 2023 гг.

Камалова Ф.М.

ФГБОУ ВО Казанский государственный медицинский университет
Министерства здравоохранения Российской Федерации

Актуальность. В Послании Федеральному Собранию 29 февраля 2024 года отмечено, что к 2030 году ожидаемая продолжительность жизни в России должна составить не менее 78 лет, а в дальнейшем, предстоит выйти на уровень «80 плюс».[<http://kremlin.ru/events/president/news/73585>].

Заболеваемость населения является одним из показателей, который может предопределять уровень смертности населения, а, соответственно, и продолжительность жизни [2].

В России за 2018–2021 гг. наблюдался рост общей заболеваемости на 2,6% и впервые выявленной заболеваемости на 9,4%. [3].

По мнению Савиной А.А. с соавторами за годы реализации Государственной программы «Развитие здравоохранения» с 2012 по 2018 г. показатель первичной заболеваемости в целом по стране снизился на 2%. При этом следует отметить, что в 28 субъектах РФ наблюдался рост показателя

первичной заболеваемости [4]. Причем, с 2010 до 2019гг. г. показатель первичной заболеваемости не поднимался выше значения 2009 г.[5].

Актуальность исследования изменения во времени уровней первичной заболеваемости позволяет выделить ее отличительные периоды на уровне отдельного региона

Цель исследования - провести анализ первичной заболеваемости в Республики Татарстан (РТ) за 2014 -2023гг.

Материалы и методы исследования. Для изучения отобранны материалы официальной статистической отчетности о первичной заболеваемости в Республики Татарстан (РТ) за 2014 -2023 гг. Методы исследования включали библиографический, описательная статистика, анализ динамических рядов, построение диаграмм, аналитический. В работе использован пакет прикладных программ STATISTICA 6.0 и SPSS Statistics 17.0.

Результаты и их обсуждение. В результате исследования установлено, что за десятилетний период первичная заболеваемость в РТ снизилась на 12,2%. Тренд первичной заболеваемость в РТ направлен на ее снижение (рис.1).

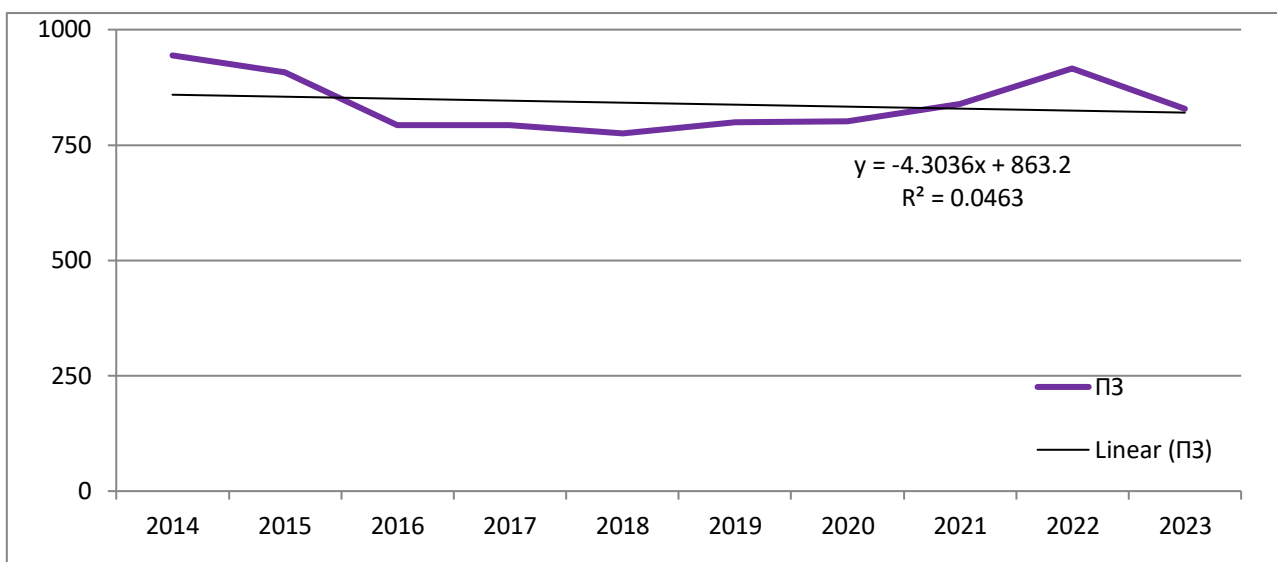


Рис.1. Динамика первичной заболеваемости в РТ за 2014-2023 гг.

Однако за рассматриваемый период тенденция первичной заболеваемости в РТ характеризовалась нестабильностью, чередуя периоды ее роста и

снижения. Так, изучение годовой динамики показало, что повышение зафиксировано в 2017 (на 0,2%), 2019 (на 3,1%), 2020 (на 0,1%), 2021 (на 4,8%), 2022 (на 9,1%) годах на фоне снижения в 2015 (на 3,9%), 2016 (на 12,7%), 2018 (на 2,4%), 2023 (на 9,4%) годах. Особо следует выделить уменьшение уровня первичной заболеваемости в 2023 году относительно 2014 года с 944,1 до 828,7 на 1000 населения.

Детальный анализ показал наличие противоположных направлений в динамике первичной заболеваемости по отдельным классам болезней (табл.1).

Таблица 1

Тренд первичной заболеваемости по отдельным классам болезней
в РТ за 2014-2023 гг.

<i>Классы болезней МКБ-10</i>	<i>Снижение</i>	<i>Классы болезней МКБ-10</i>	<i>Рост</i>
Некоторые инфекционные и паразитарные болезни	на 38,1%	Болезни эндокринной системы, расстройства питания и нарушения обмена веществ	на 26,7%
Новообразования	на 33,9%	Болезни системы кровообращения	на 39,3%
Болезни крови, кроветворных органов и отдельные нарушения, вовлекающие иммунный механизм	на 8,7%	Болезни органов дыхания	на 0,1%
Психические расстройства	на 25,6%	Врожденные аномалии (пороки развития), деформации и хромосомные нарушения	на 10,5%
Болезни нервной системы и органов чувств	на 23,7%		
Болезни органов пищеварения	на 18,5%		
Болезни кожи и подкожной клетчатки	на 27,9%		
Болезни костно-мышечной системы	на 2,4%		
Болезни мочеполовой системы	на 49,0%		
Травмы, отравления и некоторые другие	на 17,5%		

последствия воздействия внешних причин			
---	--	--	--

Следовательно, значительный рост (на 10,5% – 39,3%) регистрации случаев заболеваний с впервые в жизни установленным диагнозом установлен для классов: болезни эндокринной системы, расстройства питания и нарушения обмена веществ, болезни системы кровообращения и врожденные аномалии (пороки развития), деформации и хромосомные нарушения. Остальные классы болезней снизились на 2,4% - 49,0%. Болезни органов дыхания практически не изменились (рост на 0,1%).

Заключение. Таким образом, ретроспективный анализ первичной заболеваемости в РТ показал неоднозначные процессы, связанные как с состоянием здоровья населения, так и с оказанием первичной медико-санитарной помощи (ПМСП). Первичная заболеваемость изучается по обращаемости в амбулаторно-поликлинические организации. В нее включаются случаи заболеваний с впервые в жизни установленным диагнозом. В число зарегистрированных случаев заболеваний с диагнозом, установленным впервые в жизни, включаются каждый случай острого заболевания, который может возникать неоднократно в течение отчетного года, и случаи хронических заболеваний, установленных впервые в жизни. Следовательно, исходя из этого положения, как снижение, так и рост первичной заболеваемости в РТ, может объясняться обращением прикрепленного населения в амбулаторно-поликлинические организации по поводу заболевания, которое у пациента, как потребителя медицинской помощи, может быть установлено. В настоящее время проводить параллель со снижением первичной заболеваемости в РТ, как тенденции улучшения состояния здоровья населения и ставить вопрос об отсутствии потребности обращения за первичной медико-санитарной помощью нецелесообразно, особенно в связи с ее профилактической направленностью, проведения диспансеризации, необходимости ежегодного профилактического осмотра каждого жителя страны. Исследованные закономерности первичной

заболеваемости в РТ являются основой для принятия правильных управленческих решений.

Список литературы:

1. Послание Президента Федеральному Собранию
<http://kremlin.ru/events/president/news/73585>
2. Камалова Ф.М., Камалов З.Г. Динамика первичной заболеваемости населения в малочисленных районах Республики Татарстан Профилактическая медицина 2020. Вызовы времени: Сборник научных трудов Всероссийского форума с международным участием, посвященного 150-летию кафедры общей гигиены ФГБОУ ВО Казанский ГМУ Минздрава России, 4 декабря 2020 г. / Под общ. ред. д.м.н., проф. А.В. Шулаева. – Казань: Отечество, 2020. – 284 с.
3. Чигрина В.П. Анализ динамики заболеваемости населения Российской Федерации с учётом факторов, влияющих на доступность первичной медико-санитарной помощи / В.П. Чигрина, О.В. Ходакова, Д.С. Тюфилин Д.С. и др. // Здравоохранение Российской Федерации. - 2023 – № 4 – С. 275-283.
4. Савина А.А. Динамика показателей первичной заболеваемости взрослого населения Российской Федерации в период реализации государственных программ / А.А. Савина, С.И. Фейгинова, И.М. Сон, Д.Ш. Вайсман // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. – 2021. - № 1. – С. 52—58.
5. Савина А.А. Тенденции первичной заболеваемости взрослого населения Российской Федерации / А.А. Савина, С.И. Фейгинова, И.М. Сон, Д.Ш. Вайсман // Менеджер здравоохранения. - 2021. - №2. - С.45 -52.

СТРУКТУРА ПЕРВИЧНОЙ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ НАСЕЛЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ ТАТАРСТАН В 2014 И В 2023 гг.

Камалова Ф.М.

ФГБОУ ВО Казанский государственный медицинский университет
Министерства здравоохранения Российской Федерации

Актуальность. Национальный проект «Продолжительная и активная жизнь» продолжит работу, начатую 5 лет назад национальными проектами «Здравоохранение» и «Демография», которые завершаются в 2024 году [1].

Заболеваемость населения, являясь ведущим критерием общественного здоровья, обусловлена результатом взаимодействия целого ряда факторов, при этом выявить приоритетный часто представляется невозможным [2, 3].

Статистический анализ показал, что основные причины первичной заболеваемости (ПЗ) по ПФО и России совпадают. В отдельных субъектах ПФО выявлены выраженные региональные особенности в структуре нозологических причин ПЗ [4].

Актуальность выявления региональных особенностей состава первичной заболеваемости служит основой для выполнения национальных задач по улучшению общественного здоровья.

Цель исследования: провести сравнительный анализ структуры первичной заболеваемости в Республики Татарстан (РТ) за два периода времени (2014 и 2023 гг.).

Материалы и методы исследования. Для изучения отобраны материалы официальной статистической отчетности о первичной заболеваемости в Республики Татарстан (РТ) в 2014 и 2023 годах. Для детального изучения выбраны показатели первичной заболеваемости в РТ по классам болезней МКБ-10. Методы исследования включали библиографический, описательная статистика, ранжирование показателей, построение диаграмм, сравнительный, аналитический. В работе использован пакет прикладных программ STATISTICA 6.0 и SPSS Statistics 17.0.

Результаты и их обсуждение. В результате исследования установлено, что удельный вес классов болезней в структуре первичной заболеваемости различается (рис.1)

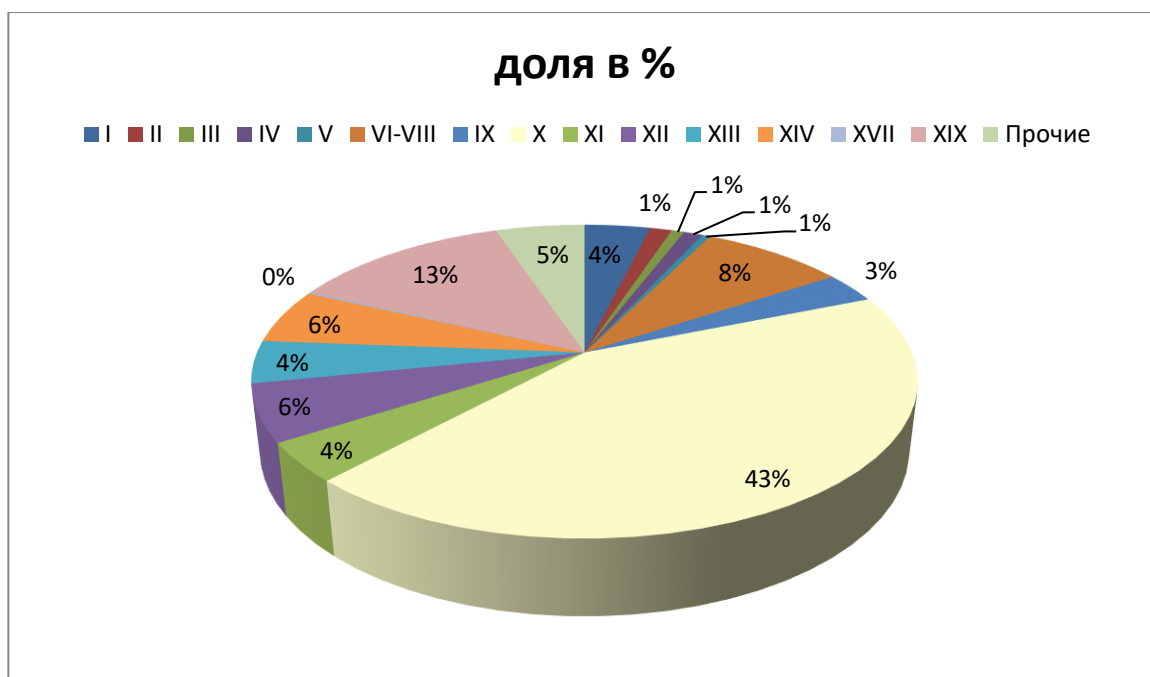


Рис.1. Доля классов болезней МКБ-Х в структуре первичной заболеваемости населения РТ в 2014 году

Как показывают данные, в 2014 году 43,0% случаев обращений по поводу впервые в жизни установленного случая заболевания, связаны с болезнями органов дыхания. Далее по убыванию идут травмы, отравления и некоторые другие последствия воздействия внешних причин (12,8%), болезни нервной системы и органов чувств (8,3%), болезни кожи и подкожной клетчатки (5,9%), болезни мочеполовой системы (5,7%), болезни костно-мышечной системы (4,4%), болезни органов пищеварения (4,1%), некоторые инфекционные и паразитарные болезни (3,8%), болезни системы кровообращения (3,2%), новообразования (1,3%), болезни эндокринной системы, расстройства питания и нарушения обмена веществ (1,1%), болезни крови, кроветворных органов и отдельные нарушения, вовлекающие иммунный механизм (0,73%), психические расстройства (0,73%), врожденные аномалии (пороки развития), деформации и хромосомные нарушения (0,2%).

Однако если удельный вес классов болезней МКБ-Х в структуре первичной заболеваемости населения РТ в 2023 году также отличается, но изменился вклад и распределение в ранговом порядке (рис.2).

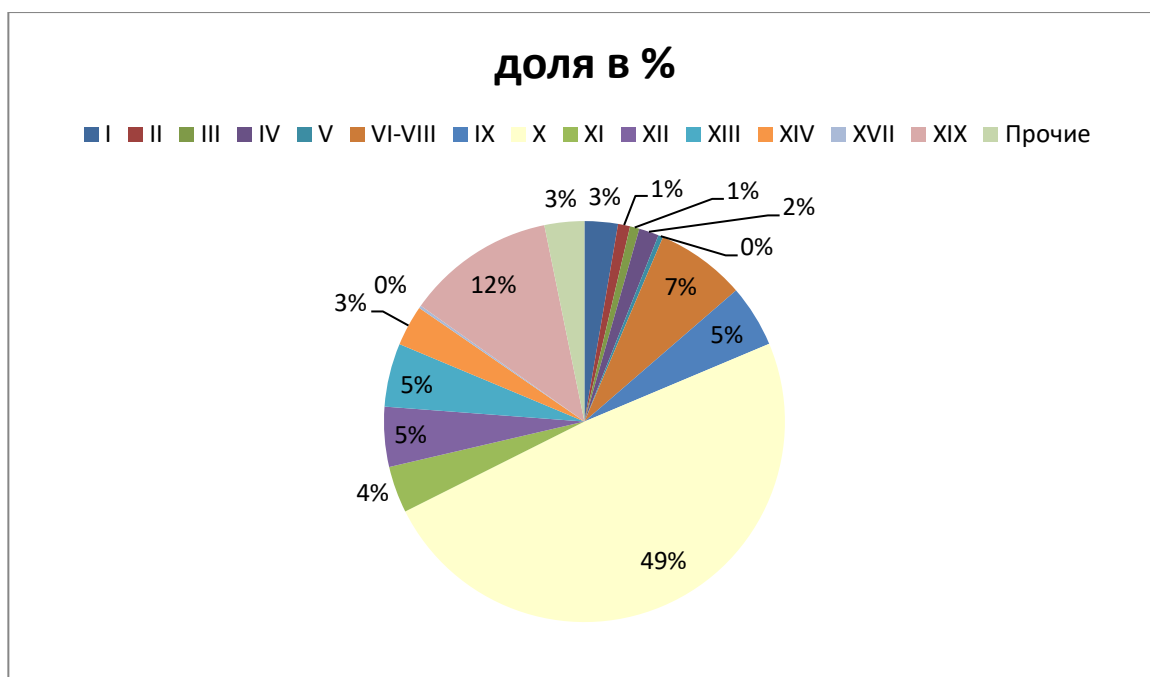


Рис.2. Доля классов болезней МКБ-Х в структуре первичной заболеваемости населения РТ в 2023 году

Как показывают данные, в 2023 году 48,9% случаев обращений по поводу впервые в жизни установленного случая заболевания, связаны с болезнями органов дыхания. Далее по убыванию идут травмы, отравления и некоторые другие последствия воздействия внешних причин (12,0%), болезни нервной системы и органов чувств (7,2%), болезни костно-мышечной системы (5,1%), болезни системы кровообращения (5,0%), болезни кожи и подкожной клетчатки (5,8%), болезни органов пищеварения (3,8%), болезни мочеполовой системы (3,3%), некоторые инфекционные и паразитарные болезни (2,7%), болезни эндокринной системы, расстройства питания и нарушения обмена веществ (1,6%), новообразования (0,97%), болезни крови, кроветворных органов и отдельные нарушения, вовлекающие иммунный механизм (0,76%), психические расстройства (0,39%), врожденные аномалии (пороки развития), деформации и хромосомные нарушения (0,21%).

Следовательно, вклад долей классов болезней МКБ-Х, их ранговое значение неоднозначны как в годовом анализе, так и при сопоставлении между годами (рис.3).

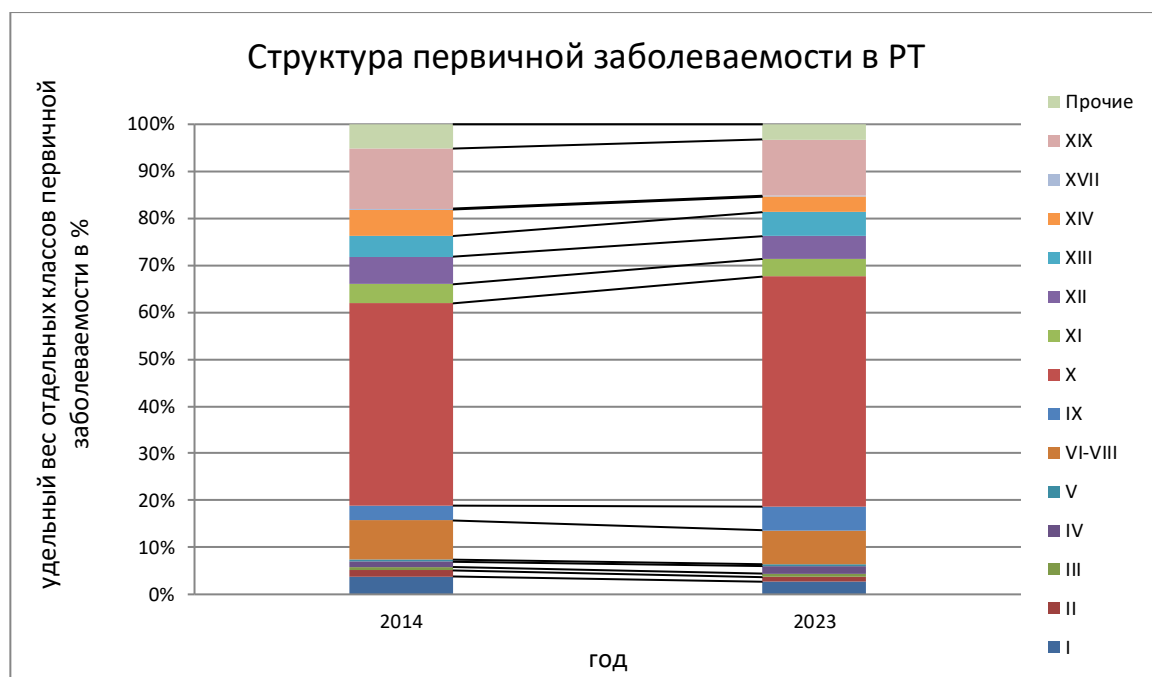


Рис.3. Сравнительная характеристика классов болезней МКБ-X в структуре первичной заболеваемости населения РТ в 2014 и 2023 гг.

Изучение данных рисунка 3 показало, что произошло перераспределение классов болезней в структуре первичной заболеваемости населения РТ в 2014 и 2023 гг. Так, болезни органов дыхания являются доминирующими по обращаемости в амбулаторно-поликлинические организации в оба периода сравнения. Также за десять лет не изменились ранговые места для следующих классов болезней: травмы, отравления и некоторые другие последствия воздействия внешних причин (второе) болезни нервной системы и органов чувств (третье), болезни органов пищеварения (седьмое), болезни крови, кроветворных органов и отдельные нарушения, вовлекающие иммунный механизм (двенадцатое), психические расстройства, врожденные аномалии (пороки развития) (тринадцатое), деформации и хромосомные нарушения (четырнадцатое).

Вместе с тем, болезни системы кровообращения переместились с девятого на пятый ранг, болезни костно-мышечной системы – с шестого на четвертый ранг, болезни эндокринной системы, расстройства питания и нарушения обмена веществ с одиннадцатого на десятый ранг, в то время как

болезни мочеполовой системы подвинулись с пятого на восьмой ранг, болезни кожи и подкожной клетчатки – с четвертого на шестой ранг, новообразования – с десятого на одиннадцатый ранг, некоторые инфекционные и паразитарные болезни – с восьмого на девятый ранг.

Следовательно, исследование структуры первичной заболеваемости населения РТ за десятилетний интервал времени показала изменения в приоритетах обращения населения по поводу различных заболеваний, а также возможностях оказания медицинской помощи в амбулаторных условиях. Во-первых, это может быть связано как с модификацией состояния здоровья населения, во-вторых, - с трансформацией оказания первичной медико-санитарной помощи. Характеристика распределения болезней в составе первичной заболеваемости населения РТ имеет как позитивный, так и негативный аспект. Для достижения целевых уровней ожидаемой продолжительности жизни необходимо целенаправленно использовать аналитическую информацию в управлении здоровьем населения.

Список литературы:

1. В 2025 году стартуют новые нацпроекты, цель которых - здоровая и долгая жизнь <https://rg.ru/2024/10/07/put-k-sebe.htm>
2. Камалова Ф.М. Сравнительный анализ стандартизованных показателей общей заболеваемости сельского населения // Здоровье человека в XXII веке. Качество жизни. XIV Всероссийская научно-практическая конференция с международным участием: Сборник научных статей. Казань, 17-18 марта 2022 г. /Под общей редакцией профессора Ксембаева С.С. – Казань: ИД «МеДДоК», 2022. – 652 с.
3. Марцев А.А. Комплексный анализ первичной заболеваемости и оценка риска здоровью детей на региональном уровне / А.А.Марцев // Здоровье населения и среда обитания. - 2023. - № 12. - С. 46 – 53.
4. Малых О.Л., Газимова В.Г., Цепилова Т.М., Дистанова А.А. О первичной заболеваемости взрослого населения трудоспособного возраста Приволжского федерального округа / О.Л. Малых, В.Г. Газимова, Т.П.

Цепилова, А.А. Дистанова // Здоровоохранение Российской Федерации. – 2024 № 2. - С. 162-169.

**СОПОСТАВЛЕНИЕ ТРЕНДОВ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ
АМБУЛАТОРНО-ПОЛИКЛИНИЧЕСКИХ ОРГАНИЗАЦИЙ
РЕСПУБЛИКИ ТАТАРСТАН ЗА ДЕСЯТИЛЕТНИЙ ПЕРИОД
(2014 – 2023 гг.)**

Камалова Ф.М.

ФГБОУ ВО Казанский государственный медицинский университет
Министерства здравоохранения Российской Федерации

Актуальность. Федеральный проект «Модернизация первичного звена здравоохранения» является одним из 11 проектов Национального проекта «Продолжительная и активная жизнь», его реализация начнётся 1 января 2025 года и будет рассчитана до 2030 года [1].

В течение последних лет в Российской Федерации происходит непрерывное реформирование системы здравоохранения. Реализация национальных проектов «Здоровье» (2006 г.) и «Здравоохранение» (2019 г.), государственной программы «Развитие здравоохранения» (2012 г.) с Программой модернизации здравоохранения (2011–2013 гг.), направленных на совершенствование системы здравоохранения, нашли свое отражение в уровнях заболеваемости взрослого населения [2].

Заболеваемость по обращаемости в Российской Федерации на протяжении рассматриваемого периода имеет тенденцию к росту и является интегральным показателем доступности медицинской помощи и выявляемости заболеваний, находящимся в прямой зависимости от таких факторов, как обеспеченность врачами первичного звена, мощность медицинской организации, среднее число посещений к врачам (с профилактическими целями и по поводу заболеваний) [3,4].

Изучение доступности первичной медико-санитарной помощи, как фактора обращаемости населения в амбулаторно-поликлинические организации по поводу заболеваний, имеет первостепенное значение для улучшения общественного здоровья.

Цель исследования - провести анализ ряд показателей деятельности амбулаторно-поликлинических организаций в Республики Татарстан (РТ) за 2014 -2023гг.

Материалы и методы исследования. Для изучения отобранны материалы официальной статистической отчётности Республики Татарстан о числе посещений к средним медицинским работникам (СМР) фельдшерско-акушерских пунктов (ФАП) на одного сельского жителя, числе посещений у врачей амбулаторно-поликлинического приема на одного жителя, числе пролеченных больных в дневных стационарах, средней длительности пребывания в дневных стационарах, обеспеченности врачами терапевтами участковыми на 10000 населения, обеспеченности врачами общей практики на 10000 населения в динамике за 2014 - 2023гг. Методы исследования включали библиографический, описательная статистика, анализ динамических рядов, построение диаграмм, сравнительный, аналитический. В работе использован пакет прикладных программ STATISTICA 6.0 и SPSS Statistics 17.0.

Результаты и их обсуждение. В результате исследования установлен разнонаправленные и неоднозначные тенденции показателей за 2014 -2023 гг. (рис. 1 - 6).

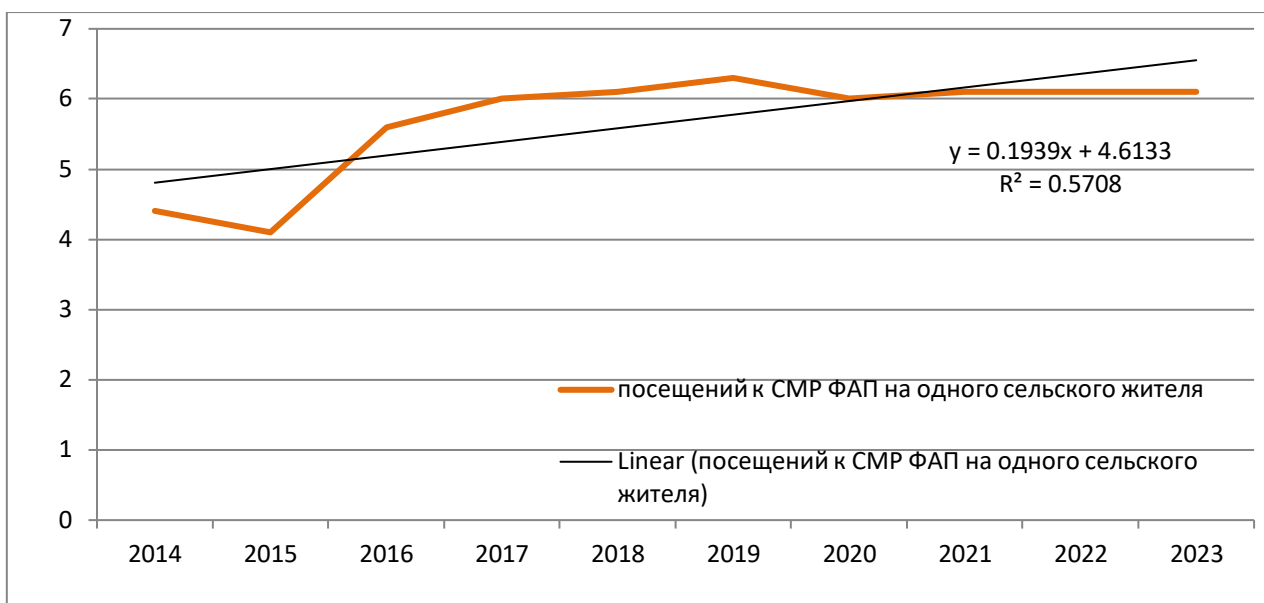


Рис.1. Число посещений к СМР ФАП на одного сельского жителя в РТ за 2014-2023 гг.

За десятилетие число посещений к СМР ФАП на одного сельского жителя увеличилось на 38,6%. Тренд данного показателя показывает ежегодный прирост на 0,1939 посещения.

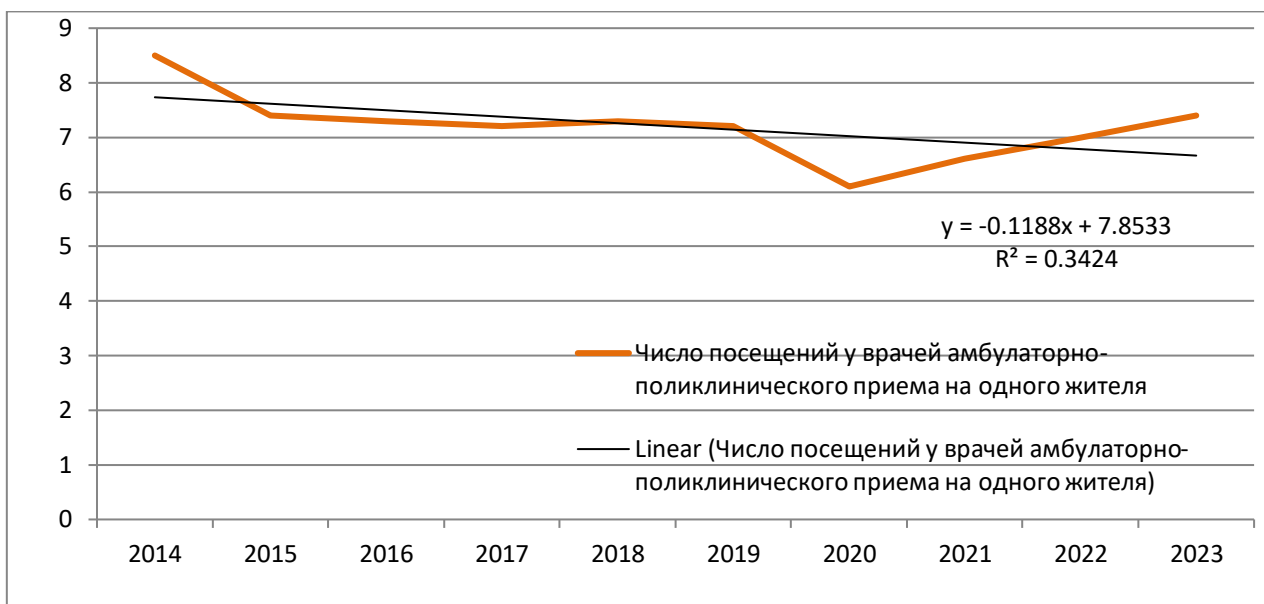


Рис. 2. Число посещений у врачей амбулаторно-поликлинического приема на одного жителя в РТ за 2014-2023 гг.

В то время как, за рассматриваемый период число посещений у врачей амбулаторно-поликлинического приема на одного жителя уменьшилось на

12,9%. Тренд данного показателя показывает ежегодную убыль на 0,1188 посещения.

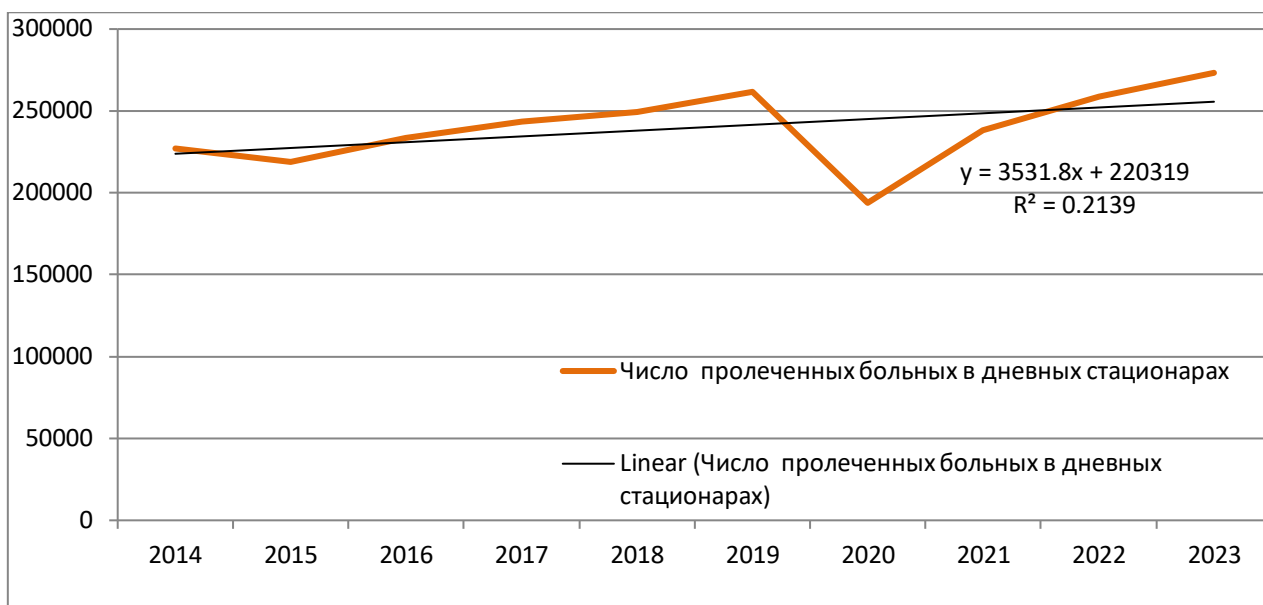


Рис. 3. Число пролеченных больных в дневных стационарах в РТ за 2014-2023 гг.

Число пролеченных больных в дневных стационарах увеличилось на 20,4%. Тренд данного показателя показывает ежегодный прирост на 3531,8 человек.

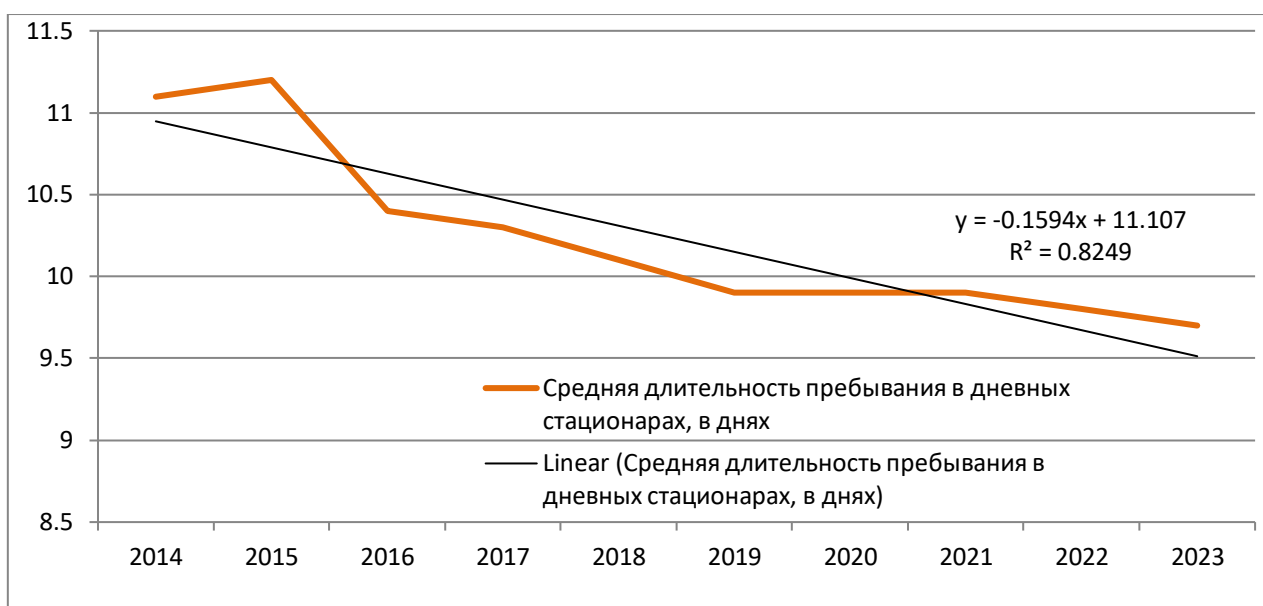


Рис. 4. Средняя длительность пребывания в дневных стационарах, в днях в РТ за 2014-2023 гг.

Средняя длительность пребывания в дневных стационарах уменьшилась на 12,6%. Тренд данного показателя показывает ежегодную убыль на 0,1594 дня.

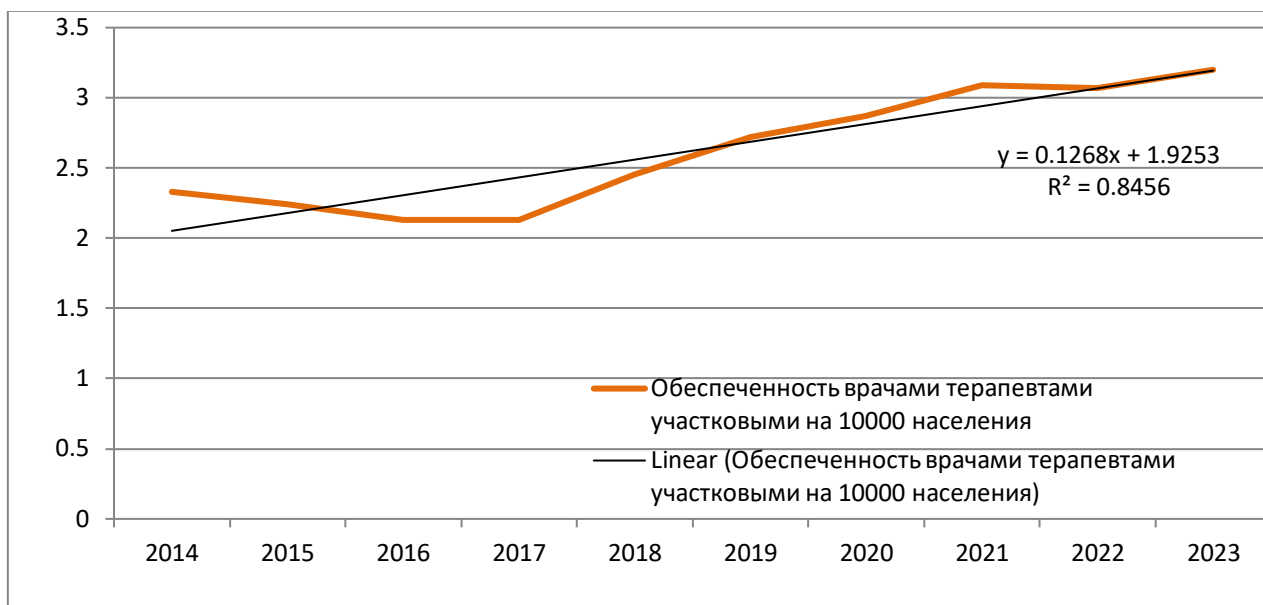


Рис. 5. Обеспеченность врачами терапевтами участковыми на 10000 населения в РТ за 2014-2023 гг.

Обеспеченность врачами терапевтами участковыми на 10000 населения увеличилась на 37,3%. Тренд данного показателя показывает ежегодный прирост на 0,1268 врачей терапевтов участковых на 10000 населения

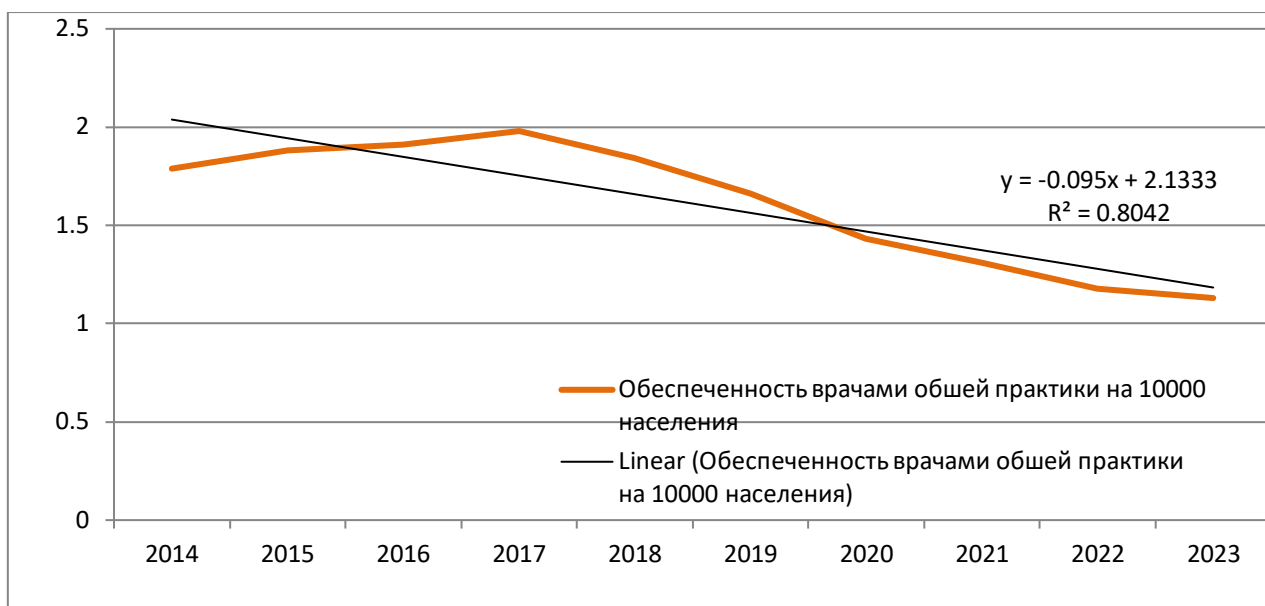


Рис. 6. Обеспеченность врачами общей практики на 10000 населения в РТ за 2014-2023 гг.

Обеспеченность врачами общей практики на 10000 населения уменьшилась на 36,9%. Тренд данного показателя показывает ежегодную убыль на 0,095 врачей общей практики на 10000 населения.

За десятилетний интервал времени рост числа посещений к СМР ФАП на одного сельского жителя обусловлен их увеличением в 2016 - 2019 гг. и в 2021 году. Снижение числа посещений у врачей амбулаторно-поликлинического приема на одного жителя связано с их уменьшением в 2015 - 2017 гг. и в 2019 – 2020 гг. Увеличение числа пролеченных больных в дневных стационарах определяется их ростом в 2016 – 2019 гг. и 2021 – 2023 гг. обеспеченность врачами терапевтами участковыми на 10000 населения Уменьшение средней длительности пребывания в дневных стационарах наблюдалось, начиная с 2016 года. Обеспеченность врачами терапевтами участковыми на 10000 населения выросла за счет ее увеличения в 2018 - 2021 гг. Обеспеченность врачами общей практики на 10000 населения снижалась, начиная с 2017 года.

Заключение. Таким образом, определены показатели деятельности амбулаторно-поликлинических организаций в Республики Татарстан (РТ) за

2014 - 2023 гг., для которых прогнозируется рост, в частности: числа посещений к СМР ФАП на одного сельского жителя, числа пролеченных больных в дневных стационарах, обеспеченности врачами терапевтами участковыми на 10000 населения и, наоборот, снижение: числа посещений у врачей амбулаторно-поликлинического приема на одного жителя, средней длительности пребывания в дневных стационарах, обеспеченности врачами общей практики на 10000 населения.

Следовательно, снижение числа посещений у врачей амбулаторно-поликлинического приема на одного жителя на фоне роста числа посещений к СМР ФАП на одного сельского жителя, увеличение числа пролеченных больных в дневных стационарах на фоне уменьшения средней длительности пребывания в дневных стационарах указывает на необходимость целенаправленного исследования этих процессов в деятельности амбулаторно-поликлинических организаций для определения приоритетов в управлении ресурсным обеспечением системы здравоохранения.

Список литературы:

1. Российское общество «знание»
https://znanierussia.ru/articles/%D0%9D%D0%B0%D1%86%D0%B8%D0%BE%D0%BD%D0%B0%D0%BB%D1%8C%D0%BD%D1%8B%D0%B9_%D0%BF%D1%80%D0%BE%D0%B5%D0%BA%D1%82_%C2%AB%D0%9F%D1%80%D0%BE%D0%B4%D0%BE%D0%BB%D0%B6%D0%B8%D1%82%D0%B5%D0%BB%D1%8C%D0%BD%D0%B0%D1%8F_%D0%B8_%D0%B0%D0%BA%D1%82%D0%B8%D0%B2%D0%BD%D0%B0%D1%8F_%D0%B6%D0%B8%D0%B7%D0%BD%D1%8C%C2%BB
2. Улумбекова Г.Э. Здравоохранение России: итоги деятельности 2012–2016 гг. / Г.Э. Улумбекова // Вестник ВШОУЗ. – 2017. - № 1. – С 22.
3. Чигрина В.П. Анализ динамики заболеваемости населения Российской Федерации с учётом факторов, влияющих на доступность первичной медико-санитарной помощи / В.П. Чигрина, О.В. Ходакова, Д.С. Тюфилин Д.С. и др. // Здравоохранение Российской Федерации. – 2023. - № 4. – С. 275 – 283.

4. Kamalova F.M. Analysis of territorial and age features of morbidity and availability of medical care / F.M. Kamalova, O.V. Sharapova, L.I. Gerasimova et al. // Archivos Venezolanos de Farmacologia y Terapeutica. - 2022. - № 8. – P. 748 – 752.

ОЦЕНКА УДОВЛЕТВОРЁННОСТИ НАСЕЛЕНИЯ КАЧЕСТВОМ СТОМАТОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ В УСЛОВИЯХ МЕГАПОЛИСА

Кашапова А.И., Якимова Ю.Ю, Галиуллин А.Н.

ФБОУ ВО «Казанский (Приволжский) федеральный университет»,

Институт фундаментальной медицины и биологии

Актуальность. Одной из важнейших задач государства является сохранение здоровья населения [5,8]. В связи с этим в нашей стране разрабатываются и внедряются новые технологии и методы и методики лечения и профилактики различных заболеваний, в том числе стоматологических [9].

Распространенность и интенсивность стоматологических заболеваний в настоящее время достаточно высоки. Например, распространенность кариеса зубов и его осложнений достигает 95% [4].

В нашей стране городские жители в среднем обращаются за стоматологической помощью 3,2 раза в год, в то время как сельские жители — 2,2 раза. Стоматология занимает второе место по частоте обращений за медицинской помощью, уступая лишь терапевтическим услугам [1].

С каждым годом увеличивается спрос населения на стоматологические услуги [2]. В связи с этим растет требовательность к стоматологическим учреждениям на получение качественной стоматологической помощи. В то же время неудовлетворенность населения качеством стоматологической помощи не снижается [3].

Частота осложнений при лечении кариеса варьируется от 5 до 55%. Среди них неполная и неоднородная obturация корневых каналов наблюдается в 38% случаев, выведение пломбировочного материала за верхушку корня зуба — в

16%, перфорация корня — в 8%, а неоправданный выбор протеза фиксируется в 15% случаев [3]. Все эти проблемы вызывают неудовлетворенность населения качеством стоматологической помощи.

На качество стоматологических услуг оказывают влияние различные негативные факторы, среди которых: дефекты в медицинском обслуживании, недостаточная квалификация врачей, нехватка качественного и исправного оборудования в медицинских учреждениях, отсутствие необходимого программного обеспечения, неудовлетворительные санитарно-гигиенические условия и другие аспекты.

В изученной нами литературе отсутствуют сведения о влиянии тяжести течения стоматологических заболеваний и наличия их осложнений на удовлетворенность населения качеством оказания стоматологической помощи. Поэтому нами было принято решение изучить влияние этих факторов на удовлетворенность населения стоматологической помощью.

Цель исследования. Изучить удовлетворенность населения качеством стоматологической помощи в зависимости от степени тяжести клинического течения стоматологических заболеваний.

В ходе исследования были поставлены такие задачи, как изучение стоматологических заболеваний и их осложнений, влияние сложности заболевания на удовлетворенность населения качеством оказания стоматологической помощи, формирование рекомендаций по повышению качества оказания стоматологической помощи населению с учетом влияния тяжести клинического течения стоматологических заболеваний.

Материал и методы. В соответствии с приказом МЗ РФ №787н «Об утверждении показателей, характеризующих общие критерии оценки качества оказания услуг медицинскими организациями» от 28.11.2014г. нами была составлена «Карта изучения удовлетворенности населения качеством оказания стоматологической помощи». Карта состояла из 42 вопросов и их градаций.

Социологический опрос населения о влиянии тяжести клинического течения стоматологических заболеваний на удовлетворенность качеством

стоматологической помощи проводился на базе Медико-санитарной части КФУ. Используя методы механического отбора, мы опросили каждого пятого человека, обратившегося за медицинской стоматологической помощью. Проанкетировано 260 человек в возрасте от 25 до 80 лет. Полученные данные подверглись статистической обработке. Было изучено наличие связи между тяжестью клинического течения стоматологических заболеваний и удовлетворенностью населения качеством стоматологической помощи.

Результаты и их обсуждение. Из 260 респондентов в возрасте от 25 до 30 лет составило 59 человек, 31 – 35 лет – 28, 36-40 лет – 40, 41-45 – 34, 46-50 лет – 8, 51-55 лет – 20, 56-60 лет – 39, 61-65 лет – 18, 66 лет и старше – 4. Мужчины составили 39%, женщины – 61%.

Проведенное исследование показало, что 22% опрошенных не были удовлетворены качеством стоматологической помощи при обращении по поводу кариеса зубов, 41% - по поводу пульпита, 30% - по поводу периодонтита, 29% - по поводу гингивита, 50% пациентов, обратившихся по поводу съемного протезирования и 58% пациентов с заболеваниями височно-нижнечелюстного сустава (рис. 1).

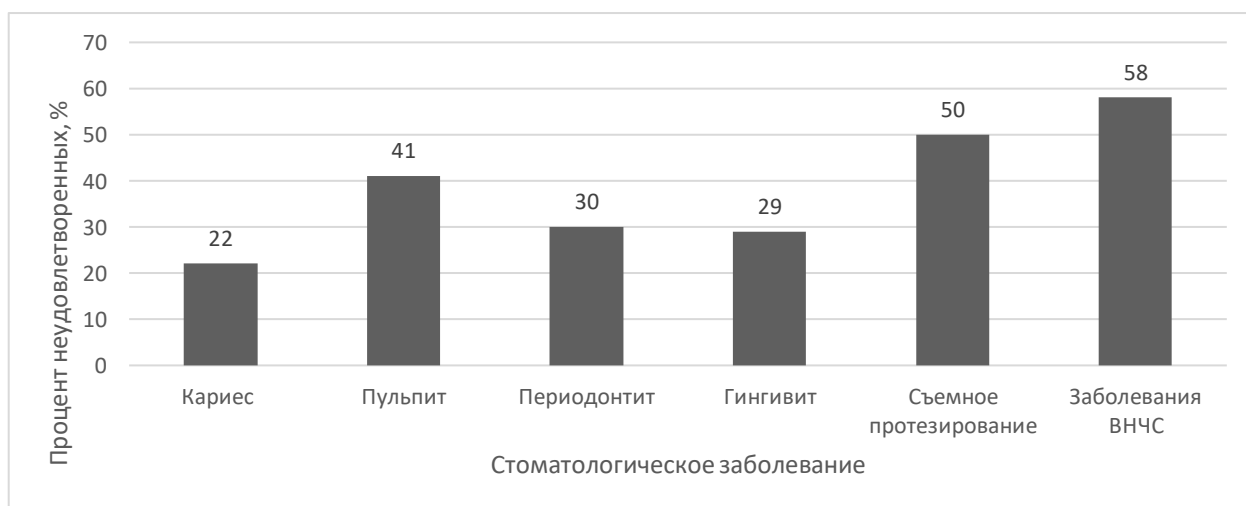


Рис.1. Уровень неудовлетворенности населения стоматологической помощью в зависимости от нозологии болезни

Изучение неудовлетворенности населения стоматологической помощью в зависимости от возраста и нозологии болезни показало, что наиболее высокие

показатели неудовлетворенности населения выявлены при заболеваниях височно-нижнечелюстных суставов и в возрасте 31 – 40 лет и составляет 42,0%, в возрасте 41 – 50 лет – 36% и при пульпитах в возрасте 31 – 40 лет – 36%. Наименьшие показатели неудовлетворенности населения стоматологической помощью зафиксировано при периодонтите в возрасте 61 года и старше – 1%, при гингивитах в возрасте до 30 лет – 2% и при кариесе в возрасте 51 – 60 лет – 6% (рис. 2).

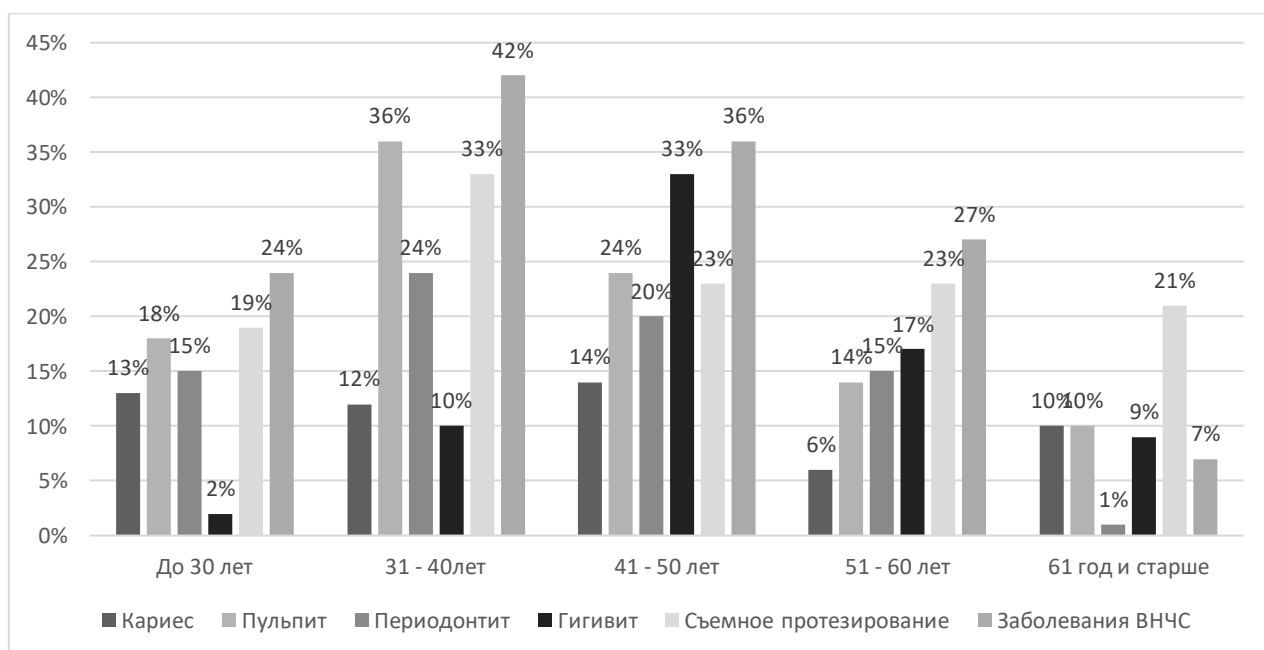


Рис. 2. Неудовлетворенность стоматологической помощью в зависимости от возраста и нозологии болезни

Изучение неудовлетворенности населения стоматологической помощью в зависимости от пола показало, что наиболее высокие показатели неудовлетворенности выявлены у мужчин, обратившихся за лечением пульпита – 63% и у мужчин, лечивших гингивит – 56%. Наименьшие показатели неудовлетворенности стоматологической помощью выявлены у женщин с пульпитом – 37% и у женщин с гингивитом – 44% (рис. 3).

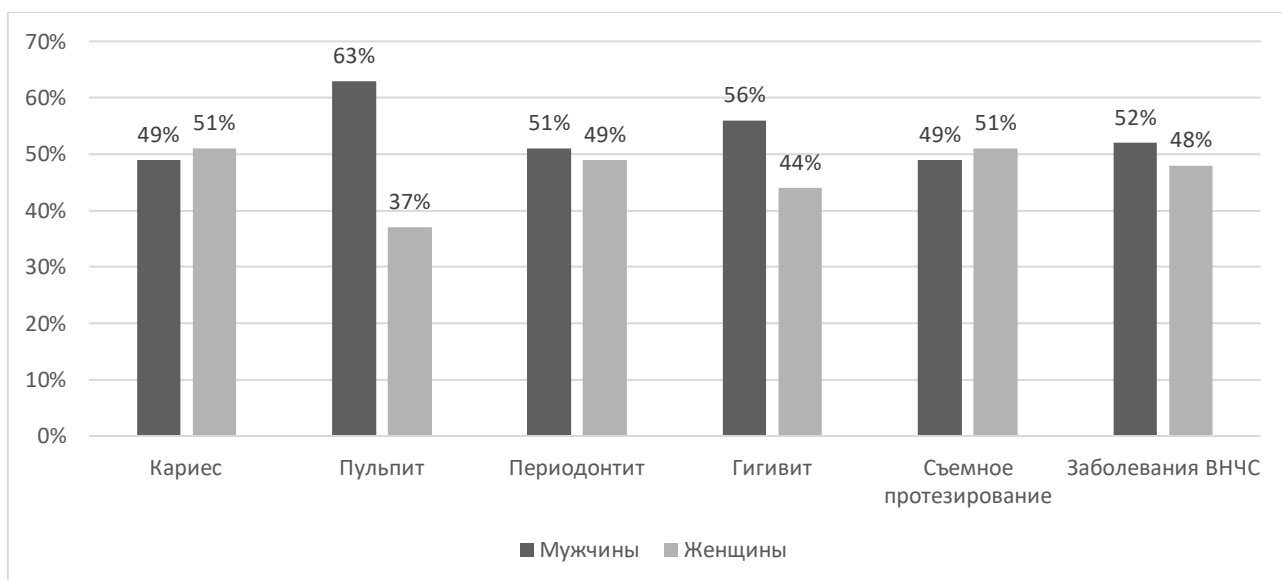


Рис. 3. Неудовлетворенность стоматологической помощью в зависимости от пола и нозологии болезни

Заключение. Таким образом, можно сделать вывод о том, что неудовлетворенность населения стоматологической помощью зависит от сложности течения стоматологических заболеваний. С увеличением возраста пациентов растет и неудовлетворенность стоматологической помощью. Количество мужчин и женщин, недовольных стоматологической помощью в среднем не отличается.

Изучение удовлетворенности населения оказанными медицинскими услугами играет ключевую роль в повышении качества медицинской помощи. Регулярные анкетирования и анализ отзывов пациентов помогают выявлять проблемные зоны, определять потребности и предпочтения пациентов, а также развивать более эффективные методы обслуживания населения. Это позволяет улучшить не только качество медицинских услуг, но и укрепить доверие между пациентами и медицинскими работниками. Медицинская стоматологическая помощь не исключение. Анализ удовлетворенности населения полученной стоматологической помощью позволяет повысить качество стоматологической помощи путем введения необходимых изменений и внедрения новых технологий.

Список литературы:

1. Учебное пособие по общественному здоровью и здравоохранению: учебное пособие для студентов, обучающихся по специальности: 040400 – Стоматология / Здравоохранение. Медицинские науки. – Москва: Академкнига, 2008. – 499 с.
2. Авксентьев Н.А. Прогноз расходов на здравоохранение в России до 2030 года / Н.А. Авксентьев // Финансовый журнал. – 2017. - №1. – С. 63 – 76.
3. Терапевтическая стоматология: учебник / О.О. Янушевич, Ю.М. Максимовский, Л.Н. Максимовская, Л.Ю. Орехова. – 3-е изд., перераб. и доп. – Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2016. – 760 с.
4. Вульфес Х. Стоматолог и пациент / Х. Вульфес // International school BEGO, Germany, 2015. – С. 169 – 188.
5. Викторов В.Н. Анализ эффективности оптимизации системы оказания стоматологической помощи населению на уровне городского округа / В.Н. Викторов, Р.С. Матвеев // Врач-аспирант. – 2013. – Т.58, №3. – С. 31-36.
6. Губайдуллина А.Р. Организация взаимодействия органов государственной власти в управлении здравоохранением: основные проблемы / А.Р. Губайдуллина // Наука через призму времени. – 2018. - №1. – С. 221-224.
7. Назаров В.С. Российское здравоохранение: проблемы и перспективы / В.С. Назаров // Финансовый журнал. – 2017. - №4. – С. 9-23.
8. Налоева Л.Б. Состояние здоровья населения как важнейшая задача социального государства / Л.Б. Налоева // Коммуникология. Электронный научный журнал. – 2018. - №1. – С. 6-12.
9. Гайдаров Г.М. Эффективность системы управленческого учета и отчетности в медицинской организации при оказании стоматологической помощи населению / Г.М. Гайдаров, Е.А. Ломакина, Н.Ю. Алексеева // Acta. Biomedica. Scientifica. – 2018. - №1. – С. 99-104.
10. Аветисян А.К. Неудовлетворенные стоматологические потребности как проблема общественного здравоохранения / А.К. Аветисян // Psychology,

sports, science and medicine сборник статей международной научной конференции. Санкт-Петербург - 2023. – С. 5 – 7.

**ДИНАМИКА ПОКАЗАТЕЛЕЙ ОБРАЩАЕМОСТИ
В НЕГОСУДАРСТВЕННУЮ КОММЕРЧЕСКУЮ МЕДИЦИНСКУЮ
ОРГАНИЗАЦИЮ, ОКАЗЫВАЮЩУЮ АМБУЛАТОРНО-
ПОЛИКЛИНИЧЕСКУЮ ПОМОЩЬ ДЕТСКОМУ НАСЕЛЕНИЮ**

Мирхайдарова Л.Р.

ФГБОУ ВО «Казанский государственный медицинский университет»

Министерства здравоохранения Российской Федерации

ООО «Ситилаб»

Для развития экономического и социального потенциала государства приоритетной задачей, стоящей перед отечественным здравоохранением, было и остается сохранение здоровья населения. Достичь этого можно только путем предоставления качественной медицинской помощи при координации работы государственной, муниципальной и частной систем здравоохранения [1, 2, 3]. Платные услуги, являющиеся дополнением к гарантированному объему бесплатной медицинской помощи, обеспечивают население медицинскими услугами в условиях высокого уровня сервиса в более комфортной обстановке, без необходимости длительного ожидания диагностических процедур или приема врача [2]. Однако, если в 2000 – 2014 годы отмечалось достоверное увеличение объема платных медицинских услуг в системе первичной медико-санитарной помощи, что было обусловлено периодом экономического подъема и увеличение платежеспособного спроса населения, в том числе и на медицинские услуги, то в последние годы наблюдается перераспределение обращений [2, 3]. Устоявшееся в середине – конце 2000-х годов мнение в отношении негосударственных коммерческих медицинских центров, что «в основе их деятельности лежит коммерческий маркетинг и главной целью их деятельности является максимизация прибыли», в начале 20-ых годов

претерпевают изменения, и в политике управления частных компаний текущие финансовые показатели для учреждения становятся менее важными, чем имидж и долговременный положительный исход лечения [4, 5]. Обращаемость за медицинской помощью – это один из ключевых показателей эффективности деятельности медицинских организаций, поэтому проведение и анализ показателей обращаемости является необходимым для управления и функционирования медицинских организаций всех форм собственности. Применяемые в последние годы принципы менеджмента и маркетинга показали свою эффективность на начальном этапе реструктуризации медицинской помощи, но до сегодняшнего времени остается ряд вопросов, требующих дополнительных ресурсов для повышения качества работы медицинских организаций [1].

Целью работы являлось проанализировать показатели обращаемости в негосударственную коммерческую медицинскую организацию, оказывающую амбулаторно-поликлиническую помощь детскому населению.

Материал и методы исследования. Для реализации поставленной цели была проанализирована динамика и структура числа первичных и повторных обращений в ООО «Ситилаб-малыш» (лицензия ЛО-16-01-007049 от 27.07.2018 г. (серия ЛО-01 № 0032843): оказание первичной врачебной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по: неотложной медицинской помощи, организации здравоохранения и общественному здоровью, эпидемиологии; педиатрии; при оказании первичной специализированной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по: аллергологии и иммунологии; детской кардиологии; детской эндокринологии; оториноларингологии (за исключением кохлеарной имплантации); проведение медицинских осмотров, медицинских освидетельствований и медицинских экспертиз – экспертиза временной нетрудоспособности; экспертиза качества медицинской помощи) в доковидный период.

Результаты исследования. С момента открытия количество обращений в ООО «Ситилаб-Малыш» достоверно выросло ($y=71,8x+523,3; R^2=0,8$) в 2,6 раз за 9 лет (рис.1).

Сравнительный анализ соотношения доли первичных и повторных посещений не выявил статистически значимого увеличения за весь анализируемый период – они находились в соотношении $69,4\% \pm 3,18$ [$64,58\% - 73,01\%$]: $306\% \pm 3,18$ [$26,99\% - 35,42\%$] соответственно (рис. 2).

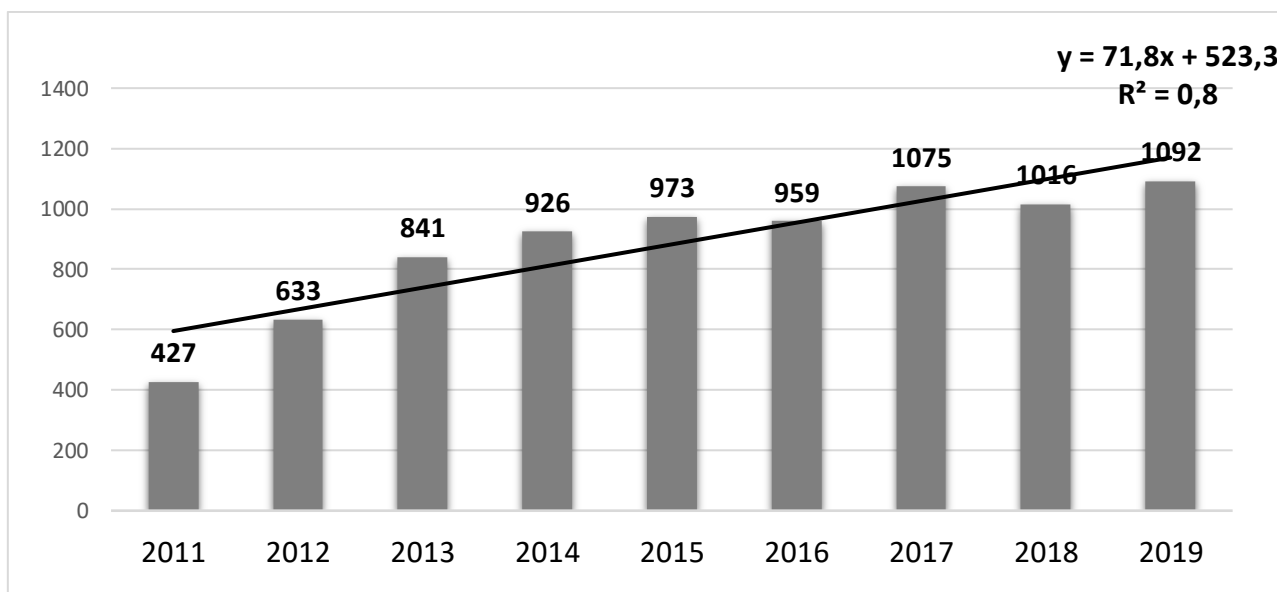


Рис. 1. Динамика количества обращений в ООО «Ситилаб Малыш» (2011-2019 гг.)

При анализе распределения первичных и повторных обращений к специалистам различных специальностей в негосударственную коммерческую медицинскую организацию ООО «Ситилаб Малыш» (среднеголетние данные 2011-2019 гг.). было установлено, что наибольший удельный вес как первичных, так и повторных обращений приходится на педиатра ($65,46\%$ и $59,52\%$ соответственно).

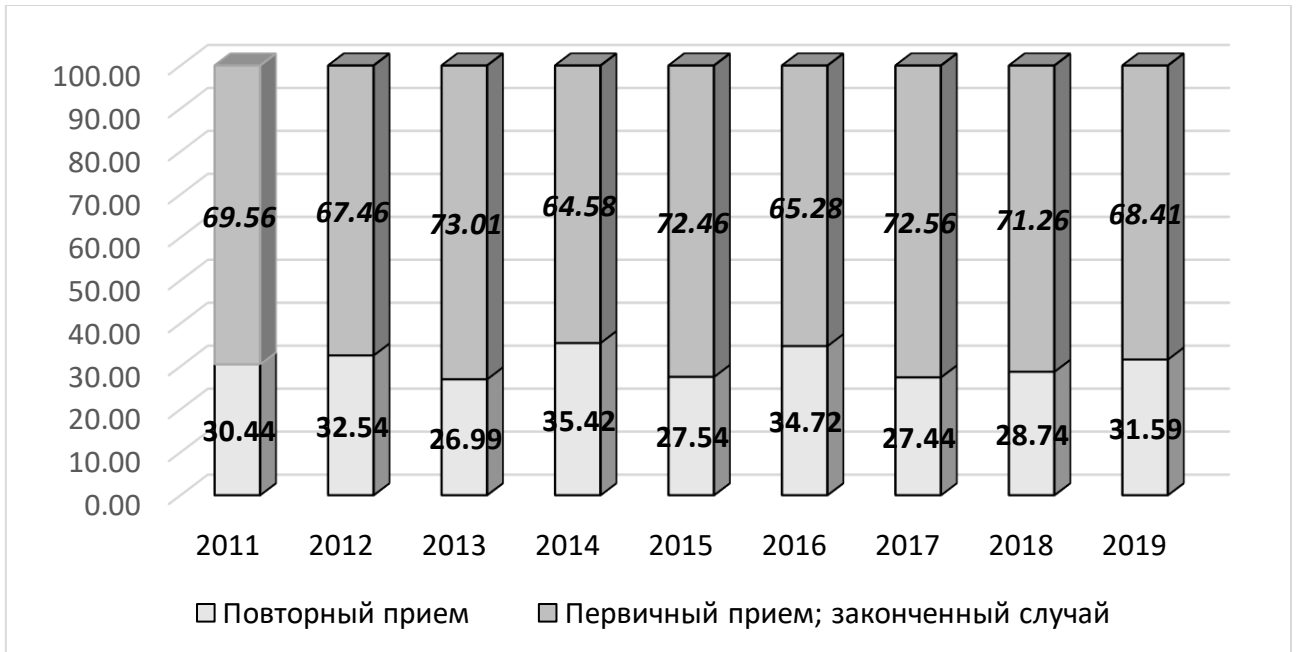


Рис 2. Распределение удельного веса первичных и повторных обращений в ООО «Ситилаб Малыш» (2011-2019 гг.).

Анализ распределения доли специализированной медицинской помощи показал, что удельный вес пациентов, обращающихся повторно несколько выше, чем при первичном приёме (рис.3). Так, у врача-отоларинголога на долю первичных обращений приходится 27,63%, а удельный вес повторных составляет 32,71; распределение посещений у детского кардиолога: 4,45% первично-обратившихся и 4,88% повторно обратившихся пациентов; у аллерголога: 2,46% и 2,9% соответственно.

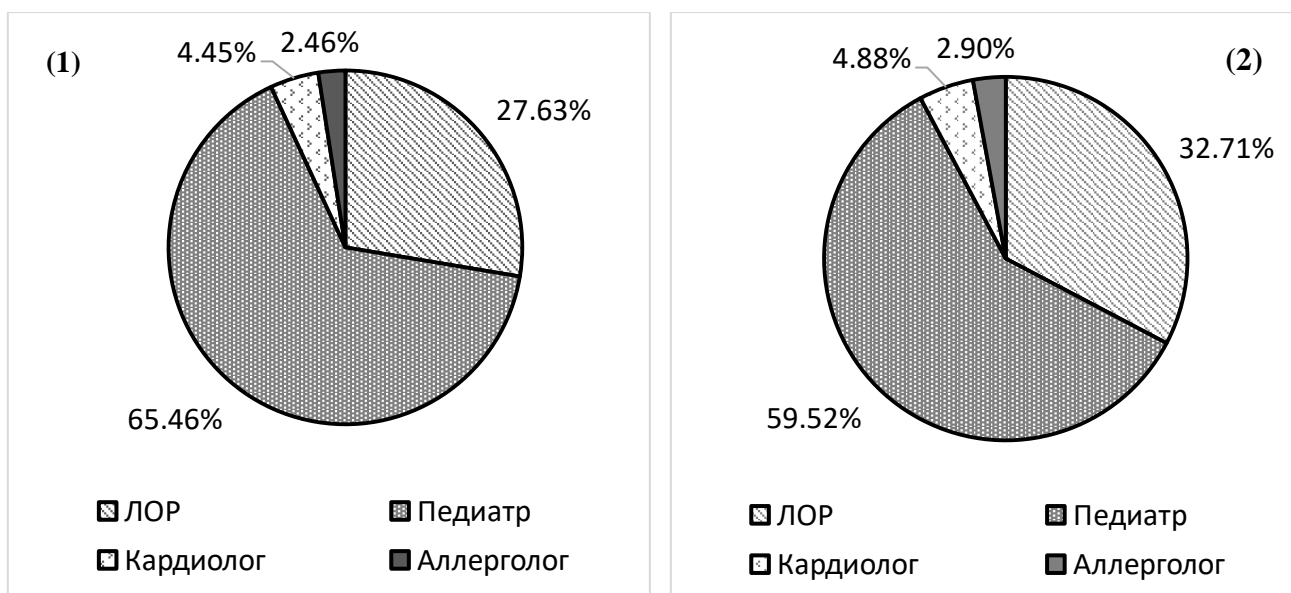


Рис. 3. Сравнительный анализ структуры первичных (1) и повторных (2) обращений в ООО «Ситилаб Малыш» при оказании первичной и специализированной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях

Результаты анализа показателей обращаемости в гендерно-возрастном аспекте показал, что в структуре обращений к педиатру ООО «Ситилаб Малыш» преобладают пациенты девочки (13,87%) и мальчики (13,76%) в возрасте 3-7 лет; у отоларинголога: мальчики (16,3%) и девочки (14,6%) в возрасте 3-7 лет, у кардиолога: девочки (12,8%) и мальчики (12,14%) в возрасте 1-3 лет; у аллерголога: девочки (15,5%) и мальчики (13,74%) в возрасте 1-3 лет.

При этом максимальное количество обращений к кардиологу связано с профилактическим осмотром, однако встречается и прием по поводу наблюдения за пациентами с функциональной кардиопатией, нарушениями ритма сердца, врожденными пороками сердца; к консультационному приему отоларинголога чаще прибегают по поводу перенесенного ОРВИ; аденоидита; тонзилита; вазомоторного ринита; отита; фарингита; синусита; ларингита; серной пробки. К аллергологу чаще обращаются по поводу: аллергического ринита или рино-конъюнктивита, аллергического дерматита, пищевой аллергии, крапивницы, бронхиальной астмы аллергического генеза.

Вывод: Анализ показателей обращаемости за медицинской помощью является важным индикатором взаимодействия медицинской организации и

населения, позволяя судить об эффективности деятельности и востребованности медицинской организации.

Список литературы:

1. Мурашко М.А., Самойлова А.В., Швабский О.Р., Иванов И.В., Минулин И.Б., Щерблыкина А.А., Таут Д.Ф. Обеспечение качества и безопасности медицинской деятельности в Российской Федерации как национальная идея. // Общественное здоровье. – 2022. – Т. 2, №3. – С. 5-15
<https://doi.org/10.21045/2782-1676-2021-2-3-5-15>

2. Грот А.В., Сажина С.В., Шишкин С.В. Обращаемость за медицинской помощью в государственный и частный секторы здравоохранения (по данным социологических исследований) // Электронный научный журнал «Социальные аспекты здоровья населения». -2018.-Т.5, №63 DOI: 10.21045/2071-5021-2018-63-5-1 URL: <http://vestnik.mednet.ru/content/view/1007/30>

3. Мурашко, М.А. Качество медицинской помощи: пора меняться / М.А. Мурашко // Вестник Росздравнадзора. - 2017. - № 1. - С. 10 -21

4. Соболев И.Б., Моисеева К.Е., Алексеева А.В. Некоторые результаты оценки организации амбулаторной помощи детскому населению в условиях муниципального района // Педиатр. – 2019. – Т. 10, № 1. – С. 57–63. DOI: 10.17816/PED10157-63

5. Ходакова О.В., Евстафьева Ю.В. Проблемы оказания платных медицинских услуг с позиции руководителей медицинских организаций // Менеджер здравоохранения. – 2017. - № 9. – С.20-28

МОДЕРНИЗАЦИЯ МЕДИКО-САНИТАРНОЙ ПОМОЩИ В РОССИИ: АНАЛИЗ РЕГИОНАЛЬНЫХ ПРОЕКТОВ И ИХ ВЛИЯНИЕ НА КАЧЕСТВО МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ

Михайлова С.А.¹, Ситдикова И.Д.^{2,3}, Хузиханов Ф.В.¹

1 – ФГБОУ ВО Казанский государственный медицинский университет
Министерства здравоохранения РФ

2 – ФГБОУ ВО Санкт-Петербургский государственный педиатрический
медицинский университет Министерства здравоохранения РФ

3 – ФГБОУ ВО Набережночелнинский государственный педагогический
университет Министерства просвещения РФ

Особое внимание уделяется модернизации системы здравоохранения, в частности, оказанию первичной медико-санитарной помощи (ПМСП). В соответствии со стратегией здравоохранения Российской Федерации на период до 2025 года совершенствование системы медицинского образования и кадрового обеспечения является одной из основных целей устойчивого развития и создания доступного финансирования оказания медицинских услуг на всех уровнях здравоохранения [1].

Главной и важной целью стратегического развития первичной медико-санитарной помощи является предоставление населению высококачественных и доступных медицинских услуг, особенно в отдаленных и труднодоступных населенных пунктах. Оказание первичной медико-санитарной помощи играет ключевую роль в профилактике и своевременной профилактике заболеваний. Основными направлениями деятельности являются не только повышение уровня подготовки работников медицинских учреждений, но и улучшение условий труда медицинских работников и обеспечение того, чтобы все граждане проходили профилактические осмотры не реже одного раза в год. Это свидетельствует о необходимости систематического улучшения работы медицинских учреждений, сокращения времени ожидания в очередях и улучшения качества лечения.

Цель исследования: анализ данных паспорта проекта развития первичной медико-санитарной помощи.

Материалы и методы. Нами проанализированы показатели паспорта регионального проекта «Развитие системы оказания первичной медико-санитарной помощи в Республике Татарстан».

Результаты исследования. Согласно паспорту проекта развития

первичной медико-санитарной помощи в РТ, количество населения, прошедшего профилактическое обследование, увеличилось с 1,73 миллиона в 2017 году до 2,75 миллиона в 2024 году – что свидетельствует об улучшении доступности профилактического скрининга. Показатель доли впервые выявленных неинфекционных заболеваний демонстрирует устойчивый рост с 11% в 2017 году до 20% в 2024 году. В 2017 году (75) количество пациентов, эвакуированных санитарной авиацией скорой помощи, увеличилось до 153 в 2024 году - использование данного расширения может быть связано с развитием инфраструктуры и улучшением машин скорой медицинской помощи.

Количество посещений врачей без очных встреч увеличилось с 48% в 2018 году до 71% в 2024 году, что свидетельствует о значительном прогрессе в оцифровке медицинских услуг, получении медицинской помощи и сокращении рабочей нагрузки как для сотрудников, так и для пациентов - переход на электронные регистрационные формы свидетельствует о высоком спросе на технологии, повышающие удовлетворенность пациентов и облегчающие доступ к медицинскому обслуживанию.

В рамках регионального проекта "Обеспечение системы здравоохранения Республики Татарстан квалифицированным персоналом учреждений здравоохранения" были внедрены механизмы повышения квалификации медицинских работников. Профессиональное развитие и обучение сотрудников осуществляется с использованием технологий дистанционного обучения, что позволяет медицинским работникам, независимо от их местонахождения, приобретать соответствующие знания и навыки, необходимые для обеспечения высокого качества своей работы. Технология дистанционного обучения обеспечивает доступ к образовательным программам, семинарам и курсам, ориентированным на оказание первичной медико-санитарной помощи. Региональный проект в рамках Национального проекта здравоохранения направлен на систематическое улучшение первичной медико-санитарной помощи путем достижения следующих целей:

- снизить смертность работающего населения до 350 случаев на 100 тысяч

человек;

- снизить смертность от болезней системы кровообращения до 450 случаев на 100 тысяч человек;

- снизить смертность от новообразований, даже онкологических, до 185 случаев на 100 тысяч человек;

- снизить младенческую смертность до уровня 4,5 случая на 1000 детей;

- кадровый состав медицинских должностей в амбулаторных и амбулаторных отделениях должен быть увеличен в 1,2 раза до уровня неполного рабочего дня, а для среднего медицинского персонала этот код также должен достичь соответствующего уровня;

- увеличить число специалистов, включенных в систему непрерывного образования, включая технологии дистанционного обучения, объем проекта до 1,3 тысячи;

- обеспечить доступ к профилактическим осмотрам 77,9% населения;

- сократить число мест, где проживает более 100 человек, расположенных за пределами зоны доступности медицинских учреждений, предоставляющих первичную медицинскую помощь.

Заключение. Стратегия развития российского здравоохранения направлена на комплексное совершенствование системы медицинского обслуживания медицинских работников и повышение эффективности медицинских технологий. Вышеперечисленные меры направлены на адаптацию к потребностям общества и создание более эффективной и гибкой системы своевременного и качественного медицинского обслуживания для всех граждан.

Список литературы:

1. Указ Президента РФ от 6 июня 2019 г. № 254 "О Стратегии развития здравоохранения в Российской Федерации на период до 2025 года" [Электронный ресурс]. URL: <http://www.garant.ru/hotlaw/federal/1276506/> (дата обращения: 15.11.2024).

2. Песошин, А. В. Паспорт регионального проекта «Развитие системы

оказания первичной медико-санитарной помощи в Республике Татарстан» / А. В. Песошин. — Утвержден: Премьер-министром Республики Татарстан, 13 декабря 2018 года.

**ПЕРВИЧНАЯ МЕДИКО-САНИТАРНАЯ ПОМОЩЬ В РАМКАХ
НАЦИОНАЛЬНОГО ПРОЕКТА «ЗДРАВООХРАНЕНИЕ»**

Михайлова С.А.¹, Ситдикова И.Д.^{2,3}, Ахметов А.М.³

1 – ФГБОУ ВО Казанский государственный медицинский университет

Министерства здравоохранения РФ

2 – ФГБОУ ВО Санкт-Петербургский государственный педиатрический
медицинский университет Министерства здравоохранения РФ

3 – ФГБОУ ВО Набережночелнинский государственный педагогический
университет Министерства просвещения РФ

В последние годы активно развивается модернизация российской системы здравоохранения с акцентом на повышение доступности и качества первичной медико-санитарной помощи (ПМСП). Одной из основных целей которой является повышение уровня медицинского обслуживания. Важную роль в процессах играет цифровизация систем страхования и здравоохранения. В то же время усилия направлены на решение кадровых проблем, повышение квалификации медицинских работников, а также упрощение процедур для пациентов. Ярким примером эффективной реализации задач в области здравоохранения является Региональный план «Развитие системы оказания первичной медико-санитарной помощи в Республике Татарстан». Статистические данные подтверждают стабильное улучшение ключевых показателей, что свидетельствует о повышении эффективности системы: доля жалоб, урегулированных медицинскими страховыми организациями без обращения в суд, увеличилась с 71,3% в 2017 году до 94,8% в 2024 году, что свидетельствует о значительном улучшении коммуникации между пациентами и страховыми компаниями, о повышении уровня доверия к системе

здравоохранения; количество посещений мобильных медицинских бригад остается стабильным с 2020 по 2024 год — 27,1 тыс. посещений в год, что подтверждает восстановление высокого уровня доступности медицинской помощи для жителей отдаленных районов; с 2017 года количество граждан, использующих каналы связи со страховыми представителями в медицинских учреждениях, оказывающих ПМСП, резко возросло, так в 2024 году показатели выросли до 49,4 процента, что значительно повысило доступность информации для пациентов; доля госпитализаций по экстренным сигналам в течение первых суток после вылета остается стабильной на уровне 90% с 2019 года, что подтверждает эффективность оказания экстренной медицинской помощи в регионе; в 2024 году количество медицинских учреждений, участвующих в создании "новой модели медицинской организации", оказывающей первичную медико-санитарную помощь, увеличилось до 103, что свидетельствует об успешном внедрении новых стандартов и практик в рамках системы обязательного медицинского страхования (ОМС).

Национальный план в области здравоохранения ставит амбициозные задачи по повышению качества и доступности медицинской помощи в стране. Среди них:

- снижение уровня смертности населения трудоспособного возраста до 350 случаев на 100 000 человек;
- снижение смертности от болезней системы кровообращения до 450 случаев на 100 тыс. населения;
- снижение младенческой смертности на 4,5 случая на 1000 родившихся младенцев;
- увеличение штата амбулаторно-поликлинических учреждений;
- охват профилактическими медицинскими осмотрами составляет 77,9% населения.

Цели и задачи, поставленные государственным планом, не могут быть реализованы без активного участия всех уровней системы здравоохранения, включая региональные органы власти и медицинские учреждения.

Цель исследования: анализ данных паспорта проекта по развитию первичной медико-санитарной помощи

Материалы и методы. Проанализированы паспортные показатели регионального проекта по развитию первичной медико-санитарной помощи в Республике Татарстан, а именно доли подтвержденных жалоб, работа каналов коммуникации в учреждениях между гражданами и страховыми представителями, число посещений мобильными медицинскими бригадами, доля госпитализаций, количество медицинских организаций, участвующих в создании "новой модели медицинской организации".

Результаты исследования. Доля подтвержденных жалоб, урегулированных во внесудебном порядке организациями медицинского страхования, неуклонно растет, начиная с базового значения в 71,3% в 2017 году и заканчивая целевым показателем в 94,8% в 2024 году – что говорит об улучшении качества взаимодействия с пациентами и разрешения конфликтных ситуаций до судебного разбирательства. Работа каналов коммуникации между гражданами и страховыми представителями в медицинских учреждениях, оказывающих ПМСП, увеличилась до 49,4% к 2024 году. Количество посещений мобильными медицинскими бригадами остается стабильным с 2020 по 2024 год и составляет 27,1 тыс. посещений ежегодно, что свидетельствует о сохранении доступности медицинской помощи для отдаленных населенных пунктов.

Начиная с 2019 года, доля госпитализаций по поводу симптомов неотложной помощи в первый день после выписки составляет 90% и останется на этом уровне до 2024 года.

Количество медицинских организаций, участвующих в создании «новой модели медицинской организации», оказывающей первичную медико-санитарную помощь, также значительно увеличилось до 103 организаций к 2024 году, что отражает масштабное внедрение новых стандартов и подходов в сфере первичной медико-санитарной помощи в рамках обязательного медицинского страхования.

Заключение. Полученные и проанализированные показатели подтверждают направленные усилия на повышение доступности, информированности и качества первичной медицинской помощи, что является частью стратегии по улучшению здравоохранения в России.

Список литературы:

1. Указ Президента РФ от 6 июня 2019 г. № 254 "О Стратегии развития здравоохранения в Российской Федерации на период до 2025 года" [Электронный ресурс]. URL: <http://www.garant.ru/hotlaw/federal/1276506/> (дата обращения: 15.11.2024).

2. Песошин А.В. Паспорт регионального проекта «Развитие системы оказания первичной медико-санитарной помощи в Республике Татарстан» / А.В. Песошин. — Утвержден: Премьер-министром Республики Татарстан, 13 декабря 2018 года.

ИЗУЧЕНИЕ СМЕРТНОСТИ НАСЕЛЕНИЯ г. САНКТ-ПЕТЕРБУРГА ОТ САХАРНОГО ДИАБЕТА

Морозько П.Н., Киценко М.Л.

ФГБОУ СЗГМУ им. И.И. Мечникова Минздрава России, Санкт-Петербург,
Россия

Актуальность. Одна из самых глобальных медико-социальных проблем отечественного здравоохранения и здравоохранения в мире является заболеваемость сахарным диабетом (СД). По данным ВОЗ СД является одной из наиболее серьезных проблем общественного здравоохранения [1].

За последние годы сахарный диабет принял масштабы всемирной неинфекционной эпидемии, увеличивающейся вне зависимости от расовой принадлежности или уровня экономического развития стран. СД является серьезным заболеванием, которое сопровождается многочисленными осложнениями, ранней инвалидизацией и преждевременной смертностью.

Материалы и методы: статистические материалы отчетных документов Федеральной службы государственной статистики Российской Федерации, Министерства здравоохранения Российской Федерации за период с 2018 по 2022 годы. Полученные результаты обрабатывались с помощью программ Microsoft Word, Microsoft Excel.

Результаты исследования. В структуре социально значимых болезней среди населения Российской Федерации за 2022 год (рис. 1) наибольшую долю занимают болезни, характеризующиеся повышенным кровяным давлением (57,6%); второе место занимают злокачественные новообразования (19,5%); третье – сахарный диабет (13,8%) [3].



Рис. 1. Структура заболеваемости социально значимыми болезнями населения РФ за 2022 г, в %.

В структуре смертности населения в разрезе причин смерти среди населения Санкт-Петербурга наибольшие доли занимают болезни системы кровообращения (47,6%), злокачественные новообразования (18,1%), коронавирусная инфекция (16,1%), доля смертности от сахарного диабета составила 0,9% (рис. 2).

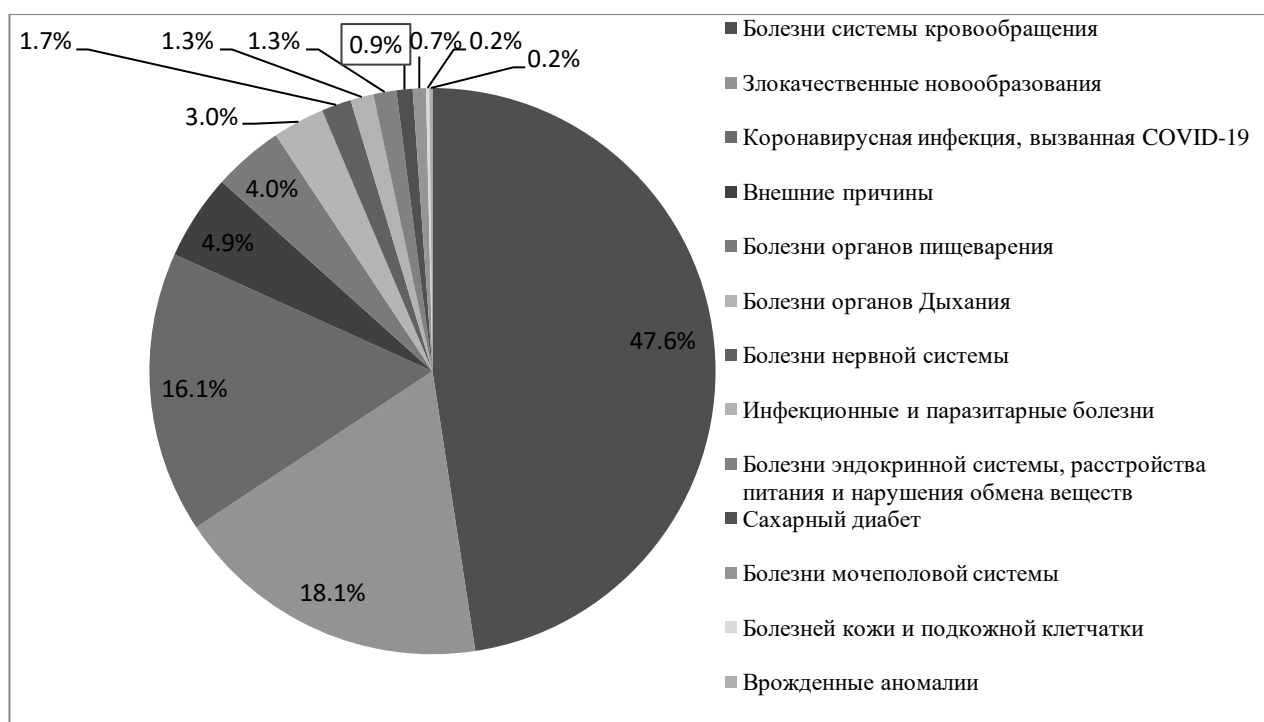


Рис. 2. Структура смертности населения в Санкт-Петербурге в зависимости от причин смерти за 2022 год, в %

Сравнивая динамику смертности больных инсулинозависимых, инсулиннезависимых и других типов сахарного диабета в Санкт-Петербурге следует отметить, что наиболее высокие показатели смертности среди больных инсулиннезависимых СД регистрировались в 2019 году (26,9 случаев на 100 тыс. населения), среди больных инсулинозависимых СД – в 2018 году (1,19 случаев на 100 тыс. населения), в 2022 году – среди других типов сахарного диабета (1,0 случаев). Наиболее низкие показатели смертности среди больных инсулиннезависимых СД регистрировались в 2022 году (9,2 случаев на 100 тыс. населения), среди больных инсулинозависимых СД – в 2022 году (0,39 случаев на 100 тыс. населения), среди других типов сахарного диабета – в 2020 году (0,17 случаев) (рис. 3).

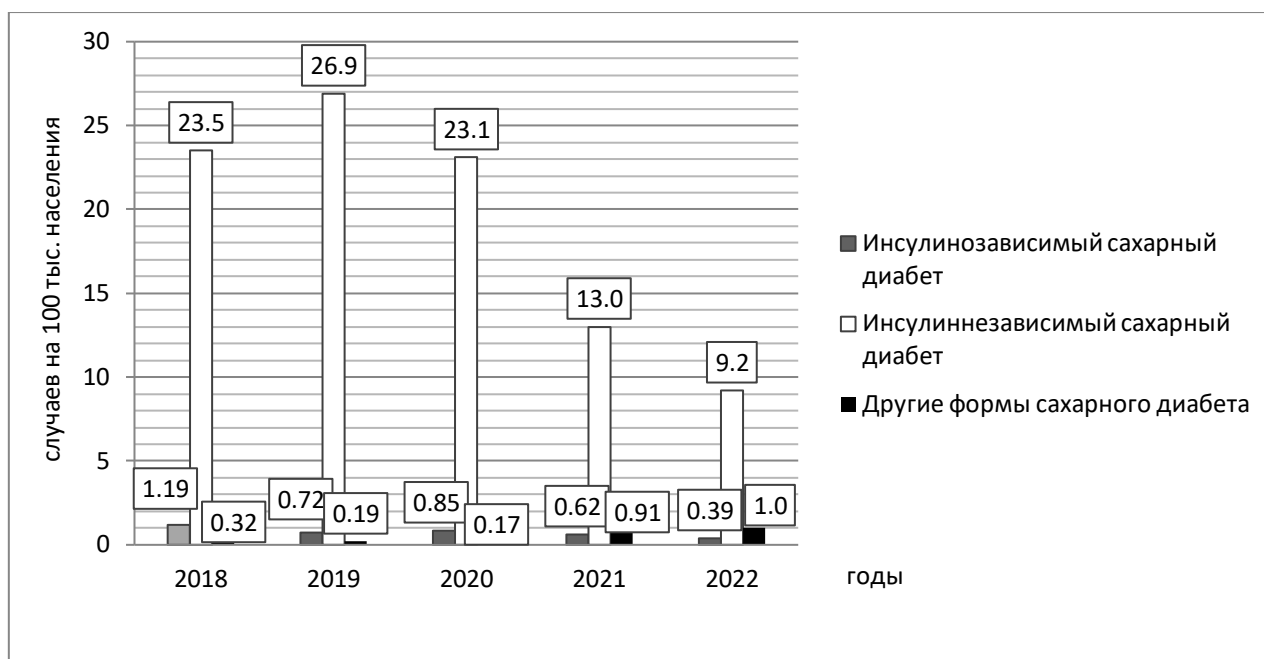


Рис. 3. Динамика смертности больных от СД1, СД2 и других типов сахарного диабета в Санкт-Петербурге в период с 2018 – 2022 гг., случаев на 100 тыс. населения

Динамика смертности от сахарного диабета среди всего населения разных возрастных групп демонстрирует снижение показателей к 2022 году (рис. 4). Наиболее высокий показатель смертности был зарегистрирован в 2019 году среди населения старше 85 лет. За изучаемый пятилетний период наиболее низкие показатели смертности были зафиксированы в возрастных группах до 45 лет, случаи смерти не регистрировались в 2018 году среди населения в возрасте от 15 до 19 лет, в 2019 – до 24 лет, в 2020 – до 19 лет, в 2021 – до 34 лет и от 50 до 54, в 2022 – в возрасте до 15 лет и в возрасте от 25 до 29 лет.

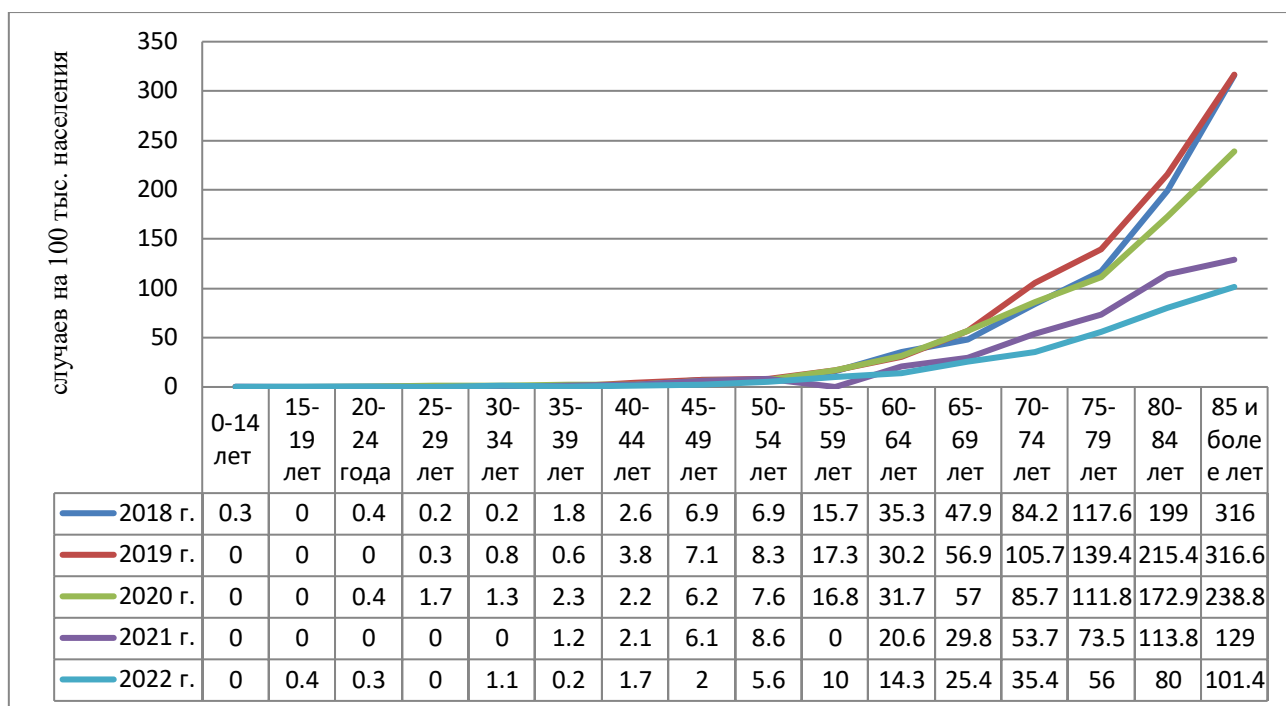


Рис. 4. Динамика смертности больных от сахарного диабета в Санкт-Петербурге в разрезе возрастных групп с 2018 по 2022 гг., случаев на 100 тыс. населения

Заключение. В структуре заболеваемости населения социально значимыми болезнями за 2022 год в РФ доля случаев заболеваемости сахарным диабетом составляет 13,8%. В структуре смертности населения в разрезе причин смерти среди населения Санкт-Петербурга доля умерших от сахарного диабета составила 0,9%. Среди всех типов сахарного диабета наибольшие показатели смертности регистрировались в 2019 году среди больных инсулиннезависимых СД (26,9 случаев на 100 тыс. населения), самые низкие показатели зафиксированы в 2020 году – среди других типов сахарного диабета (0,17 случаев). В динамике смертности среди больных от сахарного диабета регистрируется снижение смертности к 2022 году по сравнению с 2018 годом в возрасте от 20 до 24 лет – на 25% , от 35 до 39 лет – на 88,9%, от 40 до 44 лет – на 34,6%, от 45 до 49 лет – на 29,0%, от 50 до 54 лет – на 18,8%, от 55 до 59 лет – на 36,3%, от 60 до 64 лет – на 59,5%, от 65 до 69 лет – на 47,0%, от 70 до 74 лет – на 58,0%, от 75 до 79 лет – на 52,4% , от 80 до 84 лет – на 40,2% и старше 85 лет – на 67,9%.

Список литературы:

1. ВОЗ: диабет. – 2023. Пресс-релиз. [Электронный ресурс] URL: <https://www.who.int/ru/news-room/fact-sheets/detail/diabetes>
2. Дедов И.И. Сахарный диабет в Российской Федерации: динамика эпидемиологических показателей по данным Федерального регистра сахарного диабета за период 2010 – 2022 гг. / И.И. Дедов, М.В. Шестакова, О.К. Викулова, А.В. Железнякова, М.А. Исаков, Д.В. Сазонова, Н.Г. Мокрышева // Эндокринологический научный центр «Сахарный диабет», Ч 26(2). – 2023. – С. 104-123. [Электронный ресурс.] URL: <https://www.endojournals.ru/jour/article/view/13035>
3. Морозько П.Н. Изучение и анализ заболеваемости сахарным диабетом в Российской Федерации с 2010 по 2020 годы / П.Н. Морозько, А.А. Романова, А.Е. Тимченко // «Здоровье населения и качество жизни»: электронный сборник материалов VIII Всероссийской с международным участием заочной научно-практической конференции / Под редакцией з.д.н. РФ, проф. В.С. Лучкевича. Ч.2. – СПб. – 2021. – С. 123-130. [Электронный ресурс.] URL: <https://www.elibrary.ru/item.asp?edn=iapuec>

**ИЗУЧЕНИЕ МНЕНИЯ ВРАЧЕЙ ПРЕДПЕНСИОННОГО
ВОЗРАСТА РЕСПУБЛИКИ ТАТАРСТАН ОБ УРОВНЕ ИХ ЗДОРОВЬЯ**

Нигматуллина Д.Х., Гильманов А.А.

ФГБОУ ВО Казанский государственный медицинский университет

Министерства здравоохранения Российской Федерации

Актуальность. Период жизни в предпенсионном возрасте сопровождается инволюционными процессами, которые провоцируют значительные изменения во всех показателях организма. Наблюдается снижение способности к адаптации к неблагоприятным внешним условиям, ухудшение функциональных показателей главных органов и систем,

увеличение числа хронических заболеваний, которые углубляются малоподвижным образом жизни и наличием вредных привычек, а также падение умственной и физической работоспособности [1,2,3]. Исследования, проведенные В.А. Руженковым, продемонстрировали, что интенсивность рабочего процесса влияет на снижение качества жизни врачей всех возрастов, в том числе и тех, кто находится на предпенсионном этапе [4,5]. Врачи часто сталкиваются с различными трудностями, такими как хроническая нехватка сна, стрессы, высокие нагрузки и усталость, что может оказать негативное воздействие на их поведение, коммуникацию, способность к обучению и принятию решений, что в совокупности приводит к ухудшению качества жизни медицинских работников.

Цель исследования: изучить мнение врачей предпенсионного возраста об уровне их здоровья.

Материалы и методы исследования: Исследование проводилось в медицинских организациях Республики Татарстан среди врачей возрастных групп мужчин 55-64 года и женщин 50-59 лет. Анкетирование было проведено с использованием краткого опросника ВОЗ для оценки качества жизни WHOQOL-BREF с охватом репрезентативной группы 292 человека, в том числе 136 мужчин и 156 женщин. Статистический анализ проводился с использованием программы StatTech v. 4.2.6 (разработчик - ООО "Статтех", Россия).

Результаты и их обсуждение. Ключевым аспектом, исследованным в опросе, стало восприятие участниками своего состояния здоровья. Согласно полученным данным, менее половины респондентов (46,9%) удовлетворены своим здоровьем. При этом мужчины-врачи более оптимистично оценивают свое состояние, и среди них доля удовлетворенных составляет 53,9%. Негативное восприятие здоровья отметили 24% участников, а 5,8% выразили крайнюю степень неудовлетворенности. В итоге, 58,6% опрошенных, указывающих на «неудовлетворительное» и «очень неудовлетворительное» здоровье, характеризуют свое качество жизни как «плохое» или «очень

плохое». Число мужчин и женщин, оценивших свое здоровье как «неудовлетворительное» и «очень неудовлетворительное», оказалось равным, однако среди мужчин таких было больше в старшей возрастной группе 60-64 года, в то время как среди женщин - в более молодой группе 50-54 года (рис. 1). Среди тех, кто выразил неудовлетворенность своим состоянием здоровья, были врачи-терапевты, неврологи, акушеры-гинекологи и специалисты по клинико-лабораторной диагностике.

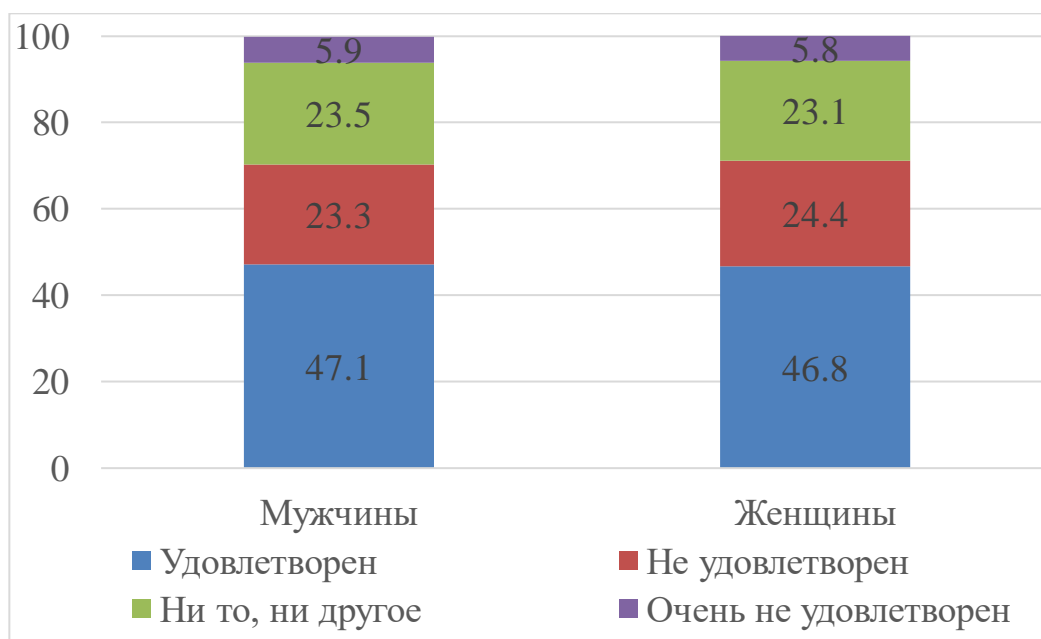


Рис. 1. Оценка респондентами состояния своего здоровья в зависимости от пола и возраста (абс, %).

Результаты нашего исследования подтверждают мнение о высокой распространенности самолечения среди врачей (рис. 2). В частности, 82,2% респондентов сообщили, что практикуют самолечение и не обращаются за медицинской помощью. Наибольшее количество таких врачей было зафиксировано в возрастной группе 55-59 лет, а также среди специалистов в области акушерства и гинекологии, анестезиологии и реаниматологии, неврологии и стоматологии.

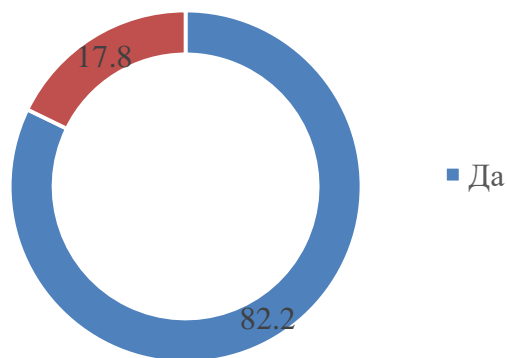


Рис. 2. Оценка респондентами самолечения в зависимости от пола и возраста (абс, %)

Уверенность в собственных медицинских знаниях, проблемы с доступностью медицинской помощи, включая организацию диспансеризации, а также недооценка значимости состояния собственного здоровья сформировали отношение респондентов к диспансеризации. 46,6% врачей, участвовавших в опросе, никогда не проходили диспансеризацию. В основном это были акушеры-гинекологи, стоматологи и урологи. Наибольшее количество врачей, игнорирующих диспансеризацию, принадлежало к возрастной группе 55-59 лет. Среди мужчин этой возрастной группы 60% никогда не проходили диспансеризацию, тогда как среди женщин – 53,6%. Только одна треть респондентов проходит диспансеризацию в установленные сроки.

Мы установили, что более 30% врачей предпенсионного возраста в Республике Татарстан недовольны своим состоянием здоровья, что, по их мнению, ограничивает их возможности для активной трудовой деятельности. Несмотря на профессиональный опыт и зрелость, врачи этой возрастной группы проявляют меньшую внимательность к своему здоровью: около 80% из них прибегают к самолечению, а 46% никогда не проходили диспансеризацию.

Заключение. Таким образом, состояние здоровья врачей предпенсионного возраста вызывает серьезные опасения и требует разработки стратегий профилактики и оздоровления как на региональном, так и на государственном уровнях.

Список литературы:

1. Wiktorowicz, J. Extending working life: Which competencies are crucial in near-retirement age? / J. Wiktorowicz // Journal of adult development. — 2018. — Vol. 25. — P. 48-60.
2. Пристром М.С. Старение физиологическое и преждевременное. Современный взгляд на проблему / М.С. Пристром, С.Л. Пристром, И.И. Семенов // Медицинские новости. — 2015. — Т. 245. №. 2. — С. 36-45.
3. Руженков В.А. Факторы, обуславливающие качество жизни медицинских работников / В.А. Руженков, Е.А. Сергеева, У.С. Москвитина // Медицинские новости. — 2015. — Т. 253. №. 10. — С. 19-23.
4. Cohen, D. Standards for 'Health for Health Professionals' services in the UK / D. Cohen, N. Marfell, G. Greene // Occupational medicine. — 2014. — Vol. 64. №. 2. — P. 126-132.
5. Morris, G. P. Anaesthesia and fatigue: an analysis of the first 10 years of the Australian Incident Monitoring Study 1987–1997 / G. P. Morris, R. W. Morris // Anaesthesia and intensive care. — 2000. — Vol. 28. №. 3. — P. 300-304.

ВНЕДРЕНИЕ СИСТЕМЫ ВНУТРЕННЕГО КОНТРОЛЯ КАЧЕСТВА В АМБУЛАТОРНО-ПОЛИКЛИНИЧЕСКОМ УЧРЕЖДЕНИИ

Селина Н.В.

ГАУЗ «Городская поликлиника № 20» г. Казани

Актуальность внедрения системы внутреннего контроля качества (ВКК) в амбулаторно-поликлиническом учреждении (АПУ) обусловлена рядом факторов, которые делают её необходимой и востребованной в современных условиях:

1. Повышение требований к качеству медицинской деятельности:
 - Ожидания пациентов: пациенты всё более требовательны к качеству медицинской деятельности, ожидая высокого уровня профессионализма,

внимательного отношения и эффективного лечения. Система ВКК помогает обеспечить соответствие этим ожиданиям.

- Законодательные требования: действующие нормативные акты предъявляют всё более строгие требования к качеству медицинской деятельности, а наличие эффективной системы ВКК является одним из критериев оценки соответствия этим требованиям.

- Аккредитация и лицензирование: для получения и продления лицензии, а также прохождения аккредитации медицинские учреждения обязаны демонстрировать наличие эффективной системы контроля качества.

2. Повышение безопасности пациентов:

- Предупреждение медицинских ошибок: система ВКК помогает выявлять и устранять потенциальные риски, связанные с медицинскими ошибками, тем самым повышая безопасность пациентов.

- Улучшение процессов: оптимизация рабочих процессов, регламентация действий персонала, снижают вероятность ошибок и повышают эффективность медицинской деятельности.

3. Улучшение эффективности работы АПУ:

- Оптимизация использования ресурсов: система ВКК позволяет выявлять и устранять неэффективные процессы, оптимизировать использование ресурсов (медицинские материалы, персонал, оборудование), снижая издержки и повышая производительность.

- Повышение производительности труда: четко определенные процессы и стандарты работы, позволяют персоналу работать более эффективно, что приводит к увеличению числа принимаемых пациентов при том же уровне ресурсов.

4. Повышение удовлетворённости пациентов и персонала:

- Улучшение качества обслуживания: система ВКК способствует повышению качества обслуживания пациентов, что ведет к улучшению их удовлетворенности лечением и работой АПУ в целом.

- Создание комфортной рабочей среды: для медицинского персонала наличие системы ВКК создает более комфортную рабочую среду, снижает уровень стресса и повышает мотивацию.

5. Совершенствование медицинской деятельности:

- Постоянное улучшение: система ВКК основана на принципах постоянного улучшения качества медицинской помощи, что позволяет АПУ адаптироваться к изменениям и повышать свой профессиональный уровень.

- Анализ и совершенствование процессов: регулярный анализ данных и мониторинг показателей позволяет выявлять слабые места и внедрять корректирующие действия.

В современных условиях, когда пациенты становятся более информированными, а требования к качеству медицинской помощи постоянно растут, внедрение системы ВКК в АПУ является не просто желательным, а необходимым условием для успешной и эффективной работы. Это инвестиция в качество медицинской помощи, безопасность пациентов и долгосрочное развитие учреждения [1, 2, 5].

Внедрение системы внутреннего контроля качества в амбулаторно-поликлиническом учреждении – это комплексный процесс, направленный на постоянное улучшение качества медицинской деятельности и эффективности работы. Он предполагает создание механизмов саморегулирования и самосовершенствования, позволяющих выявлять и исправлять недостатки, предотвращать ошибки и повышать удовлетворенность пациентов

Этапы внедрения ВКК в АПУ:

1. Планирование и подготовка:

1.1. Формирование рабочей группы: создание команды из представителей разных отделов АПУ (врачи, медсестры, административный персонал), ответственных за разработку и внедрение ВКК.

1.2. Определение целей и задач: чёткое формулирование целей, которые должны быть достигнуты с помощью ВКК (например, снижение количества

врачебных ошибок, повышение удовлетворенности пациентов, улучшение показателей эффективности).

1.3. Выбор модели ВКК: выбор подходящей модели ВКК, учитывающей специфику АПУ (может быть выбрана одна из существующих моделей или разработана собственная, адаптированная под потребности учреждения).

1.4. Разработка политики и процедур ВКК: создание документации, регламентирующей процессы ВКК, включая критерии оценки качества, методы сбора данных, процедуры реагирования на выявленные недостатки.

1.5. Обучение персонала: Проведение тренингов и семинаров для персонала АПУ по вопросам ВКК, ознакомление с документацией и процедурами.

1.6. Обеспечение ресурсами: выделение необходимых ресурсов для реализации ВКК (финансы, время, оборудование, программное обеспечение).

2. Реализация:

2.1. Сбор данных: систематический сбор данных о качестве медицинской деятельности, используя различные методы (анкетирование пациентов, анализ медицинской документации, наблюдение за работой персонала).

2.2. Анализ данных: анализ собранных данных для выявления проблемных областей и оценки эффективности работы АПУ.

2.3. Корректирующие действия: разработка и внедрение мер по устранению выявленных недостатков и улучшению качества медицинской деятельности.

2.4. Мониторинг и оценка: регулярный мониторинг эффективности внедренных мер и оценка достигнутых результатов.

2.5. Документирование: в документации, фиксирующей все этапы процесса ВКК, включая результаты анализа данных, принятые решения и предпринятые действия.

3. Постоянное совершенствование:

3.1. Регулярный пересмотр политики и процедур ВКК: адаптация системы ВКК к изменяющимся условиям и потребностям АПУ.

3.2. Внедрение новых методов и технологий: использование современных технологий для повышения эффективности ВКК (например, электронные медицинские карты, программное обеспечение для анализа данных).

3.3. Обратная связь: получение обратной связи от персонала и пациентов для улучшения системы ВКК.

Ключевые элементы эффективной системы ВКК в АПУ:

- активное участие персонала: задействование всех сотрудников в процессе ВКК;

- ориентация на пациента: учет потребностей и ожиданий пациентов;

- систематический подход: регулярный сбор, анализ и использование данных;

- прозрачность и открытость: доступность информации о системе ВКК для всех сотрудников;

- постоянное совершенствование: непрерывное улучшение системы ВКК на основе полученных данных и опыта;

- соответствие стандартам и нормам: соблюдение действующих стандартов и нормативных документов.

Показатели эффективности ВКК: снижение количества врачебных ошибок, повышение удовлетворенности пациентов, улучшение показателей эффективности работы АПУ, снижение уровня осложнений, повышение уровня безопасности пациентов.

Внедрение и поддержание эффективной системы ВКК требует значительных усилий и ресурсов, но в конечном итоге это приводит к улучшению качества медицинской деятельности, повышению эффективности работы и удовлетворенности пациентов и сотрудников. Важно помнить, что это не разовое мероприятие, а непрерывный процесс постоянного совершенствования [1, 3, 4].

Список литературы:

1. Приказ МЗ РФ от 31.07.2020 №785н «Об утверждении Требований к организации и проведению внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности».

2. Петрова Н.Г. Мнение пациентов как важный критерий качества медицинской помощи / Н.Г. Петрова, С.А. Балохина, М.М. Мартиросян, М.В. Петров, Л.Х. Темирова, О.В. Шатковская // Проблемы управления здравоохранением. - 2009. - №1. - С. 59-61.

3. Артемьева М.А.. Удовлетворенность пациентов медицинской помощью в различных условиях ее предоставления / М.А.Артемьева // Наука молодых. - 2017. – № 3. – С. 389 – 399.

4. Линденбратен А.Л. Организация внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности в медицинской организации / А.Л. Линденбратен, Е.Ю. Лудупова, Г.Х. Дамдинова Г.Х. // Бюллетень национального научно-исследовательского института общественного здоровья имени Н.А. Семашко. – 2016. - № 5. – С. 58 – 67.

5. Пивень Д.В., Кицул И.С. Содержание внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности в медицинской организации: каким оно должно быть и что этому мешает / Д.В. Пивень, И.С. Кицул // Менеджер здравоохранения, 2014. - № 11. – С. 6 - 10

**ОПТИМИЗАЦИЯ РАБОТЫ МЕДИЦИНСКИХ ОРГАНИЗАЦИЙ,
ОКАЗЫВАЮЩИХ ПЕРВИЧНУЮ МЕДИКО-САНИТАРНУЮ ПОМОЩЬ,
В УСЛОВИЯХ РЕАЛИЗАЦИИ НАЦИОНАЛЬНОГО ПРОЕКТА
«ДЕМОГРАФИЯ»**

Хамитова Г.М., Орлов А.М.

ФГБОУ ВО Казанский государственный медицинский университет
Министерства здравоохранения Российской Федерации

Актуальность. В современном обществе наблюдается растущая потребность в доступной и качественной медицинской помощи, что особенно

актуально в свете демографических изменений. Оптимизация работы медицинских организаций позволит улучшить качество услуг, предоставляемых населению, и обеспечить своевременное обращение за медицинской помощью. Улучшение работы первичной медико-санитарной помощи является одним из ключевых аспектов достижения поставленных целей национального проекта.

Цель работы: предложить рекомендации по улучшению процессов и доступности квалифицированной помощи в учреждениях первичной медико-санитарной помощи в условиях реализации национального проекта «Демография».

Методы и материалы: аналитическая работа с документами.

Результаты исследования. Национальный проект «Демография» – один из национальных проектов в России на период с 2019 по 2024 годы (включительно).

Национальный проект «Демография» состоит из ряда основных целей [1]:

1. Увеличение ожидаемой продолжительности здоровой жизни населения до 67 лет.
2. Увеличение рождаемости.
3. Увеличение доли граждан, ведущих здоровый образ жизни.
4. Увеличение доли граждан, систематически занимающихся физической культурой и спортом.

Для достижения данных целей в национальном проекте «Демография» обозначены следующие целевые показатели [1]:

1. Снижение смертности населения старше трудоспособного возраста (на 1000 человек населения соответствующего возраста).
2. Увеличение суммарного коэффициента рождаемости (до 1,7 детей на 1 женщину).
3. Обращаемость в медицинские организации по вопросам здорового образа жизни (тысяч человек).

4. Число лиц, которым рекомендованы индивидуальные планы по здоровому образу жизни, в центрах здоровья (млн. человек).

5. Доля населения, систематически занимающихся физической культурой и спортом (%).

Основными правовыми актами Российской Федерации, регулирующими деятельность медицинских организаций, являются:

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

– Федеральный закон «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации» от 29.11.2010 № 326-ФЗ.

– Федеральный закон «Об образовании в Российской Федерации» от 29.12.2012 № 273-ФЗ.

– Постановления и распоряжения Правительства РФ.

– Приказы Министерства здравоохранения РФ.

Данные нормативно-правовые акты Российской Федерации регулируют отношения, возникающие в сфере охраны здоровья, отношения, возникающие в связи с осуществлением обязательного медицинского страхования (ОМС), устанавливают требования к образовательным учреждениям по подготовке работников медицинской сферы, устанавливают стандарты и требования к оказанию медицинских услуг, включая первичную медико-санитарную помощь.

Для гарантии качества первичной медицинской помощи предусмотрены контрольные механизмы, такие как законодательные акты Российской Федерации, регулирующие как систему здравоохранения в целом, так и первичную медико-санитарную помощь в частности. Однако можно предложить следующие меры оптимизации работы медицинских организаций, оказывающих первичную медико-санитарную помощь, в условиях реализации Национального проекта «Демография»:

1. Улучшение кадрового состава – организация программ по повышению квалификации медицинских кадров. Это улучшит качество первичной медико-

санитарной помощи. Так же часть кадров, прошедших повышение квалификации, можно будет отправлять в отдаленные районы страны, что будет стимулировать улучшение оказания первичной медико-санитарной помощи не только в развитых регионах страны.

2. Совершенствование инфраструктуры и доступности медицинских учреждений. Ремонт зданий медицинских учреждений первичной медико-санитарной помощи и модернизация медицинского оборудования, создание доступной среды – все это поможет улучшению качества и доступности первичной медико-санитарной помощи, в том числе людям с ограниченными возможностями здоровья.

3. Цифровизация процессов. Разработка и улучшение мобильных приложений, способствующих быстрому доступу к услугам медицинской организации и консультациям врачей, что повлияет на более раннюю диагностику и лечение заболеваний.

4. Улучшение взаимодействия с населением. Проведение разнообразных просветительских мероприятий, в том числе в сети Интернет, с целью информирования населения о профилактике заболеваний, повышения интереса населения к здоровому образу жизни, следовательно, повышения средней продолжительности жизни населения страны и людей, вовлеченных в здоровый образ жизни. Особенно это будет актуально для взрослого населения страны, так как с возрастом организм ослабевает по ряду причин, следствием чего является повышение риска заболеваний различных типов.

5. Системный подход к профилактике заболеваний. Разработка и внедрение программ по профилактике распространённых заболеваний, а так же улучшение качества обследования для раннего выявления заболеваний в учреждениях первичной медико-санитарной помощи, что позволит повысить качество и продолжительность жизни населения.

6. Систематический мониторинг и оценка работы учреждений первичной медико-санитарной помощи помогут выявлять недостатки работы на более ранних этапах, чтобы в дальнейшем их проработать и улучшить систему

работы учреждений. В этом должно участвовать как само население, которому оказываются услуги, так и медицинский персонал учреждений.

Данные меры в совокупности помогут оптимизировать работу медицинских организаций, оказывающих первичную медико-санитарную помощь, в условиях реализации национального проекта «Демография».

Однако на сегодняшний день реализация данного проекта сталкивается с трудностями, которые связаны с нехваткой государственного бюджета, что существенно тормозит дальнейшее успешное продолжение и завершение национального проекта «Демография». Так же стоит отметить нехватку квалифицированного медицинского персонала, которая особа ощутима в регионах страны.

Для успешного выполнения поставленных целей проекта необходимо привлечение большего финансирования в данную сферу, а так же увеличение персонала и его более тщательную подготовку, особенно в регионах страны.

В заключении можно сказать, оптимизация работы медицинских организаций, предоставляющих первичную медико-санитарную помощь, является неотъемлемой частью реализации национального проекта «Демография». Выявленные проблемы, такие как нехватка финансирования и недостаток квалифицированного персонала, требуют комплексного подхода и своевременных действий со стороны государства, медицинских и образовательных организаций. Только в случае комплексного подхода в данном вопросе получится достичь оптимизации работы медицинских организаций, оказывающих первичную медико-санитарную помощь, в условиях реализации национального проекта «демография», что повысит среднюю продолжительность жизни населения, его вовлеченности в здоровый образ жизни, а, следовательно, и рост здорового населения страны.

Список литературы:

1. Паспорт национального проекта «Демография» (утв. президиумом Совета при Президенте Российской Федерации по стратегическому развитию и национальным проектам, протокол от 24.12.2018 N 16) [Электронный ресурс] //

//Информационно-правовой портал «Консультант Плюс»
https://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_317388/ (Дата обращения:
18.11.2024).

**ОПТИМИЗАЦИЯ РАБОТЫ МЕДИЦИНСКИХ ОРГАНИЗАЦИЙ,
ОКАЗЫВАЮЩИХ ПЕРВИЧНУЮ МЕДИКО-САНИТАРНУЮ ПОМОЩЬ,
В УСЛОВИЯХ РЕАЛИЗАЦИИ НАЦИОНАЛЬНОГО ПРОЕКТА
«ЗДРАВООХРАНЕНИЕ»**

Хамитова Г.М., Габдулхакова А.А.

ФГБОУ ВО Казанский государственный медицинский университет
Министерства здравоохранения Российской Федерации

Актуальность. В условиях современного здравоохранения в России оптимизация работы медицинских организаций, предоставляющих первичную медико-санитарную помощь (ПМСП), приобретает особую значимость. Увеличение потребности в качественных медицинских услугах, необходимость эффективного использования ресурсов и реализация национальных проектов, таких как проект «Здравоохранение», подчеркивают актуальность этой темы.

Цель работы: разработать рекомендации по улучшению организационных процессов в медицинских учреждениях с целью повышения качества и доступности первичной медико-санитарной помощи, а также предложить механизмы мониторинга.

Методы и материалы: аналитическая работа с документами.

Результаты исследования. Развитие системы здравоохранения в России является одной из ключевых задач, направленных на улучшение качества жизни граждан. Реализация национального проекта «Здравоохранение», запущенного в 2019 году, фокусируется на повышении доступности и качества медицинской помощи, улучшении здоровья населения и модернизации медицинской инфраструктуры. Оптимизация работы медицинских организаций, оказывающих ПМСП, включает как организационные, так и

технологические изменения, которые положительно скажутся на эффективности работы учреждений на всех уровнях.

Национальный проект «Здравоохранение» включает ряд ключевых целей, среди которых [1]:

1. Снижение смертности населения трудоспособного возраста.
2. Снижение смертности от болезней системы кровообращения.
3. Снижение смертности от новообразований.
4. Снижение младенческой смертности.
5. Ликвидация кадрового дефицита в медицинских организациях.
6. Обеспечение оптимальной доступности медицинских организаций для населения.
7. Оптимизация работы медицинских организаций, оказывающих ПМСП.
8. Сокращение времени ожидания в очереди.
9. Упрощение записи на приём к врачу.
10. Увеличение объёма экспорта медицинских услуг.

В рамках проекта также ставятся конкретные целевые показатели [1]:

- снижение смертности населения трудоспособного возраста с 455 случаев на 100 тысяч населения в 2018 году до 350 в 2024 году;
- снижение смертности от болезней системы кровообращения с 565 случаев на 100 тысяч населения в 2018 году до 450 в 2024 году;
- снижение смертности от новообразований, в том числе от злокачественных с 199,9 случая на 100 тысяч населения до 185 в 2024 году;
- снижение младенческой смертности с 5,5 случая на 1 тысячу родившихся детей до 4,5 в 2024 году;
- охват всех граждан профилактическими медицинскими осмотрами с 39,7% в 2018 году до 70% в 2024 году.

Реализация национального проекта «Здравоохранение» требует тщательного анализа правовых аспектов оптимизации работы медицинских организаций, предоставляющих ПМСП. Необходимый анализ действующего законодательства, а также выявление проблем и перспектив в этой области -

важная задача для достижения общей эффективности системы здравоохранения.

Основными правовыми актами, регулирующими деятельность медицинских организаций, являются:

– Федеральный закон от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», который определяет принципы организации здравоохранения и права граждан на получение медицинской помощи;

– Федеральный закон от 29.12.2012 № 273-ФЗ «Об образовании в Российской Федерации», который устанавливает требования к образовательным учреждениям по подготовке медицинских работников;

– Постановления и приказы Министерства здравоохранения РФ, устанавливающие стандарты и требования к оказанию медицинских услуг, включая первичную помощь.

Для обеспечения качества ПМСП предусмотрены механизмы контроля, включая лицензирование медицинских организаций и аккредитацию специалистов. Развитие сети национальных медицинских исследовательских центров, создание амбулаторной онкологической помощи, обучение врачей и внедрение аккредитации медицинских работников продолжат развитие системы. Ожидается, что к 2024 году в крупных городах России будут работать медицинские учреждения, оказывающие ПМСП, также будут даны возможности для роста компаний в сфере экспорта медицинских услуг.

Однако для повышения качества и доступности ПМСП в медицинских учреждениях также необходимо инициировать определенные изменения. В связи с вышеизложенным можно разработать ряд рекомендаций, направленных на улучшение организационных процессов:

1. Оптимизация работы с пациентами:

– внедрение электронных регистратур: автоматизация записи на прием позволяет сократить очереди и увеличить доступность врачей;

– мобильные приложения и онлайн-сервисы: разработка приложений для записи к врачу, получения медицинских справок и консультаций способствует улучшению коммуникации с пациентами.

2. Повышение квалификации медицинского персонала:

– регулярные тренинги и семинары: организация программ повышения квалификации для врачей и медсестер по современным методам диагностики и лечения;

– междисциплинарные команды: создание команд, включающих специалистов различных профилей для решения сложных случаев.

3. Внедрение системы управления качеством:

– стандартизация процессов: разработка и внедрение стандартов оказания медицинских услуг для повышения их качества и безопасности;

– мониторинг и оценка качества: регулярная оценка качества оказания услуг через пациентские опросы и внутренние аудиты, что позволит выявить слабые места и принять меры по их устранению.

4. Улучшение условий труда медицинских работников:

– создание комфортной рабочей среды: обеспечение необходимых условий для работы, включая современное оборудование и чёткое распределение обязанностей;

– поддержка эмоционального здоровья: Реализация программ поддержки для снижения профессионального выгорания и стресса среди сотрудников.

5. Оптимизация логистических процессов:

– улучшение организации рабочего времени: эффективное распределение графиков работы, чтобы обеспечить максимальную доступность врачей в часы пик;

– система доставки медикаментов: организация системы доставки медицинских препаратов для повышения доступности лечения для пациентов.

6. Разработка программ по профилактике заболеваний:

– образовательные инициативы: проведение лекций и семинаров, направленных на повышение осведомленности пациентов о профилактике заболеваний.

Все вышеуказанные рекомендации помогут создать более эффективную систему, где пациенты будут получать своевременную и качественную помощь.

Однако реализация национального проекта сталкивается с серьёзными вызовами, такими как:

1. Нехватка финансирования. Бюджетные распределения для ПМСП недостаточны, что ограничивает возможности медицинских организаций в предоставлении качественных услуг.

2. Отсутствие чётких стандартов. Проблема в установлении единых стандартов и протоколов лечения в ПМСП остаётся нерешённой.

3. Застарелая инфраструктура. Многие медицинские организации работают в условиях устаревшего оборудования и технологий, что негативно сказывается на качестве услуг.

Для успешного выполнения намеченных мероприятий крайне важно тщательно планировать и учитывать мнения всех сторон.

В заключение можно сказать, что ПМСП занимает центральное место в системе здравоохранения, обеспечивая население необходимыми медицинскими услугами. В условиях возрастающей нагрузки на здравоохранение, вызванной демографическими изменениями и эпидемиологическими угрозами, важна мобильность и адаптивность этих учреждений. Оптимизация работы ПМСП позволяет не только улучшить качество медицинского обслуживания, но и разгрузить специализированные медицинские учреждения, что в конечном итоге способствует повышению общего уровня здоровья населения. Только скоординированные усилия всех участников системы здравоохранения помогут достичь поставленных целей и значительно улучшить здоровье населения России.

Список литературы:

1. Паспорт национального проекта «Здравоохранение» (утв. президиумом Совета при Президенте Российской Федерации по стратегическому развитию и национальным проектам, протокол от 24 декабря 2018 г. № 16) //Информационно-правовой портал «КонсультантПлюс» <https://www.consultant.ru> (Дата обращения: 15.11.2024).

ПРОБЛЕМЫ В ДЕЯТЕЛЬНОСТИ ВРАЧЕЙ И СРЕДНЕГО МЕДИЦИНСКОГО ПЕРСОНАЛА, ОКАЗЫВАЮЩИХ ПЕРВИЧНУЮ МЕДИКО-САНИТАРНУЮ ПОМОЩЬ

Хамитова Г.М., Спиридонова О.А.

ФГБОУ ВО Казанский государственный медицинский университет
Министерства здравоохранения Российской Федерации

Актуальность. Деятельность врачей и среднего медицинского персонала, оказывающих первичную медико-санитарную помощь (ПМСП) является краеугольным камнем системы здравоохранения. Она напрямую влияет на доступность, качество и эффективность медицинской помощи, обеспечивая профилактику заболеваний, раннюю диагностику и своевременное лечение.

Цели и задачи исследования:

1. Проанализировать роль врачей и среднего медицинского персонала в ПМСП и определить их основные задачи и функции.
2. Исследовать профессиональные компетенции и навыки медицинских работников ПМСП.
3. Рассмотреть правовые аспекты деятельности медицинских работников ПМСП.
4. Выявить основные проблемы и перспективы развития ПМСП.

Данное исследование нацелено на повышение понимания важности ПМСП в системе здравоохранения и на разработку рекомендаций по улучшению качества медицинской помощи, оказываемой на первичном уровне.

Материалы и методы исследования. Статья написана по материалам научной литературы, нормативно-правовых документов, а также по информации Министерства здравоохранения РФ, которые в той или иной степени затрагивают данную тему. Для достижения цели исследования были приняты общепринятые теоретические методы.

Результаты и их обсуждение. Врачи и средний медицинский персонал, работающие в сфере ПМСП, играют ключевую роль в профилактике заболеваний, ранней диагностике и своевременном лечении, а именно, выполняют широкий спектр задач, направленных на обеспечение доступной и качественной медицинской помощи [1]. Их работа охватывает различные направления, такие как проведение профилактических осмотров, вакцинацию, санитарно-просветительскую работу, сбор анамнеза, осмотр пациента, назначение и интерпретацию лабораторных и инструментальных исследований, постановку диагноза, назначение медикаментозного лечения, физиотерапевтических процедур, рекомендации по диете, физической активности и образу жизни, проведение реабилитационных мероприятий, контроль за состоянием пациента после перенесенных заболеваний, предоставление консультаций по вопросам здоровья, профилактики заболеваний, оказанию первой помощи, а также планирование и координация деятельности медицинских работников в ПМСП, ведение медицинской документации, учёт пациентов и проведение профилактических мероприятий [2].

Для того, чтобы в полной мере осуществлять вышеизложенные диагностические, лечебные и профилактические мероприятия высший и средний медицинский персонал должен обладать широким спектром компетенций и навыков. Врачи должны иметь глубокие клинические знания, знать патологию различных органов и систем, методы диагностики и лечения заболеваний, обладать коммуникативными навыками, уметь устанавливать контакт с пациентом, выслушать его, дать понятную информацию о его состоянии и лечении, а также организаторскими навыками, умением

планировать свою работу, вести медицинскую документацию, эффективно использовать время. Не менее важны навыки работы в команде - умение сотрудничать с медицинским персоналом, консультироваться со специалистами других профилей. Медицинские сестры стационара являются полифункциональными специалистами. Они сочетают в себе функции палатной, процедурной и перевязочной медсестры. Ее роль – это ведение пациентов (до 11 человек) от момента поступления и до момента выписки. При таком взаимодействии пациент больше доверяет персоналу и сохраняет приверженность лечению [3].

Средний медицинский персонал ПМСП должен обладать практическими навыками, умением проводить медицинские манипуляции, оказывать первую медицинскую помощь, вести медицинскую документацию, коммуникативными навыками, умением общаться с пациентами, давать понятную информацию о лечении и профилактике заболеваний, и навыками работы в команде, умением сотрудничать с врачом, оказывать ему помощь в работе [4].

Как и во всех сферах человеческой жизни, медицина тоже регулируется на законодательном уровне. Так, Федеральный закон от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» определяет основные принципы организации и функционирования системы здравоохранения, включая ПМСП. В соответствии с этим законом, ПМСП предоставляется бесплатно всем гражданам Российской Федерации. Закон также устанавливает права и обязанности медицинских работников, включая право на тайну врачебной деятельности, право на получение профессиональной подготовки, обязанность оказывать медицинскую помощь в соответствии с современными стандартами, обязанность соблюдать деонтологические нормы [2].

Приказ Министерства здравоохранения РФ от 15 мая 2012 г. № 543н «Об утверждении Положения об организации оказания первичной медико-санитарной помощи взрослому населению» ПМСП [5]. В этом приказе

изложены стандарты оказания медицинской помощи, определены компетенции врачей общей практики, установлены требования к организации ПМСП.

В настоящее время медицина в этой области сталкивается с рядом проблем, включая дефицит врачей и среднего медицинского персонала, особенно в сельской местности и отдаленных районах. К этому же можно отнести и недостаточное финансирование, которое ограничивает возможности по обновлению оборудования, повышению квалификации медицинских работников и приобретению необходимых медицинских препаратов, а также низкая заработная плата, не позволяющая конкурировать с зарплатой медицинских работников в специализированных медицинских учреждениях, что приводит к оттоку кадров [6].

Для решения или хотя бы минимизации факторов, являющихся первоочередной проблемой в сфере первичной медико-санитарной помощи можно, как один из методов борьбы, например, повысить престиж профессии врача и медицинской сестры в области ПМСП, чтобы привлечь к подобной работе молодых специалистов, увеличивать финансирование в данной сфере медицины, чтобы обеспечить ее материально-техническую базу и повысить заработную плату медицинским работникам, а также активно развивать телемедицину [7], которая позволит предоставить качественную медицинскую помощь пациентам в отдаленных районах и снизить нагрузку на врачей ПМСП.

Заключение. Первичная медико-санитарная помощь – это фундамент системы здравоохранения, от которого зависит доступность и качество медицинской помощи для каждого человека. Она охватывает широкий спектр услуг, начиная с профилактических осмотров и вакцинации, заканчивая диагностикой, лечением и реабилитацией. Благодаря первичной помощи люди получают своевременную помощь при заболеваниях, предотвращают развитие серьезных проблем со здоровьем и улучшают общее самочувствие, поэтому государство должно всячески способствовать развитию этой области медицины.

Список литературы:

1. Бальзамова, Л.А. Организация первичной медико-санитарной помощи в РФ // Правовые вопросы в здравоохранении. - 2014. - №1. - С. 28-33. URL: <https://www.elibrary.ru/item.asp?id=21306045> (дата обращения: 13.11.2024). — Текст: электронный;
2. Российская Федерация. Законы. Федеральный закон от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации». — ст. 30-36, 40-42, 59, 61 (Принят Государственной Думой 1 ноября 2011 года. Одобрен Советом Федерации 9 ноября 2011) года. URL: https://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_121895/ (дата обращения: 13.11.2024). — Режим доступа: по подписке;
3. Врач и медицинская сестра: гармонизация усилий по оказанию качественной и доступной медицинской помощи // European Journal of Natural History. — 2020. — № 1 — С. 50-54 URL: <https://world-science.ru/ru/article/view?id=34037> (дата обращения: 14.11.2024). — Текст: электронный;
4. Дацюк С.Ф. Организация работы сестринского персонала, оказывающего первичную медико-санитарную помощь в амбулаторно-поликлинических учреждениях г. Омска // Главная медицинская сестра. 2007. № 7. С. 17-23 URL: <https://e.glavmeds.ru/> (дата обращения: 14.11.2024). — Доступ: по подписке;
5. Министерство здравоохранения РФ. Приказ. Об утверждении [Положения об организации оказания первичной медико-санитарной помощи взрослому населению](#): Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 15.05.2012 г. N 543н [Зарегистрировано в Минюсте России 27.06.2012 г. N 24726] URL: <https://normativ.kontur.ru/document?moduleId=1&documentId=367954> (дата обращения 14.11.2024);
6. Министерство здравоохранения Российской Федерации: официальный сайт. — Москва. — Обновляется в течение суток. — URL: <https://minzdrav.gov.ru/> (дата обращения: 15.11.2024). — Текст: электронный;

7. Смышляев А.В., Мельников Ю.Ю., Платонова Н.И. Телемедицинские технологии в системе оказания первичной медико-санитарной помощи в Российской Федерации на современном этапе: правовой аспект // Медицинское право. – 2018. – № 6. – С. 16-21 URL: <https://elibrary.ru/item.asp?id=36322456> (дата обращения: 15.11.2024). — Текст: электронный.

ПРОБЛЕМА НЕХВАТКИ ВРЕМЕНИ ДЛЯ ПРИЁМА ПАЦИЕНТА В ПОЛИКЛИНИКЕ И ПУТИ ЕЁ РЕШЕНИЯ

Хамитова Г.М., Алексеева А.С.

ФГБОУ ВО Казанский государственный медицинский университет
Министерства здравоохранения Российской Федерации

Актуальность. В настоящее время нельзя не столкнуться в современных государственных поликлиниках с такой ситуацией, как очередь к врачу. Несмотря на то, что сейчас существуют различные способы записи на приём, эта проблема остаётся актуальна. В основном это бывает связано с нехваткой врачей в некоторых регионах страны. В связи с этим существуют определённые временные рамки, установленные Министерством здравоохранения Российской Федерации. Однако времени, указанного в нормативных документах, не всегда хватает для проведения качественного обследования пациента.

Цель работы: нахождение способов повышения эффективности приёма пациентов врачами в поликлиниках с опорой на законодательные акты.

Задачи:

1. Исследовать проблему нехватки времени у врача поликлиники при приёме пациента с юридической точки зрения.
2. Изучить нормативно-правовые акты, регулирующие нормы времени для приёма пациента, и найти разногласия между реальными и задокументированными нормами.
3. Найти пути решения этой проблемы, рассмотрев возможные меры с юридической точки зрения.

Материалы и методы исследования: использование статей, научных журналов и иной литературы по данной теме, содержания законодательных актов и приказов Министерства здравоохранения РФ. Задействованы теоретические методы исследования с опорой на результаты эмпирических.

Результаты и их обсуждение. Для доказательства нехватки времени врачам при приёме пациентов в поликлинике был проведён опрос в приложении «Справочник врача» среди 8,3 тыс. участников из 85 регионов страны: более 60% медицинских работников в России считают, что установленные нормы времени приёма у педиатра и терапевта недостаточны, чтобы провести полноценный осмотр пациента [1]. Приказ Минздрава РФ № 290н устанавливает время приёма пациентов: 15 минут для участковых педиатров и терапевтов, 14 минут для офтальмологов, 16 минут для оториноларингологов и 22 минуты для акушеров-гинекологов. Время повторного посещения специалиста сокращается на 20 - 30%, а профилактического осмотра - на 30 - 40 % от основной нормы [2]. Данный Приказ должен соответствовать Конституции РФ (Статья 41) «Каждый имеет право на охрану здоровья и медицинскую помощь», Федеральному закону РФ № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан» [3]. Также пациенты с особенностями восприятия информации требуют более продолжительного осмотра, что приводит к ситуации, в которой врачи иногда не успевают уложиться в нужное время. Вследствие этого возникают конфликты, где пациенты, неудовлетворённые задержкой приёма, считают, что врач не уделяет должного внимания их проблеме, а сами медработники из-за спешки затрудняются установить верный диагноз и выбрать более оптимальную терапию. Но есть противоречия относительно данного Приказа. Согласно разъяснениям Министерства здравоохранения РФ, представленным пресс-секретарём Олегом Салагаем, данные нормативы времени предназначены для организаторов системы здравоохранения, а не для практикующих врачей. По времени врачи должны принимать пациентов столько, сколько требуется с учётом состояния здоровья каждого пациента. Несмотря на это, органы

управления здравоохранением берут эти нормы за основу для определения рабочих процессов в медучреждении (расчёт нагрузки на врачей, установление стандартов записи и приёма пациентов) [4].

Существование данного разъяснения зачастую игнорируется на практике, что несёт за собой определённые последствия: сокращение времени приёма отрицательно влияет на качество медицинской помощи, ведёт к снижению эффективности общения между врачом и пациентом, врачи чувствуют себя менее компетентными при работе со сложными пациентами в условиях ограниченного времени.

Существующего временного интервала между приёмами пациентов недостаточно, его нужно увеличить. Это снизит конфликты и жалобы пациентов, стресс медработников. Минимальный временной лимит для консультации с пациентом у врачей первичного звена целесообразно продлить до 30 мин, у врачей-специалистов - от 45 до 60 мин в зависимости от специальности. Считаем, что есть необходимость внести изменения в существующие приказы Министерства здравоохранения Российской Федерации от 02.06.2015 № 290н, от 19.12.2016 № 973н и от 06.08.2020 № 810н.

Продление времени приёма пациентов в поликлинике соответственно увеличит очереди к врачу. Поэтому, увеличение времени оказания медицинской помощи в поликлиниках, необходимого для удовлетворения потребностей каждого пациента, требует повышения количества врачей с опорой на такие программы, как «Земский доктор», национальный проект «Здравоохранение». Из-за нехватки медперсонала Правительство РФ и регионы разрабатывают различные программы для привлечения в сельскую местность врачей, фельдшеров, медсестёр. Так, программу Земский доктор подтверждает Постановление Правительства РФ от 22 апреля 2022 г. № 739 "О внесении изменений в приложение № 5 к государственной программе Российской Федерации «Развитие здравоохранения» [5]. Программа «Земский доктор» должна была действовать до 2025 года. Врачи и фельдшеры могут получить единовременную выплату до 2 млн. рублей, которые можно потратить на

улучшение жилищных условий, погашение ипотеки. Теперь же было предложено продлить программу до 2030 года [6].

Национальный проект «Здравоохранение» действует с 2019 по 2024 годы. Утверждён он президиумом Совета при Президенте РФ по национальным проектам (протокол №16 от 24.12.2018), а разработан Минздравом России на основе Указа Президента РФ №204 от 07.05.2018 г. Его ключевые цели: снижение общей смертности, смертности от сердечно-сосудистых и онкологических заболеваний, повышение качества медпомощи, профилактика заболеваний [7]. В 2020 году прогнозировалось, что, благодаря нацпроекту, к 2024 году количество врачей и среднего медперсонала в поликлиниках составит не менее 95% от потребности, а к концу 2024 года врачей в России станет почти на 10% больше. Однако число неудовлетворённых пациентов оперативностью приёма остаётся почти неизменным. Поэтому требуется усиленная стимуляция данного нацпроекта в формате его продления и обязательного контроля посредством определённых должностных лиц.

Заключение. Для увеличения эффективности приёма пациента врачом в поликлинике, оказания ему качественной услуги, необходимо внести некоторые поправки относительно времени на приём пациента в законодательные акты, регулирующие время осмотра пациента врачом, а также принять меры по увеличению количества врачей путём продления программы «Земский доктор», национального проекта «Здравоохранение».

Список литературы:

1. Медицинское право: теория и практика: электронное издание/ Национальный институт медицинского права, 2024. - Том 10. №1-2 (23-24) - 107-111 с. - ISSN 2658-6312. URL: https://elibrary.ru/title_about.asp?id=58307 (дата обращения: 17.11.2024).
2. Приказ МЗ РФ «Об утверждении типовых отраслевых норм времени на выполнение работ, связанных с посещением одним пациентом врача-педиатра участкового от 02.06.2015 г. № 290н. URL:

<http://publication.pravo.gov.ru/document/0001201508250029> (дата обращения: 17.11.2024).

3. «Конституция Российской Федерации» (принята всенародным голосованием 12.12.1993) — Конституция Российской Федерации, М.: Проспект, 2021. - 120 с. - ISBN 978-5-392-34394-2. URL: <https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785392343942.html> (дата обращения: 17.11.2024).

4. Журнал «Здравоохранение»: практический журнал для главного врача. URL: <https://www.zdrav.ru/news/97316-otraslevye-normy-vremeni-priema-patsienta-adresovany-ne-vracham-a-organizatoram> (дата обращения: 19.11.2024);

5. Правительство Российской Федерации: официальный сайт – URL: <http://government.ru/docs/all/140725/> (дата обращения: 18.11.2024).

6. Официальные сетевые ресурсы Президента России: Администрация Президента России URL: <http://www.kremlin.ru/acts/assignments/orders/73493>.

7. Гарант. Ру: ООО "НПП "ГАРАНТ-СЕРВИС", 2024. Компания «Гарант» - участники Российской ассоциации правовой информации ГАРАНТ– URL: <https://www.garant.ru/products/ipo/prime/doc/72085920/> (дата обращения: 18.11.2024).

СОВРЕМЕННЫЕ ПРОБЛЕМЫ НОРМАТИВНО-ПРАВОВОГО РЕГУЛИРОВАНИЯ ПЕРВИЧНОЙ МЕДИКО-САНИТАРНОЙ ПОМОЩИ ДЕТЯМ

Хамитова, Г.М., Бакеева Л. Р.

ФГБОУ ВО Казанский государственный медицинский университет

Министерства здравоохранения Российской Федерации

Актуальность исследования. Первичная медико-санитарная помощь детям (ПМСП) играет ключевую роль в системе здравоохранения РФ, обеспечивая профилактику, диагностику и лечение, что важно для здоровья подрастающего поколения. Однако современные вызовы, включая изменения в

законодательстве, кадровый дефицит и цифровизация требуют пересмотра подходов к её регулированию.

Необходимость выявления правовых и организационных барьеров для эффективного предоставления ПМСП, а также разработки решений особенно актуальна в контексте государственной политики, направленной на повышение доступности и качества детской медицины, отражённой в национальных проектах и программах.

Целью настоящего исследования является анализ существующих проблем нормативно-правового регулирования первичной медико-санитарной помощи детям и разработка предложений по их устранению.

Для достижения этой цели были поставлены следующие **задачи**:

- изучить действующую нормативно-правовую базу, регулиующую оказание ПМСП детям, с акцентом на федеральные законы, подзаконные акты и региональные программы;
- выявить основные проблемы, связанные с регулированием стандартов, финансированием, кадровым обеспечением и внедрением цифровых технологий в ПМСП детям;
- проанализировать существующую практику оказания ПМСП детям в контексте актуальных требований законодательства и выявить недостатки в её реализации;
- предложить меры по совершенствованию нормативно-правового регулирования в данной сфере.

Исследование основано на анализе нормативно-правовых актов Российской Федерации, включая Конституцию РФ, Федеральный закон № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», Федеральный закон № 242-ФЗ «Об использовании информационных технологий в здравоохранении», а также подзаконных актов, регламентирующих порядок оказания медицинской помощи детям. Были изучены официальные данные Министерства здравоохранения РФ, отчёты Счётной палаты, статистические материалы Росстата и материалы научных

исследований в области медицины и права.

В качестве методов исследования использовались формально-юридический метод для анализа нормативных актов, сравнительно-правовой метод для сопоставления различных аспектов регулирования ПМСП в субъектах РФ, а также эмпирический метод для анализа данных практической реализации законодательства.

ПМСП детям – основа системы здравоохранения РФ, обеспечивающая профилактику, диагностику и лечение заболеваний. Она регулируется статьёй 33 Федерального закона № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в РФ», закрепляющей её как бесплатную и доступную. Однако увеличение нагрузки на здравоохранение, демографические и экономические вызовы выявляют значительные проблемы регулирования ПМСП.

Недостаточная детализация нормативных требований не учитывает возрастные и физиологические особенности детей. Закон лишь обще регламентирует ПМСП, игнорируя различия в потребностях новорождённых, дошкольников и подростков. Действующие стандарты, утверждённые приказами Минздрава, часто базируются на усреднённых показателях и не охватывают индивидуальные потребности детей, особенно с хроническими заболеваниями или инвалидностью.

Кадровый дефицит педиатров и узкопрофильных специалистов усугубляет ситуацию, увеличивая нагрузку на врачей, снижая качество услуг и удлиняя ожидание помощи, особенно в отдалённых регионах. Государственные программы поддержки, такие как «Земский доктор» и «Земский фельдшер», часто оказываются недостаточно эффективными, поскольку предоставляемые льготы и выплаты не привлекают специалистов к работе в труднодоступных районах.

Финансовые ограничения также играют значительную роль в проблемах нормативно-правового регулирования ПМСП детям. Хотя статья 80 Конституции РФ гарантирует бесплатное оказание медицинской помощи, реальное финансирование детского здравоохранения через систему

обязательного медицинского страхования (ОМС) нередко оказывается недостаточным. Это приводит к дефициту ресурсов для закупки современного оборудования, лекарственных препаратов и проведения профилактических мероприятий. Для решения этой проблемы требуется пересмотр подходов к распределению бюджетных средств и введение дополнительных целевых программ для поддержки детской медицины.

Проблемы нормативного регулирования также касаются профилактической медицины. Согласно статьям 46 и 55 Закона об охране здоровья, обязательная диспансеризация и вакцинация детей должны способствовать предупреждению заболеваний и поддержанию здоровья. Однако на практике эти меры часто сталкиваются с сопротивлением родителей, обусловленным недостатком информации о пользе профилактики, а иногда и юридическими пробелами. Отсутствие чёткой регламентации прав и обязанностей родителей в этой сфере приводит к снижению охвата детей профилактическими мероприятиями, что представляет угрозу для общественного здоровья.

Цифровизация здравоохранения, реализуемая в рамках федерального проекта «Цифровое здравоохранение», также выявляет определённые проблемы нормативно-правового регулирования. Использование электронных медицинских карт и телемедицинских технологий стало важным инструментом повышения доступности и качества ПМСД детям. Однако существующие правовые механизмы, включая Федеральный закон № 242-ФЗ «Об использовании информационных технологий в здравоохранении», не полностью охватывают вопросы защиты персональных данных детей и правовые последствия возможных технических сбоев. Это создаёт риски утечки данных и требует дополнительных мер по обеспечению информационной безопасности.

Помимо этого, актуальной остаётся проблема межведомственного взаимодействия. Вопросы охраны здоровья детей часто пересекаются с компетенциями органов образования, социальной защиты и других ведомств.

Недостаточная координация между ними приводит к тому, что дети из социально уязвимых категорий населения (например, дети-сироты, дети-инвалиды или дети из семей с низким доходом) не всегда получают необходимую медицинскую помощь в полном объёме.

Для решения проблем первичной медико-санитарной помощи детям требуется совершенствование нормативно-правовой базы. Это включает разработку стандартов, учитывающих возрастные и физиологические особенности детей, меры поддержки медицинских работников в отдалённых регионах, увеличение финансирования через ОМС и государственные программы, а также усиление защиты персональных данных детей в условиях цифровизации.

Ключевыми проблемами остаются недостаточная детализация стандартов, кадровый дефицит, недостаток финансирования, правовые пробелы в цифровизации и слабая координация между ведомствами. Эти факторы снижают доступность и качество помощи, особенно в удалённых регионах.

Анализ подтверждает необходимость изменений в законодательстве, направленных на адаптацию стандартов медицинской помощи, создание программ мотивации специалистов, улучшение финансирования и развитие механизмов защиты данных.

Практическая значимость исследования заключается в возможности использования его выводов для формирования рекомендаций по повышению доступности и качества медпомощи детям, независимо от региона проживания и социального статуса.

В заключение следует отметить, что первичная медико-санитарная помощь детям остаётся ключевым элементом системы здравоохранения, от которого зависит здоровье подрастающего поколения и в целом будущее страны. Решение современных проблем её нормативно-правового регулирования требует комплексного подхода, включающего взаимодействие органов власти, профессионального сообщества и общества. Эффективное законодательное регулирование в этой сфере обеспечит доступность и качество

медицинских услуг для всех категорий детей, что станет важным шагом на пути к созданию здорового общества.

Список литературы:

1. Игнатова Л.Ф., Стан В.В., Иванова Н.В., и др. Первичная медико-санитарная помощь детям. Дошкольный и школьный возраст: учебное пособие. Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2020 - 312 с.
2. Орел В.И., Иванов Д.О., Ким А.В., и др. Служба охраны матери и ребенка Санкт-Петербурга в 2018-2019 годах: учебно-методическое пособие. СПб.: СПбГПМУ, 2020.
3. Первичная медико-санитарная помощь детям: учебное пособие / Н.В. Иванова и др. Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2018 - 240 с.
4. Профилактическая педиатрия: руководство для врачей / под ред. А.А. Баранова, Л.С. Намазовой-Барановой, М.: ПедиатрЪ, 2015. - 656 с.

ПРАВОВОЕ РЕГУЛИРОВАНИЕ ВНЕДРЕНИЯ ЭЛЕКТРОННЫХ МЕДИЦИНСКИХ КАРТ ПАЦИЕНТА

Хамитова Г.М., Чахоян А.А.

ФГБОУ ВО Казанский государственный медицинский университет

Министерства здравоохранения Российской Федерации

Актуальность. В современных условиях быстрого развития информационных технологий и их интеграции в различные сферы жизни система здравоохранения также сталкивается с необходимостью адаптации к новым реалиям. С каждым годом объём данных о здоровье пациентов растёт. Внедрение современных технологий, таких как искусственный интеллект и машинное обучение, требуют наличия большого объёма структурированных и доступных данных для оптимизации диагностики и лечения. В условиях цифровизации здравоохранения внедрение электронных медицинских карт (ЭМК) в систему здравоохранения Российской Федерации представляется актуальным и необходимым шагом для повышения эффективности работы

медицинских учреждений и улучшения качества оказания медицинской помощи. Однако отсутствие чётких правовых норм, регулирующих использование ЭМК, приводит к возникновению ряда правовых и организационных проблем.

Цель исследования – изучить и разработать мероприятия для решения проблемы правового регулирования внедрения электронных медицинских карт в организациях, оказывающих первичную санитарно-медицинскую помощь.

Материалы и методы исследования. Обзор и анализ нормативной базы и научных публикаций о правовом регулировании использования электронной медицинской карты в учреждениях, оказывающих первичную медико-санитарную помощь.

Результаты и их обсуждение. На данный момент отсутствует комплексный порядок организации системы документооборота в сфере охраны здоровья в форме электронных документов, поскольку Минздравом России пока не издан нормативный правовой акт, определяющий правовой статус электронных медицинских документов, их документооборот. Однако Минздравом России утверждены основные разделы электронной медицинской карты (ЭМК) – как совокупности электронных персональных медицинских записей (ЭПМЗ), относящихся к одному пациенту, собираемых, хранящихся и используемых в рамках одной медицинской организации. Электронная персональная медицинская запись – это любая медицинская запись, сохраненная на электронном носителе (ГОСТ Р 52636-2006), она привязана к конкретному электронному хранилищу, характеризуется моментом размещения в этом хранилище [1].

Пунктами 11, 12 ст. 79 Федерального закона № 323-ФЗ на медицинские организации возложена обязанность ведения медицинской документации в установленном порядке и представления отчетности по видам, формам, в сроки и в объёме, которые установлены уполномоченным федеральным органом исполнительной власти, а также обязанность по обеспечению учёта и хранения медицинской документации, в том числе бланков строгой отчетности [2].

К документам по стандартизации медицинской информатики и описанию требований к самой ЭМК относится ГОСТ Р 52636-2006 «Электронная история болезни. Общие положения» (утв. приказом Ростехрегулирования от 27.12.2006 № 407-ст «Об утверждении национального стандарта»). ГОСТ предназначен для применения в медицинских организациях различного уровня, форм собственности и источников финансирования и содержит определения электронной истории болезни, персональной медицинской записи (ПМЗ), электронной персональной медицинской записи (ЭПМЗ), электронного медицинского архива [3].

Но в Федеральном законе № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» не содержится положений, которые бы четко определяли, что именно подразумевается под ЭМК, как происходит их оформление, хранение и передача [4]. Это создаёт неопределённость в правовом регулировании и может привести к правовым спорам между медицинскими работниками и пациентами.

Внедрение ЭМК требует наличия единых стандартов, что на практике может варьироваться от одного региона к другому. Это приводит к неравномерному уровню развития системы электронных документов и затрудняет интеграцию данных между медицинскими учреждениями.

Неясность правового статуса ЭМК может приводить к правовым рискам. Медицинские работники могут оказаться в ситуации, когда их действия будут оспорены в суде, что может повлиять на их профессиональную репутацию. В случае утечек данных или нарушения конфиденциальности организации могут столкнуться с крупными штрафами и репутационными потерями. Без чётких норм и стандартов защита персональных данных становится затруднительной. Это увеличивает риск утечек информации и несанкционированного доступа к медицинским данным пациентов, что может нанести ущерб как самим пациентам, так и медицинским учреждениям. Если пациенты будут знать о недостаточной защите своих данных, это может привести к потере доверия к системе здравоохранения. Нежелание разглашать личную информацию из-за

опасений за её безопасность может снизить качество медицинского обслуживания и охват пациентов.

В настоящее время переход на электронный документооборот формально не является обязательным для медицинских организаций, связан с организационно-техническими возможностями, финансированием. Учитывая, что использование электронных медицинских карт является важнейшим условием информатизации здравоохранения, можно предположить, что со временем ведение медицинской документации в форме электронных документов станет для медицинских организаций обязательным. К этому времени должна быть разработана нормативная база или внесены поправки или дополнения в действующий закон, которые бы регламентировали использование ЭМК, включая их оформление, хранение, передачу и защиту персональных данных.

Первым и, возможно, самым очевидным шагом является разработка и внедрение национальных стандартов и требований к ведению ЭМК. Эффективная законодательная база должна учитывать специфику работы медицинских учреждений, а также защищать права и интересы пациентов. Ключевым моментом здесь является формирование единых стандартов, которые будут обязательны для всех участников процесса. Они должны охватывать такие аспекты, как структура ЭМК, порядок хранения и передачи данных, а также механизмы защиты персональной информации.

Заключение. Электронная медицинская карта представляют собой не только необходимость в организации, предоставляющей первичную медико-санитарную помощь, но и возможность повышения эффективности медицинской помощи. Однако для её успешного внедрения требуется разработка чёткой правовой базы, создания стандартов и информирования всех участников лечебно-диагностического процесса. Только в этом случае можно обеспечить правовую безопасность как для медицинских работников, так и для пациентов, а также улучшить качество медицинских услуг. Таким образом, решение проблемы правового регулирования внедрения ЭМК является

ключевым этапом на пути к созданию современного, эффективного и безопасного здравоохранения в Российской Федерации.

Список литературы:

1. Основные разделы электронной медицинской карты (утв. Министерством здравоохранения РФ 11 ноября 2013 г.). – Текст: электронный // Информационно-правовой портал «Гарант.ру» - URL: <https://www.garant.ru/products/ipo/prime/doc/70425516/> (дата обращения: 24.11.2024).

2. Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации: Федеральный закон № 323-ФЗ [принят Государственной Думой 1 ноября 2011 года : одобрен Советом Федерации 9 ноября 2011 года]. – Москва: Технорама, 2024. – 96 с. – ISBN 1487521489630.

3. Воронцова Т.В. Электронная медицинская карта амбулаторного пациента как объект экспертизы качества медицинской помощи / Т.В. Воронцова, В.В. Мещеряков. – Текст: электронный // Вестник СурГУ. Медицина. - 2018. - №1 (35). - С. 33-39. - URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/elektronnaya-meditsinskaya-karta-ambulatornogo-patsientakak-obekt-ekspertizy-kachestva-meditsinskoj-pomoschi/viewer> (дата обращения: 24.11.2024).

4. Асташкина М.А. Правовые аспекты применения телемедицинских технологий и электронных медицинских карт / М.А.Асташкина. – Текст: электронный // Дорога знаний. - 2022. - №3. - С. 10-15. - URL: <https://via-scientiarum.mggeu.ru/arhiv/via-scientiarum-doroga-znaniy-3-2022/> (дата обращения: 30.11.2024)