



**Сборник тезисов докладов II (2016) и III (2017) Международной научно-практической конференции молодых ученых, аспирантов и студентов “Здоровье населения и развитие” (“Population, Public Health and Development”) Национального Исследовательского Университета Высшая школа экономики**

**Под редакцией: д.м.н. В.В. Власова, к.э.н. В.А. Козлова, к.с.н. Е.А. Тарасенко**

**Москва, 2017**

## 2016 год (победители и призеры)

*Белик Юлия Евгеньевна,*

*Национальный исследовательский университет «Высшая школа экономики»*

### **Сравнительный анализ программ обеспечения лекарственной помощи при редких заболеваниях за рубежом и в России.**

***Резюме:** В докладе рассматриваются подходы разных стран к вопросу обеспечения лекарственной помощи при редких заболеваниях, в том числе России. Проведен сравнительный анализ существующего законодательства, официальных программ финансирования лекарственного обеспечения, определены основные тенденции развития.*

Сейчас в мире зафиксировано около 7000 орфанных заболеваний, это те заболевания, которые встречаются не более чем у 5 человек на 10 000 населения. Каждое заболевание по отдельности затрагивает очень маленькую группу людей, однако в общей сложности число больных насчитывает более 55 миллионов человек только в США и Европейском Союзе. В большинстве случаев орфанные заболевания вызваны генетическими отклонениями и являются пожизненными, требуя постоянной дорогостоящей терапии. Вопрос обеспечения таких больных необходимым лечением встает крайне остро между пациентами, фармацевтическими компаниями и государством, как главным спонсором. Несмотря на это только в нескольких странах мира

законодательно закреплено четкое определение орфанного заболевания, а в качестве основного критерия применяется распространенность.

В такой ситуации изучение существующих подходов и программ по обеспечению лекарственного лечения орфанных заболеваний, а также механизмов принятия решения о его государственном финансировании является крайне актуальным. Применение результатов исследования на практике может оказать значительное влияние на уровень и качество жизни больных, а также на систему здравоохранения и экономику страны в целом.

Работа основана на кабинетном исследовании и эмпирической части. Эмпирическая часть исследования будет проводиться в формате глубинных интервью с населением России. В ходе кабинетного исследования используются следующие методы:

- сбор, общение и анализ научных статей, а также обзоров;
- анализ законодательства России, США и некоторых европейских стран;
- анализ сайтов и материалов некоммерческих организаций и объединений, поддерживающих больных орфанными заболеваниями;
- сбор и анализ кейсов по предоставлению преференций фармацевтическим компаниям.

Результаты исследования на текущий момент показывают, что вопрос финансирования лечения орфанных заболеваний для России является острым. На текущий момент отсутствует четкое определение орфанного заболевания, а также не зафиксирован

механизм принятия решения о выделении финансирования. Существующие ограничительные списки не обеспечивают необходимого уровня лекарственного снабжения. Несмотря на то, что многие больные (и даже целые заболевания) не получают льготной помощи, региональные бюджеты не справляются с нагрузкой. В настоящий момент регионы активно лоббируют передачу части обязательств (в частности финансирование программы «7 нозологий» на федеральный уровень).

Важно отметить, что решения о включении препаратов и даже целых заболеваний в льготные программы принимаются под влиянием фармацевтической индустрии, подтверждены лоббированию и коррупции с целью получения разнообразных выгод и максимизации прибыли и улучшения коммерческих показателей. Кроме того, в настоящий момент лица принимающие решения не учитывают этическую сторону вопроса. Таким образом, коммерческий интерес влияет на процесс принятия решения государством об обеспечении современным лечением и как следствие качество/доступность помощи для пациентов.

Результаты эмпирического исследования призваны отразить, как обычные граждане относятся к вопросу обеспечения особого внимания к лечению орфанных заболеваний. Предположительно, население склонно считать, что больных орфанными заболеваниями слишком мало и они не заслуживают столь большого внимания и финансирования. Распределение средств между большим количеством людей, которым могут оказать эффективную помощь на основании доказательных исследований считается более справедливой и рациональной. Таким образом, мы

видим, что население не одобряет существующий государственный подход по финансированию орфанных заболеваний.

Одной из ключевых тем в любой программе лекарственного обеспечения несомненно является вопрос принятия решений о финансировании лечения орфанных заболеваний государством. Он имеет большое социальное, экономическое и демографическое влияние на российское общество в целом, и доступ к передовому и качественному лечению, в частности. Текущая ситуация в России не утешительна: решения о финансировании подвержены внешнему влиянию, а общество не одобряет государственного подхода. Ограниченные финансовые ресурсы и нерациональное, непрозрачное их использование оказывает значительное влияние на обеспечительные программы в России. Однако, имеется положительный зарубежный опыт, привлечение которого, может быть полезно для разработки рекомендаций по обоснованному и мотивированному принятию решений о государственном финансировании заболеваний и построению эффективной системы лекарственного обеспечения больных с редкими заболеваниями.

*Демьянова Анна Владимировна,  
аспирант факультета экономических наук НИУ ВШЭ,  
аналитик Института занятости и профессий НИУ ВШЭ*

### **Условия назначения выплат по инвалидности: анализ международного и российского опыта**

Согласно данным ВОЗ, около 15% населения мира является инвалидами. В начале 2000-х годов в среднем по развитым странам уровень занятости среди инвалидов был почти в два раза ниже, чем среди неинвалидов (44% и 75%, соответственно)(WHO 2011). Низкие показатели занятости инвалидов можно рассматривать как результат наличия барьеров на рынке труда и индивидуального выбора инвалидов.

Индивиды при принятии решений о выходе на рынок труда соотносят выгоды и издержки от занятости и экономической неактивности. Наиболее значимым фактором в данном случае являются пособия по инвалидности. Было выявлено, что занятость инвалидов связана с размером выплат по инвалидности (Fevang and Hardoy 2013, Mariel and Castello 2010) и условиями их получения (Перспектива2008). Поэтому для государств важным становится вопрос определения условий и критериев доступа к выплатам по инвалидности таким образом, чтобы они способствовали занятости.

Целью исследования является определение направлений совершенствования критериев назначения выплат по инвалидности в России для обеспечения благоприятного влияния на занятость в рамках реализации Конвенции. Рассмотрение опыта развитых стран ОЭСР позволит выявить подходы к обеспечению прозрачности

порядка назначения выплат, включения механизмов стимулирования занятости, а также направления их влияния на занятость людей с нарушениями здоровья.

### ***1. Международный опыт***

Выплаты по инвалидности направлены на снижение рисков, связанных с уменьшением доходов индивидов в результате нарушения здоровья. Критерии назначения пенсий по инвалидности должны охватывать всех индивидов, которые нуждаются в государственной поддержке в связи с нарушениями здоровья, и не включать индивидов, способных самостоятельно обеспечивать необходимые (достойные) для жизни условия (OECD, 2007).

С переходом к социальной модели инвалидности фокус оценивания при предоставлении выплат по инвалидности сместился с медицинской оценки состояния здоровья индивида на взаимодействие индивида с окружающей средой. Стала поощряться занятость инвалидов и действия индивидов, направленные на возвращение на рынок труда и реабилитацию. Далее будет рассмотрены три наиболее распространённые группы критериев назначения выплат по инвалидности в развитых странах.

#### ***1.1 Критерий: степень и устойчивость нарушения здоровья и функций организма***

Устойчивый и продолжительный характер нарушений здоровья позволяет отделить инвалидов от индивидов с временной нетрудоспособностью. В течение последних десятилетий произошли изменения в использовании данного критерия. Ранее в ряде стран (например, в Швеции и Нидерландах) устойчивость

нарушения здоровья и функций организма определялась по продолжительности периода временной нетрудоспособности, предшествующего назначению долгосрочной помощи. Однако это снижало вероятность возвращения работника на рынок труда в связи с продолжительным временным лагом между моментом наступления инвалидности и мерами реабилитации, в результате от подхода отказались (OECD 2009, Burkhauser et al 2015).

### *1.2 Критерий: ограниченная способность к труду*

Наиболее распространенным подходом к обеспечению адресности выплат является назначение выплат по инвалидности по степени *ограничения* способности к труду. Однако пенсии по степени ограничения трудоспособности могут дестимулировать трудовую деятельность индивида и способствовать «пожизненной» инвалидности, т.к. они предполагают, что человек не способен к труду, не может заниматься деятельностью, которая приносит «достойный» заработок и его состояние не улучшается. В результате в некоторых странах начался переход от оценки степени ограничения трудоспособности к оценке остаточной способности индивида к труду (OECD 2010). Достоинством нового подхода в том, что предмет оценивания в этом случае – конкурентоспособность индивида на рынке труда, его сохранившаяся способность выполнять различные виды деятельности, что стимулирует предложение труда.

В международной практике с целью обеспечения объективности оценивания ограничение способности к труду используются количественные показатели: способность к труду измеряется по времени (продолжительность рабочего дня/недели в часах), которое

способен обработать индивид, и по трудовому доходу индивида (в относительных или в абсолютных значениях).

### *1.3 Критерий: прохождение реабилитации и связь с рынком труда*

Распространение социальной модели инвалидности сместило акцент с пассивных мер социальной политики к активным. Для того, чтобы стимулировать занятость инвалидов с частично ограниченной трудоспособностью, критерии предоставления выплат по инвалидности в некоторых странах были дополнены требованиями, связанными с занятостью и реабилитацией. Ещё одной мерой стимулирования труда индивидов с неполной трудоспособностью являются выплаты занятым инвалидам.

Анализ международного опыта показал, что с 1990-х гг. во многих странах ОЭСР порядок выплаты пенсий по инвалидности становился более строгим. В частности, была расширена «база» для оценки трудоспособности: в ряде стран были повышены пороговые значения для установления права на выплаты, трудоспособность стала чаще оцениваться относительно всех видов профессиональной деятельности, в некоторых случаях пособия по инвалидности стали выплачиваться только полностью нетрудоспособным гражданам. Одновременно развивались меры по интеграции инвалидов в рынок труда как за счет повышения значимости реабилитации и оценки конкурентоспособности индивида, так и за счет введения выплат работающим инвалидам.

## **2. Опыт России**

В соответствии с российским законодательством, одновременными условиями назначения инвалидности являются:

наличие нарушений здоровья со стойким расстройством функций организма, ограничений жизнедеятельности, которые в свою очередь определяют необходимость социальной защиты (ФЗ №181 от 24.11.1995 г.). В России, аналогично международной практике, состояние здоровья индивида оценивается по степени и устойчивости заболевания. Подход к измерению устойчивости заболевания не отличается от большинства зарубежных стран: оценке подлежит ожидаемая продолжительность нарушения здоровья и расстройств организма.

Как уже отмечалось ранее, в отечественной практике помимо оценки ограничения трудоспособности индивида, оцениваются также другие способности жизнедеятельности. При этом до конца 2014 г. отсутствовали количественные критерии измерения инвалидности. С 2014 г. введены количественные показатели оценки степени выраженности нарушений функций организма, устанавливаемой в процентах в диапазоне от 10 до 100 (Приказ Минтруда России от 29.09.2014 N 664н). С 2016 г. действует новая редакция критериев (Приказ Минтруда России от 17.12.2015 N 1024н), который предполагает оценку степени нарушений здоровья по частоте (в часах, количеству обострений/приступов в год). Аналогов количественного оценивания степени нарушения функций организма в зарубежном опыте выявлено не было. Введение количественных, подробных критериев оценивания степени нарушения функций организма в некоторой степени служит заменой отсутствующих количественных оценок степеней ограничений жизнедеятельности для обеспечения «объективности» оценок. Достоинством данного подхода может быть оценка

стоимости медицинского лечения индивида, недостатком - то, что такой способ не позволяет оценить возможность индивида самостоятельно обеспечивать себя. Вместе с тем, новый подход соответствует в большей мере медицинской парадигме инвалидности, а не социальной.

Требование прохождения реабилитации в российском законодательстве частично заложено на этапе первичного освидетельствования при получении статуса инвалида. Однако после назначения статуса инвалиды имеют право отказаться от прохождения реабилитации, что освобождает организации от реализации положений индивидуальной программы реабилитации (ИПР). При рассмотрении положения инвалида в обществе в долгосрочной перспективе прохождение реабилитации является неотъемлемой частью политики вовлечения инвалидов в трудовую занятость. Процедуры реабилитации для людей с частичной трудоспособностью должны носить обязательный характер и иметь финансовые стимулы. При этом необходимо обеспечить всех инвалидов возможностью пройти реабилитацию.

Таким образом, можно заключить, что на сегодняшний день нормы законодательства, регулирующие *критерии доступа к выплатам по инвалидности*, не направлены на стимулирование занятости и профессиональной реабилитации инвалидов. Однако стоит отметить, что занятости инвалидов в России способствуют невысокие размеры пенсий по инвалидности. Кроме того, стимулом для занятости может быть то, что от продолжительности трудового стажа и размера пенсионных отчислений зависит размер пенсии.

### ***Заключение***

Анализ международного опыта показал, что во многих странах реформирование пособий по инвалидности является актуальным вопросом в течение двух последних десятилетий. Причиной изменений является рост численности инвалидов, в результате чего обостряются проблемы вовлечения инвалидов в жизнь общества и увеличения нагрузки на пенсионную систему. Сокращение численности получателей выплат по инвалидности за счет ужесточения критериев назначения выплат и стимулирование экономической активности и реабилитации инвалидов - основные направления реформ выплат по инвалидности в странах ОЭСР.

Действующая на сегодняшний день в России система выплат по инвалидности обладает рядом специфических черт. Во-первых, несмотря на позитивные изменения, медицинский подход остается доминирующим. Количественно измеряемые критерии относятся к степени выраженности нарушений функций организма, в то время как используемые в ОЭСР количественные критерии направлены на оценку барьеров включения индивида в активную деятельность, а политика по отношению к инвалидам нацелена на снижение этих барьеров и повышение заинтересованности самих инвалидов в интеграции в общественную жизнь.

Возможным направлением изменений критериев может стать назначение выплат по степени сохранения способности к труду. Подход, предполагающий выявление сохранившихся у индивида способностей к труду и опыта работы, и поиск подходящей ему работы из всех существующих на рынке труда.

Во-вторых, пенсии по инвалидности напрямую не связаны с необходимостью прохождения реабилитации после назначения

статуса инвалида, что замедляет его восстановление и снижает шансы на возвращение к трудовой деятельности. При планировании государственных расходов на программы социальной поддержки инвалидов для повышения адресности мер и предупреждения долгосрочной инвалидности целесообразно перераспределить средства между денежными выплатами и мерами реабилитации лиц, сохранивших частичную трудоспособность. Кроме того, необходимо предусмотреть взаимосвязь между прохождением профессиональной реабилитации и получением выплат по инвалидности.

В-третьих, все инвалиды в России политика по отношению к инвалидам остается архаичной, поскольку ее центральным компонентом является предоставление минимального уровня доходов для максимального числа инвалидов вне зависимости от времени и причин наступления инвалидности. При назначении выплат учитываются ограничения всех категорий жизнедеятельности, а не только трудоспособности, что говорит о том, что назначение пенсии напрямую не связано с оценкой рисков снижения доходов. Это делает систему менее строгой и под выплаты попадают и индивиды с потенциально высокими трудовыми доходами.

Кроме того, защита инвалидов на рынке труда включает только меры воздействия на работодателей (квоты, налоговые льготы для обществ инвалидов), заведомо предполагая заинтересованность инвалидов в занятости, однако, низкий уровень экономической активности инвалидов свидетельствует об обратном. На основе анализа международного опыта для повышения показателей

выхода из инвалидности и показателей занятости предлагается предусмотреть механизмы, стимулирующие трудовую деятельность инвалидов. Примером является субсидированная занятость, которая, с одной стороны, способствует росту производства, с другой стороны, обеспечивает включенность инвалидов в жизнь общества.

Таким образом, можно заключить, что на сегодняшний день система пенсионных выплат для инвалидов пассивна и сохраняет патерналистский характер. Государство не берет на себя ответственность перед инвалидами за содействие их возвращению на рынок труда. В то же время оно снимает с инвалидов ответственность за собственные усилия по интеграции в активную деятельность. Доступность и широкий охват денежных выплат при малой вовлеченности инвалидов в жизнь общества свидетельствует о необходимости расширения мер активной социальной политики, в т.ч. за счет перераспределения государственных расходов между мерами компенсации и интеграции.

*Хисамутдинова Юлия Маратовна,  
врач организационно-методического отдела  
ГАУЗ «Республиканская клиническая психиатрическая больница  
им. акад. В.М. Бехтерева Министерства здравоохранения  
Республики Татарстан»*

### **Влияние социально-экономических факторов на инвалидизацию по психическим расстройствам (на примере Республики Татарстан)**

Психические заболевания – серьезная медико-социальная проблема современного общества. По данным ВОЗ, до 20-25% населения развитых стран страдают психическими расстройствами и нуждаются в помощи специалистов психиатрического профиля (психиатров, наркологов, психотерапевтов, сексологов, медицинских психологов и пр.). Большинство людей в нашей стране (по некоторым данным - до 50-60% населения) живет в условиях затяжного социально-экономического и психо-эмоционального стресса, ведущего к росту распространенности психических и психосоматических расстройств.

В последние годы наблюдается интеграция психиатрии с другими областями медицины, ее экспансия в различные сферы деятельности практически здорового человека (кризисные состояния, поведение в экстремальных ситуациях, акцентуации характера, социальные фобии, влияние псевдорелигиозных тоталитарных сект и др.).

Ежегодно в Республике Татарстан заболевает психическими расстройствами более 8 тысяч человек. Высоким остаётся число

инвалидов по психическому заболеванию (свыше 36 тыс. человек), при этом более 60% инвалидов - люди трудоспособного возраста.

Психическое здоровье человека во многом определяет интеллектуальный потенциал страны, духовно-нравственные ценности и является важным фактором, обеспечивающим эффективное развитие политической и социально-экономической системы государства. Видные отечественные и зарубежные специалисты в области психического здоровья рассматривают его как основу национальной безопасности.

В последние годы все более четко обнаруживается зависимость здоровья людей, особенно психического, от социально-экономических факторов и условий их жизни. Согласно данным Научного центра психического здоровья РАМН, общие экономические потери от психических расстройств весьма существенны и сопоставимы с потерями от сердечно-сосудистых и онкологических заболеваний.

Изменения, происходившие в стране в конце XX века в условиях политического и социально-экономического кризиса, способствовали социальному расслоению общества, ухудшению качества жизни, нарастанию социальной напряженности и другим негативным последствиям, что не могло не сказаться на состоянии психического здоровья населения, к числу наиболее существенных из которых относится инвалидизация населения.

Инвалидность относится к числу основных критериев оценки качества психического здоровья населения. Проблемы инвалидности привлекают всеобщее внимание во всем мире ввиду огромного социального и экономического ущерба, наносимого

инвалидизацией общества. Неучастие инвалидов в общественно полезном труде ведет к снижению трудовых ресурсов, к увеличению расходов на их социальную защиту и медицинское обслуживание.

Большинство исследователей считают зависимость психического здоровья от социально-экономических факторов общепризнанной, однако некоторые ее количественные оценки отличаются в весьма широких пределах. Официальная статистика не отражает в полной мере истинной картины психических расстройств в населении. В частности, отсутствуют сведения о деятельности частнопрактикующих врачей. Стигматизация психиатрической службы, принципы учета зачастую ведут к несвоевременному выявлению больных.

Цель исследования: Оценить влияние уровня денежных доходов населения и безработицы на показатели инвалидности по психическим расстройствам на территории Республики Татарстан за 1995-2014гг.

Гипотеза исследования предполагает, что показатели инвалидизации по психическим расстройствам имеют взаимосвязь с некоторыми социально-экономическими факторами, а именно: с удельным весом населения с доходами ниже прожиточного минимума и уровнем безработицы.

Материалы и методы: Настоящее исследование проводилось по данным за период с 1995 по 2014 год. Демографические данные и показатели социального благополучия населения получены при анализе баз данных и ежегодных отчетов Территориального органа Федеральной службы государственной статистики по Республике

Татарстан ([www.tatstat.gks.ru](http://www.tatstat.gks.ru)). Данные о количестве больных, имеющих инвалидность, по Республики Татарстан использованы из ежегодных отчетов ГАУЗ «Республиканская клиническая психиатрическая больница Минздрава РТ».

На первом этапе были определены цели и задачи, составлен план исследования. Второй этап был посвящен сбору статистических материалов, их сводке и группировке, вычислению первичных итогов. На третьем этапе осуществлялась математико-статистическая обработка данных. В заключительной части был проведен анализ полученных результатов, сформулированы выводы.

Изучение взаимосвязей между показателями проводилось путем применения метода оценки сравнимых статистических распределений с помощью коэффициента корреляции (метода квадратов Пирсона). На направление и силу корреляционных связей анализируемых показателей указывали значения полученных коэффициентов корреляции.

Результаты исследования и их обсуждение:

Значения используемых показателей инвалидности психическими расстройствами для населения РТ за рассматриваемый период приведены в табл. 1. В данном исследовании использован показатель первичной инвалидности вследствие психических расстройств, так как он наиболее показателен и отражает динамику утяжеления психическими заболеваниями.

Таблица 1.

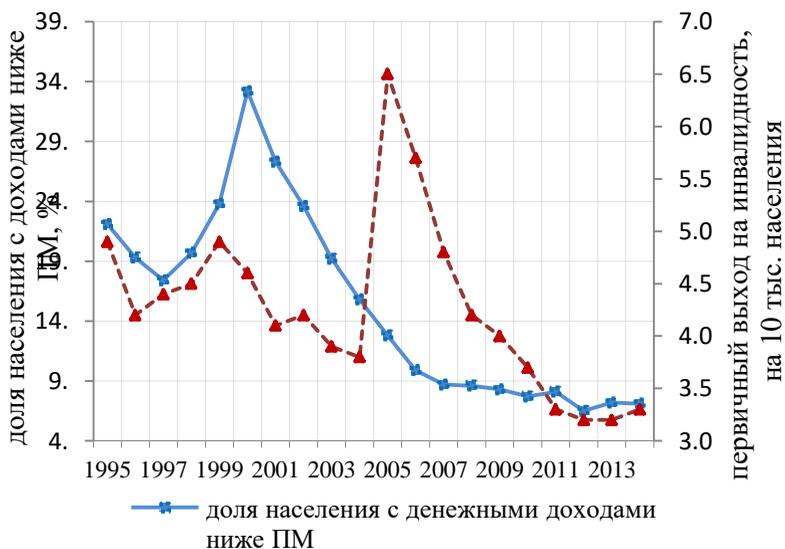
<i>Год</i>	<i>Первичный выход на инвалидность (на 10 000 населения)</i>	<i>Инвалидность (на 10 000 населения)</i>	<i>Инвалиды трудоспособного возраста (% от общего числа инвалидов)</i>
1995	4,9	59,4	62,1
1996	4,2	59,6	48,2
1997	4,4	63,2	41,8
1998	4,5	63,9	60,7
1999	4,9	66,3	63,5
2000	4,6	68,7	65,3
2001	4,1	70,3	64,4
2002	4,2	73,3	63,8
2003	3,9	74,4	61,7
2004	5,9	77,1	65,4
2005	3,8	83,1	62,3
2006	5,7	85,9	52,2
2007	4,8	89,3	51,3
2008	4,2	90,1	51,8
2009	4,0	90,6	55,2
2010	3,7	91,8	58,7
2011	3,3	89,7	60,9
2012	3,2	93,2	61,4
2013	3,2	94,7	60,7
2014	3,3	94,1	57,0

Между психическим здоровьем и экономикой существует тесная прямая и обратная связь: неблагоприятная экономическая

ситуация в стране, сопровождается низким качеством здоровья населения, а неудовлетворительное состояние психического здоровья отрицательно отражается на производстве, обороноспособности страны и т.д. Взаимозависимость между здоровьем и экономикой можно проследить на примере Республики Татарстан в течение последних 20 лет.

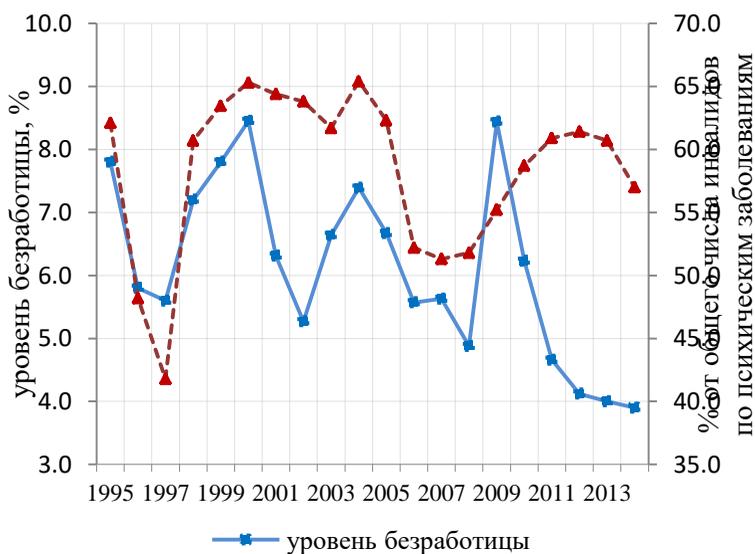
Анализ зарегистрированных впервые в жизни инвалидов по психическому заболеванию показал, что наиболее высокий уровень равен 6,5 на 10 тыс. населения в 2005г., а минимальный - 3,3 в 2012г.

Рис. 1. Динамика первичного выхода на инвалидность вследствие психических расстройств и удельного веса населения с доходами ниже ПМ за период 1995-2014 гг.



Результаты оценки влияния роли социально-экономических факторов, характеризующих уровень жизни населения, в формировании показателей инвалидности вследствие психических расстройств населения (рис.1) свидетельствуют о прямой средней силы корреляционной связи между долей населения с денежными доходами ниже прожиточного минимума и показателем первичного выхода на инвалидность по психическим заболеваниям ( $r=0,309$ ).

Рис. 2. Динамика инвалидности лиц трудоспособного возраста по психическим расстройствам и уровня безработицы за период 1995-2014 гг.



При оценке взаимосвязи между социально-экономическими показателями, определяющими состояние занятости населения, и инвалидности населения установлено влияние уровня безработицы

на показатель первичной инвалидности по психическим заболеваниям ( $r=0,443$ ), а также уровня безработицы на показатель инвалидов трудоспособного возраста вследствие психических расстройств ( $r=0,320$ ). Связь между вышеуказанными исследуемыми признаками прямая, теснота (сила) связи по шкале Чеддока умеренная.

Рассмотренные показатели психического здоровья, как следует из анализа графиков, реагируют на упомянутые социально-экономические факторы. Так, после резкого увеличения доли населения с денежными доходами ниже прожиточного минимума в 2000г. (33,2%), через некоторое время произошел скачок первичного выхода на инвалидность по психическим заболеваниям в 2005г. (6,5 на 10 тыс. населения). Сходные тенденции наблюдались и при сопоставлении исследуемого показателя с уровнем безработицы. Это может говорить о своеобразном латентном периоде. Видимо психика человека реагирует на внешние социальные стимулы после длительной переработки психотравмирующих ситуаций, оставляющих негативные последствия.

В ходе исследования доказано, что риск утяжеления психических расстройств в частности инвалидизация населения возрастает в связи с рассмотренными социально-экономическими факторами, а именно безработицей и денежными доходами ниже прожиточного минимума. Показатель безработицы имеет тесную связь с психическими расстройствами. Безработные люди подвергаются повышенному риску развития депрессий, среди них выше показатели суицидного и саморазрушающего поведения.

Наше исследование доказывает необходимость дальнейшего развития психиатрической службы с учетом оперативного мониторинга показателей состояния психического здоровья населения.

## 2017 год (участники)

*Бондарь Александра Алексеевна,*

*Государственный Университет Управления;*

*Юдина Юлия Олеговна,*

*Российский Национальный Исследовательский Медицинский  
Университет им. Пирогова*

### **Информационное обеспечение граждан в сфере здравоохранения с помощью сети Интернет**

В соответствии с п. 7 ч. 1 ст. 79 Федерального закона N 323-ФЗ «Об основах охраны граждан в Российской Федерации» медицинская организация обязана информировать граждан в доступной форме, в том числе с использованием Интернета, об осуществляемой медицинской деятельности и медицинских работниках, об уровне их образования и квалификации. [1]

Проблема, которая касается предоставления информации гражданам о медицинских организациях, их специалистах через Интернет, пользуется наибольшей актуальностью в данной сфере. Самыми активными потребителями медицинских услуг в системе здравоохранения являются люди пожилого возраста и дети, но, к сожалению, дистанционная информация становится для них недоступной в связи с отсутствием достаточных знаний об информационных технологиях, из-за чего пользователями сайтов являются возрастные группы от 15 до 50 (55) лет. Мы предлагаем рассмотреть в статье вопросы, которые касаются информационного

обеспечения граждан в сфере здравоохранения через сеть Интернет, так как эта проблема затрагивает не только целевые аудитории, но и медицинские организации.

Интернет-сайт (веб-сайт) — это набор файлов с информацией (веб-страниц), которые размещены на специальных компьютерах (веб-серверах), постоянно подключенных к Интернету. За счет этого любой пользователь Интернета имеет доступ к базе данных (информации), размещенной на сайте организации. Сведения о необходимой информации, размещаемой на официальном сайте медицинской организации, а также требования к ее содержанию и форме предоставления утверждены Приказом Минздрава России N 956н. Все рекомендации приведены в двух Приложениях к данному Приказу и являются обязательными для исполнения всеми учреждениями здравоохранения. [2]

Интернет-сайт медицинской организации должен содержать следующую информацию: сведения о медицинской организации; сведения о территориальных органах Росздравнадзора, Роспотребнадзора; сведения о страховых медицинских организациях; права и обязанности граждан РФ в сфере здравоохранения; сведения о деятельности медицинской организации; сведения о медицинских работниках; сведения о вакантных должностях; перечень жизненно необходимых и важнейших лекарственных препаратов (далее ЖНВЛП); перечень лекарственных препаратов для обеспечения больных орфанными заболеваниями; перечень лекарственных препаратов, назначаемых по решению врачебных комиссий медицинских организаций; перечень лекарственных препаратов, отпускаемых населению в

соответствии с перечнями групп населения и категорий заболеваний, при амбулаторном лечении которых лекарственные препараты и медицинские изделия отпускаются по рецептам врачей бесплатно и с 50%-ной скидкой; отзывы потребителей услуг; иная информация, которая размещается, публикуется по решению учредителя и (или) руководителя медицинской организации и (или) размещение, публикация которой являются обязательными в соответствии с законодательством РФ. [3]

Отметим, что информация размещается в доступной, наглядной, понятной форме. При этом должны обеспечиваться открытость, актуальность, полнота, достоверность информации, простота и понятность ее восприятия. Для удобства навигации сайт должен иметь карту, обеспечивающую поиск нужной информации, должна быть версия для слабовидящих, не должно быть ошибок, а также должны быть другие сервисы для удобного взаимодействия пользователя с сайтом. Вход на сайт должен быть доступен всем пользователям круглосуточно без взимания платы и иных ограничений. Информация размещается на официальном сайте в виде текста или в табличных формах, в форме электронного образа копий документов, а также может содержать схемы, графики, разъяснения. Медицинская организация размещает сведения о своей деятельности в соответствии с документами, в которых содержатся соответствующие данные (нормативными правовыми актами, локальными нормативными актами, учредительными документами).

Основой научной работы стало исследование 10 сайтов лечебно-профилактических учреждений (далее ЛПУ) Москвы и Московской

области, которые представлены анонимно. Сайты медицинских организаций проанализированы с учётом выше поставленных требований.

Данное исследование показало, что только у двух из десяти медицинских организаций сайты полностью соответствуют требованиям и это не зависит от территориального расположения. Ниже мы представим перечень требований, которые были учтены на сайтах и опишем значимость наличия данных аспектов:

1) У двух медицинских организаций из десяти присутствует версия для слабовидящих (то есть адаптация кегля шрифта на сайте). Это может положительно влиять на удобство восприятия информации для данной целевой аудитории.

2) У пяти медицинских организаций присутствуют следующие сервисы:

- **Онлайн-консультация.** Наличие данного сервиса обеспечивает получение дополнительной информации без использования телефонов и предоставления личных данных. «Онлайн-консультант» позволяет оперативно получать ответы на поставленные вопросы пользователя.
- **Карта сайта.** Она позволяет посетителю хорошо ориентироваться на сайте.
- **Права и обязанности граждан РФ в сфере здравоохранения.** Наличие нормативных документов повышает уровень доверия пользователя к ресурсу.

3) Три из десяти медицинских организаций используют на сайте сложную профессиональную терминологию, что негативно влияет на понимание информации.

4) У восьми медицинских организаций представлены следующие сервисы:

- Строка поиска. Наличие сервиса «поиск по сайту» позволяет экономить время на поиск необходимой информации. Это может положительно влиять на уровень удовлетворённости аудитории.
- Перечень ЖНВЛП. Присутствие данного документа даёт гарантии о наличии данных препаратов и повышает уровень доверия пользователя к медицинской организации.
- Сведения о вакантных должностях. Предоставление информации о свободных должностях оказывает положительное влияние на часть целевой аудитории, которая заинтересована в данных сведениях.
- Сведения о территориальных органах Росздравнадзора, Роспотребнадзора. Доступность данного материала позволяет пользователям проявлять доверие к медицинской организации.

5) Два ЛПУ на сайтах не представили подробную информацию о предоставляемых услугах, указав только их названия. Отсутствие этих сведений негативно влияет на удовлетворённость пользователя и заставляет его обращаться к другим ресурсам для конкретизации медицинских мероприятий.

б) У девяти медицинских организаций присутствуют такие сервисы, как:

- Схема проезда. Наличие схемы помогает пользователю сориентироваться на местности, где находится ЛПУ.
- Перечни лекарственных препаратов. Присутствие списков о препаратах, назначенных по рецептам врачей, даёт гарантии посетителям сайта и повышает уровень доверия к медицинской организации.
- Отзывы потребителей. Размещение положительных отзывов о работе ЛПУ является подтверждением высокого качества оказываемых услуг и профессионализма сотрудников.
- Запись к врачам. Положительно влияет на эффективность взаимодействия пользователя с сайтом.
- Полная информация о медицинских специалистах: образование, должность, сертификаты, заслуги. Это может положительно повлиять на выбор пользователя во время записи на приём к конкретному специалисту.

7) Требования, которые отражены у всех медицинских организаций: сведения о страховых медицинских организациях, наличие лицензий - эта информация положительно влияет на доверие пользователя к медицинской организации; сведения о медицинской организации (контакты, адрес, электронная почта, горячая линия) и её деятельности – это влияет на удовлетворённость посетителя сайта. На проанализированных сайтах всех ЛПУ информация предоставлялась наглядно, то есть пользователю было очевидно какая информация располагается в том или ином разделе.

При исследовании сайтов были выявлены сервисы, наличие которых способствуют эффективности взаимодействия пользователя с интернет-ресурсом:

- Фотогалереи и видео-презентации помогают наглядно представить важную информацию.
- История медицинской организации позволяет посетителю ознакомиться с конкретным ЛПУ.
- Связь с социальными сетями предоставляет возможность пользователю поделиться информацией о специалисте или медицинской услуге с другими людьми.
- Алфавитный указатель медицинских специалистов и услуг позволяет улучшить взаимодействие пользователя с сайтом и быстро найти необходимые сведения.
- Рейтинг сайта и онлайн-опрос о предоставляемых услугах положительно влияет на доверие посетителей ресурса.
- Онлайн-газета и полезные советы от специалистов о ведении здорового образа жизни и поддержания здоровья пациентов позволяют заинтересовать данной информацией и увеличить времянахождение пользователей на сайте.
- Сервис «календарь» делает запись к врачу удобной без использования других бумажных/электронных ресурсов.

В ходе исследования мы выявили, что в сфере здравоохранения интернет-сайты широко используются. Государство задает свои требования в этом направлении. Сайт является связующим звеном между пациентом и медицинской организацией. Этот ресурс должен решать цели и задачи у определённых пользователей, которые находятся в определённых условиях. В статье рассмотрены требования к информационному ресурсу медицинской организации, проанализированы десять медицинских сайтов, у которых выявлены недостатки и преимущества, а также дополнительные сервисы для повышения уровня доверия и удобства взаимодействия пользователя с Интернет-ресурсом. Научная работа показала, что медицинские организации не только следуют требованиям, но и подходят к созданию сайта творчески, вносят в них свои видения и адаптируют сайты к потребностям пользователей, что позволяет усилить удобство взаимодействия пациента с медицинской организацией.

*Бочкарева Марина Николаевна,  
старший преподаватель кафедры общественного здоровья и  
здравоохранения  
с курсом экономики и управления здравоохранением,  
ФГБОУ ВО «Самарский государственный медицинский  
университет»  
Министерства здравоохранения Российской Федерации*

**Анализ экспертизы временной нетрудоспособности  
населения Самарской области за 2013-2015 годы**

Одним из ведущих направлений государственной социальной политики является охрана здоровья работающих граждан с целью сохранения трудового потенциала страны. Большое значение в решении вопроса снижения заболеваемости с временной утратой трудоспособности приобретает современная организация и качество экспертизы временной нетрудоспособности в лечебно-профилактических учреждениях всех уровней. От правильного понимания врачами основных ее принципов, научно-обоснованного решения вопроса о трудоспособности пациента зависит эффективность и качество проведения экспертизы, профилактика заболеваний и продление периода трудовой активности человека, снижение расходов из средств социального страхования. Эти вопросы приобретают особую актуальность в условиях реформирования отечественного здравоохранения и изменившейся нормативно-правовой базы по экспертизе временной нетрудоспособности.

**Целью** данного исследования явилось изучение заболеваемости с временной утратой трудоспособности населения Самарской области.

**Материалы и методы исследования.** Основной материал исследования - форма № 16-ВН «Сведения о причинах временной нетрудоспособности» за 2013-2015 гг., по данным которой была рассчитана структура временной нетрудоспособности (ВН) в случаях и в днях, средняя длительность одного случая ВН, число случаев (дней) ВН на 100 работающих.

Для анализа нами были использованы аналитический, статистический и эпидемиологический методы исследования.

**Результаты исследования.**

- Среднесписочная численность работающих, подлежащих обязательному социальному страхованию, в области по данным ГУ – Самарское региональное отделение Фонда социального страхования РФ (далее – СРО ФСС) в 2015 году составила 1 366,4 тысяч человек (1 424,9 в 2014 г., 1 459,3 в 2013 г.).

В таблице 1 отражена динамика показателей заболеваемости населения с временной утратой трудоспособности (далее – ВУТ) в 2013 - 2015 гг.

**Таблица 1. Динамика показателей заболеваемости с временной утратой трудоспособности в Самарской области в 2013-2015 гг. (на 100 работающих)**

Годы	2013 г.		2014 г.		2015 г.	
	в случ.	в днях	в случ.	в днях	в случ.	в днях
По всем причинам: Город	40,5	498,0	40,7	519,5	42,4	524,8

Село	61,3	762,8	57,1	708,3	61,3	724,8
Область	43,4	534,0	43,0	545,4	45,0	552,3
По причине						
болезни:	31,9	423,4	32,0	443,4	33,4	448,8
Город	53,4	693,0	50,8	652,4	54,1	658,2
Село	34,8	460,1	34,6	472,1	36,2	477,6
Область						
Область: Инфекционные и паразитарные болезни	0,5	14,2	0,5	15,0	0,49	15,4
Новообразования	0,7	20,0	0,9	27,4	0,9	25,5
Болезни эндокринной системы	0,2	3,7	0,2	4,2	0,26	4,6
Болезни крови и кроветворных органов	0,1	1,9	0,1	2,0	0,1	2,0
Психические расстройства	0,2	4,7	0,1	5,1	0,2	4,7
Болезни нервной системы	0,5	6,7	0,6	7,2	0,6	7,4
Болезни глаза и его придатков	0,5	7,0	0,5	5,1	0,5	7,3
Болезни уха и сосцевидного отростка	0,3	3,4	0,3	3,1	0,3	3,2
Болезни системы кровообращения	2,9	46,6	2,9	46,9	2,8	45,6
Болезни органов дыхания	15,0	133,2	13,9	121,0	15,8	135,1
Болезни органов пищеварения	1,6	23,5	1,8	25,1	1,9	26,7
Болезни мочеполовой системы	1,7	20,8	1,8	22,5	1,8	20,4
Болезни кожи и подкожной клетчатки	0,8	10,8	0,9	11,3	0,8	10,8
Болезни костно- мышечной системы	4,8	71,1	5,2	75,5	5,0	73,0
Несчастные случаи, травмы и отравления	3,3	71,6	3,3	78,8	3,2	74,5

По уходу за больным членом семьи	8,5	73,8	8,3	73,3	8,8	74,7
----------------------------------	-----	------	-----	------	-----	------

В динамике в 2015 году по сравнению с 2013 годом отмечается рост заболеваемости с временной утратой трудоспособности:

- по всем причинам: в случаях - на 3,6%, в днях - на 3,4%;
- по причине болезней: в случаях - на 4,0%, в днях - на 3,8%.

Рост заболеваемости с временной утратой трудоспособности связан с ростом числа заболеваний органов дыхания (острых респираторных инфекций), злокачественных новообразований, травм.

В структуре заболеваемости по причине болезней (в днях на 100 работающих) в 2015 г., как и в 2013 году г., первое ранговое место занимали болезни органов дыхания, второе место - травмы и отравления, третье - болезни костно-мышечной системы и соединительной ткани; в случаях – на первом месте также находятся болезни органов дыхания, на втором - болезни костно-мышечной системы и соединительной ткани, на третьем - травмы и отравления.

В таблице 2 отражена динамика длительности случая с временной утратой трудоспособности работающего населения Самарской области по всем причинам.

**Таблица 2. Длительность случаев с временной утратой трудоспособности в Самарской области в 2013 – 2015 гг. (в днях)**

Показатели/причины ВН	2013 г.	2014 г.	2015 г.
По всем причинам:			
Город	12,3	12,7	12,4
Село	12,4	12,4	11,8
Область	12,3	12,7	12,3
По причине болезни:			
Город	13,3	13,8	13,5
Село	13,0	12,8	12,2
Область	13,2	13,6	13,2

Средняя длительность случая с временной утратой трудоспособности в 2015 году, как в 2013 году, составила 12,3 дня по всем причинам, 13,2 дня – по причине болезней.

Структура экономических потерь, которые вызваны заболеваемостью с временной утратой трудоспособности, складывается из ряда компонентов: потери трудовых человеко-дней, а, следовательно, стоимости невыработанной на производстве продукции; расходы на выплату пособий по временной нетрудоспособности; затраты на стационарную и амбулаторно-поликлиническую медицинскую помощь, лекарственные средства и пр.

**Заключение.** Проведенный нами количественный и качественный анализ показателей заболеваемости с временной утратой трудоспособности по случаям и длительности причин утраты трудоспособности населения Самарской области направлен на выделение приоритетных направлений в профилактике и ранней диагностике наиболее затратных с экономической точки зрения заболеваний населения.

*Габуня Нина Юрьевна,  
студентка 1 года обучения магистерской программы «Управление  
здравоохранением»,  
Национальный исследовательский университет «Высшая Школа  
Экономики»*

### **Процессный подход как способ оптимизации деятельности медицинской организации**

Современные условия деятельности, быстро меняющиеся в эпоху глобализации, предъявляют новые требования к управлению медицинскими организациями (МО) и определяют приоритеты программы развития здравоохранения по созданию систем управления качества медицинской помощи (КМП), соответствующих международным стандартам.

Одним из базовых принципов международных стандартов семейства ИСО 9000, использование которого позволяет упорядочить и повысить эффективность деятельности медицинской организации, является «процессный подход».

На основе «процессного подхода» обеспечивается эффективное управление, как отдельными процессами системы менеджмента, так и их взаимодействиями, с определением «входов» и «выходов», участников процессов, зон их ответственности в процессах и полномочий.

Наряду с международными стандартами семейства ИСО 9000, «процессный подход» является ключевым принципом в Моделях национальных премий по качеству, в том числе в Премии Правительства Российской Федерации в области качества.

Наиболее весомым является критерий «удовлетворенность потребителей» («Ориентация на потребителя» ИСО 9001:2011). Несомненно, значимость анализа, разработки и внедрения данного критерия в рамках системы менеджмента качества МО в виде процесса велика. На сегодняшний день удовлетворенность пациентов – то, что определяет не только конкурентоспособность современной МО, но и непрерывное повышение качества и безопасности предоставляемой медицинской помощи.

Согласно Приказу Минздрава России от 07.07.2015 №422ан «Об утверждении критериев оценки качества медицинской помощи», важной составляющей оценки качества медицинской помощи является оценка медицинского результата, в котором рассчитывается коэффициент социальной удовлетворенности пациента КМП.

Одним из наиболее эффективных способов получения достоверной информации от пациента является его «прямой голос». Социологический мониторинг пациентов, разработанный на основе «процессного подхода», позволяет осуществлять регулярный сбор данных, их своевременный учет и анализ динамики показателей удовлетворенности, своевременную разработку управленческих решений по улучшению деятельности, а также возможность использования коэффициента социальной удовлетворенности в системе стимулирующих выплат персонала.

В рамках оптимизации системы менеджмента качества ФГБУ «3 ЦВКГ им. А.А. Вишневого» Минобороны России, используется «процессный подход» для организации мониторинга

удовлетворенности пациентов качеством медицинской помощи (МП).

С целью повышения эффективности ключевых процессов и направлений деятельности, была разработана и утверждена начальником госпиталя документированная процедура «Социологические опросы пациентов» (далее процедура) на основе «процессного подхода».

Результатом социологических опросов пациентов является достижение их социальной удовлетворенности. Процедура реализуется методом анкетирования с определением коэффициентов социальной удовлетворенности деятельностью подразделений и учреждения в целом, с возможностью их последующего использования при распределении стимулирующих выплат персоналу.

В блок-схеме представлено начало процедуры - это поступление бланков-анкет в подразделения, которое обеспечивается медицинским психологом отделения управления качеством медицинской помощи (ОУКМП), а также основные этапы выполнения работ (таблица 1).

#### **Таблица 1. Социологические опросы пациентов»**



Процедура завершена, если приняты управленческие решения по улучшению деятельности госпиталя на основе претензий пациента.

Описание блок-схемы процедуры «Социологические опросы пациентов» позволяет: распределить зоны ответственности, определить корректирующие действия для достижения оптимальных путей реализации на каждом этапе процесса, а также четко прописать и выстроить результаты, достигая которых модернизируется организационная структура управления и повышается ее эффективность (Матрица ответственности).

В рамках разработки процесса «Социологические опросы пациентов», была актуализирована анкета пациента, основными характеристиками которой стали:

- **Своевременность**

1. Своевременность первичного осмотра врачом отделения
2. Регулярность осмотра врачом и начальником отделения
3. Своевременность размещения в палате
4. Своевременность назначения диагностических исследований и лечебных процедур
5. Своевременность получения необходимых лекарственных препаратов
6. Своевременность подготовки необходимых документов (выписного эпикриза, б/л, памятки пациентов)

- **Безопасность**

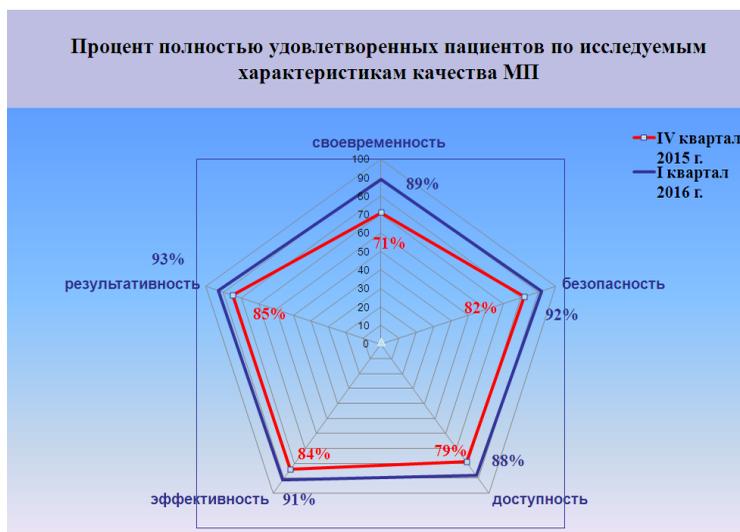
1. Доверяете ли Вы профессиональным знаниям врача
  2. Доверяете ли Вы профессиональным знаниям м/с
  3. Атмосфера в отделении (психологический комфорт)
- **Доступность**
    1. *Лечащий врач:* доступен; отзывчив; внимателен
    2. *Медицинские сестры:* оперативны; внимательны; вежливы
    3. *Младший мед. персонал:* оперативен; внимателен; вежлив
    4. Получили ли Вы информационные материалы (памятки) относительно регламента медицинских процедур и сервисных услуг в госпитале
    5. Получили ли Вы методические рекомендации по дальнейшему лечению и образу жизни
  - **Эффективность**
    1. Условиями размещения в палате
    2. Чистотой в палате
    3. Организация работы в отделении в целом
    4. При наличии показаний хотели бы вновь лечиться в этом отделении
  - **Результативность**

# 1. Достигнут ли ожидаемый Вами результат лечения.

При внедрении процесса «Социологические опросы пациентов» был проведен первичный сбор данных (IV квартал 2015 г.), результатом которого стал коэффициент социальной удовлетворенности пациентов. Одним из основных принципов «процессного подхода» является непрерывный цикл развития (PDCA). В данной процедуре – постоянный мониторинг пациентов, который позволит определить динамику развития МО (рисунок 1).

Рисунок 1.

«Процент полностью удовлетворенных пациентов по исследуемым характеристикам качества МП».



По результатам проведенных социологических опросов удовлетворенности пациентов, процент полностью удовлетворенных пациентов, по исследуемым характеристикам

качества МП увеличился на 10.4 %. Такое изменение обеспечено внедрением СМК на каждом этапе деятельности ФГБУ «3 ЦВКГ им. А.А. Вишневого» Минобороны России.

«Процессный подход» является базовым принципом менеджмента, использование которого позволяет упорядочить и повысить эффективность деятельности медицинской организации. Показатели мониторинга удовлетворенности пациентов качеством медицинской помощи, разработанного на основе «процессного подхода», достаточно точно отражают позитивные и негативные тенденции в деятельности медицинской организации, позволяют выявить факторы, снижающие качество деятельности медицинской организации, повысить мотивацию персонала.

Данные социологических мониторингов служат объективным основанием для принятия эффективных управленческих решений, обеспечения конкурентоспособности и устойчивого развития медицинской организации, изучение и понимание потребностей и ожиданий потребителей, обеспечение уверенности в том, что цели организации связаны с потребителями и ожиданиями потребителей.

*Козлова Светлана Александровна*  
*ТФОМС Красноярского края*

## **Развитие конкурентных моделей участия в системе обязательного медицинского страхования России**

Внедрение конкурентных моделей участия страховых медицинских организаций и медицинских организаций в сфере здравоохранения связано с необходимостью повышения эффективности использования растущего объема средств обязательного медицинского страхования путем повышения качества медицинских услуг и снижения издержек на их оказание.

В тоже время рынки здравоохранения являются несовершенными рынками, а последствия свободной конкуренции в сфере здравоохранения могут противоречить целям государственной политики.

Из-за неэффективности рынка в большинстве стран регулирование рынка здравоохранения осуществляется с участием государственных органов власти, при этом реализуются различные комбинации рыночных механизмов и государственного регулирования.

Управление отраслью здравоохранения в Российской Федерации осуществляется Министерством здравоохранения Российской Федерации, которое осуществляет координацию и контроль деятельности находящихся в его ведении Федеральной службы по надзору в сфере здравоохранения, Федерального

медико-биологического агентства, федеральных государственных учреждений и федеральных государственных унитарных предприятий, а также координацию деятельности Федерального фонда обязательного медицинского страхования.

Министерство здравоохранения Российской Федерации является федеральным органом исполнительной власти, осуществляющим функции по выработке и реализации государственной политики и нормативно-правовому регулированию в сфере здравоохранения, обязательного медицинского страхования.

Федеральная служба по надзору в сфере здравоохранения осуществляет государственный контроль качества и безопасности медицинской деятельности.

Федеральный фонд обязательного медицинского страхования – орган охраны здоровья и социальной защиты населения, его основная задача – обеспечить граждан бесплатной медицинской помощью в объеме, определенном действующим законодательством.

Помимо этих специализированных учреждений в системе здравоохранения существует ряд регуляторов, которые несут ответственность за всю экономику и, следовательно, также охватывают здравоохранение и обязательное медицинское страхование. К ним относятся:

- ФАС России, действия которой направлены на предотвращение и пресечение ограничивающих конкуренцию действий со стороны хозяйствующих субъектов, субъектов естественных монополий и органов власти;

- Центральный банк Российской Федерации как уполномоченный орган по выдаче лицензий страховым медицинскими организациям на осуществление деятельности по обязательному медицинскому страхованию.

Рынки здравоохранения могут рассматриваться в контексте частных страховых компаний, конкурирующих за застрахованного лица, и провайдеров (медицинских организаций и врачей), конкурирующих за пациентов и заключающих контракты со страховыми медицинскими организациями.

В Российской Федерации функционирует система здравоохранения, основанная на опыте Голландии, основным принципом которой является управляемая государством конкуренция между частными страховыми медицинскими организациями и между государственными и частными поставщиками медицинских услуг (медицинскими организациями).

На современном этапе развития сфера обязательного медицинского страхования в Российской Федерации состоит из переходных рынков и требует особого внимания в рамках конкурентной политики.

Свободный выбор потребителя медицинских услуг между страховыми медицинскими организациями и медицинскими организациями гарантируется законодательно: статья 16 Федерального закона от 29.11.2010 №326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации» предусматривает выбор страховой медицинской организации, замену страховой медицинской организации и выбор медицинской организации из медицинских организаций, участвующих в

реализации территориальной программы обязательного медицинского страхования.

Указанная норма предназначена для стимулирования развития конкурентных страховых рынков. Страховые медицинские организации обязаны предоставлять услуги по страхованию всем потребителям, не дифференцируя потребителя по состоянию здоровья. Чтобы избежать ситуации, когда страховые компании конкурируют не по существу, т.е. по качеству и цене услуг, а стремятся застраховать население, которое не требует лечения, в Российской Федерации предусматривается финансирование по подушевому нормативу финансирования медицинской помощи.

При этом из-за отсутствия конкуренции проводимые в последние десятилетия реформы в сфере обязательного медицинского страхования в Российской Федерации не приносят результатов, то есть не улучшают показатели здоровья населения, не приводят к повышению качества и доступности медицинской помощи для застрахованных лиц в сфере обязательного медицинского страхования.

Рассмотрение проблематики внедрения конкурентных моделей участия страховых медицинских организаций и медицинских организаций в реализации территориальных программ обязательного медицинского страхования проводилось на примере профилактической работы поликлиник с прикрепленным населением.

Основной формой профилактической работы является проведение диспансеризации определенных групп взрослого населения как комплекса мероприятий, включающего в себя

профилактический медицинский осмотр и дополнительные методы обследований, проводимых в целях оценки состояния здоровья (включая определение группы здоровья и группы диспансерного наблюдения) и осуществляемых в отношении определенных групп населения в соответствии с законодательством Российской Федерации.

При этом результаты ее реализации показывают, что диспансеризация определенных групп взрослого населения не стала действенным инструментом достижения главной цели государственной политики в сфере здравоохранения Российской Федерации – снижение смертности населения.

По результатам анализа проведения диспансеризации определенных групп взрослого населения выявлено:

- доля граждан, завершивших прохождение 2 этапа, от числа направленных, составляет менее 100%;
- низкая частота проведения обследований и осмотров на 2 этапе диспансеризации, в том числе при наличии показаний;
- уровень выявления хронических неинфекционных заболеваний и отсутствие преемственности при проведении диспансерного наблюдения не позволяют снизить обращаемость застрахованных лиц с хроническими неинфекционными заболеваниями за оказанием специализированной и скорой медицинской помощи.

Таким образом, государственные поставщики медицинских услуг (медицинские организации) допускают некачественное исполнение государственного заказа, при этом страховыми медицинскими организациями не предпринимаются меры по изменению ситуации, что в итоге приводит к несоблюдению прав

застрахованных лиц на доступную и качественную медицинскую помощь.

В этой связи внедрение конкурентных моделей участия на рынке обязательного медицинского страхования позволило бы организовать функционирование рынка следующим образом: страховые медицинские организации будут стремиться получить наилучшее возможное решение от поставщиков медицинских услуг по распределению объемов медицинской помощи и использованию средств обязательного медицинского страхования.

Это неизбежно повлияет на деятельность медицинских организаций: управленческий персонал будет стремиться мотивировать медицинский персонал для оказания конкурентоспособных высококачественных услуг.

Страховая медицинская организация может выявить медицинские организации, оказывающие качественные медицинские услуги, путем проведения контроля объемов, сроков, качества и условий оказания медицинской помощи по критериям:

- уровень выявления хронических неинфекционных заболеваний на ранних стадиях;
- доля пациентов, поставленных на диспансерный учет, от пациентов с выявленными заболеваниями;
- уровень выявления факторов развития хронических неинфекционных заболеваний.

Механизм реализации модели конкурентного участия страховых медицинских организаций и медицинских организаций может быть организован следующим образом: страховые медицинские организации по результатам проводимой контрольно-экспертной

работы формируют предложения в Комиссию по разработке территориальной программы субъекта РФ, связанные с перераспределением объемов медицинской помощи от поставщиков услуг, проводивших нерезультативную работу с обслуживаемым населением, в пользу поставщиков услуг, способных обеспечить высокое качество оказания медицинской услуги.

Следовательно, одним из существенных условий распределения объемов медицинской помощи между поставщиками медицинских услуг должны являться показатели качества оказания медицинской помощи, но в сфере обязательного медицинского страхования Российской Федерации этот конкурентный стимул не функционирует должным образом.

Таким образом, решающим фактором успеха этой модели является то, что страховщики имеют стимулы и могут направлять потребителей конкретным поставщикам услуг: страховщики могут вознаградить поставщиков качественных медицинских услуг здравоохранения, направляя к ним больше потребителей или сократить объемы медицинской помощи для медицинских организаций, неспособных качественно и в установленный срок выполнить заказ.

*Кусакина Вера Олеговна,  
студентка магистерской программы «Управление и экономика  
здравоохранения», Национальный исследовательский университет  
«Высшая Школа Экономики»*

### **О необходимости эксплицитного рационирования медицинской помощи в России**

Стоимость услуг здравоохранения растет быстрее, чем возможность государства возмещать эти расходы. Ни одно государство не может позволить себе оплатить всем нуждающимся пациентам все потенциально полезные вмешательства, которые может предложить современная медицина. Обеспечение равного доступа к наиболее эффективному лечению из возможных – серьезный вызов для любой, даже самой «благополучной» системы здравоохранения, а не только для отечественной. Поскольку невозможно дать всё и всем, неизбежно возникают ограничения в доступе к ресурсам.

Организация доступа к ограниченным ресурсам называется рационированием. Рационирование в том или ином виде, открытом или скрытом, присутствует в любой системе здравоохранения, хотим мы того или нет – такова уж природа распределения ограниченных ресурсов. Современное рационирование предлагает из тех вмешательств, которые целесообразны для пациента, оплачивать те, которые плательщик в состоянии оплатить. Под рационированием понимают принципы организации медицинской помощи (например, применение инструментов экономического анализа для включения вмешательств в перечень оплачиваемых за счет государства), так и

техники ограничения доступа к помощи, такие, как, например primarycaregatekeeping (врач первичного звена в роли «привратника»). Рационирование может быть эксплицитным (открытым) – когда критерии доступа к медицинской помощи и критерии оплаты вмешательств устанавливаются официально, на уровне системы здравоохранения, являются обязательными для всех участников и известны как врачам, так и пациентам. Открытое рационирование означает, что существуют формальные правила, по которым государство откажется оплачивать пациенту определенные виды лечения. Также рационирование может быть имплицитным (скрытым) – когда формально существуют одни гарантии, а по факту действуют особые принципы распределения доступа к ресурсам, и они не согласовываются с пациентами и общественностью. Как правило, все начинается со скрытого рационирования, а затем, при определенных обстоятельствах, оно становится открытым (Schmidt 2004). Открытое рационирование поднимает на поверхность ранее скрытые этические дилеммы. Переход к открытому рационированию осуществляется, как правило, под давлением общественности.

Скрытое рационирование удовлетворяет следующим требованиям (Lauridsen et al. 2007):

1. Ограничивает пациентов в выборе потенциально полезного лечения
2. Цель этих ограничений – сдерживание или сокращение расходов
3. Решение ограничить пациентов в выборе скрывается от пациентов

4. Пациентам не известна причина решения об ограничении их выбора

Часто при скрытом рациионировании решение о судьбе каждого отдельного пациента принимает врач. Такое рациионирование носит название «рациионирование у постели пациента» (РПП) (bedsiderationing). Это вид имплицитного рациионирования, когда врач не оказывает пациенту ту или иную потенциально полезную помощь, руководствуясь при этом интересами иными, чем обеспечение наилучшего исхода лечения для пациента.

Любые виды РПП противоречат врачебной этике и разрушают отношения врача и пациента. Пациент должен доверять врачу и быть уверен в том, что врач откровенен с ним и действует исключительно в интересах пациента. Возлагать на врача ответственность за распределение ресурсов между пациентами по своему усмотрению, отличному от соображений пользы для последних, – значит дискредитировать как таковую профессию врача.

При отсутствии эксплицитного механизма отбора, начинают действовать неформальные схемы, которые только усугубляют неравенство и предоставляют помощь не тем, кому она нужнее, а тем, кто может ее получить. Усугубляется существующий веками феномен географического неравенства. Пациенты в крупных городах, таких, как Москва, имеют гораздо больше шансов получить доступ к дорогостоящим вмешательствам, чем пациенты из сельской местности. Пациенты определенных «привилегированных» профессий, «привилегированных» слоев могут скорее получить помощь, чем остальные. Вопреки соображениям общественной пользы, единственно с целью улучшения статистических показаний, могут отбираться менее

«тяжелые» пациенты, или же более молодые пациенты, у которых больше шансов хорошо перенести вмешательство. Когда речь идет об отборе пациентов (а также об аллокации ресурсов в целом), вопрос предпочтения молодых пациентов пожилым является крайне болезненным и вызывает дискуссии о справедливости такого подхода (Fisher 2013). Государство может скрыто уменьшать затраты на здравоохранение, ограничивая число специалистов и создавая длинные листы ожидания. Таким образом ратионируется, например, психиатрическая помощь в США (Norton 2002).

Скрытое ратионирование как минимум (при лучших побуждениях со стороны ратионирующего) является выражением радикального патернализма. Такое ратионирование нарушает права человека, как в роли пациента (так как не предоставляет право выбора из всех возможных вариантов потенциально полезного лечения), так и в роли гражданина. Если мы предполагаем, что граждане не просто выбирают своих представителей и отдают им с полным доверием всю власть принимать решения, но сами имеют право участвовать в общественной жизни и принимать решения, касающиеся их жизни и здоровья, то скрытое ратионирование оказывается абсолютно неприемлемым.

Единственная альтернатива скрытому ратионированию – построение прозрачной системы ограничения доступа к медицинской помощи. Открытое ратионирование – это всегда неприятный процесс. Фактически это означает, что нужно выбрать, кто из пациентов не получит потенциально полезную помощь, и затем отвечать за свой выбор. Более того, нужно разъяснить пациентам, что они не могут рассчитывать на получение любой потенциально полезной помощи. При скрытом ратионировании пациентов зачастую вводят в

заблуждение. Например, если врач знает, что для пациента нет почки для трансплантации, он может убедить пациента, что уже ничего нельзя поделать, что операция, скорее всего, не возымеет успеха, а принесет только дополнительные страдания. Для пациентов такое объяснение может быть гораздо более успокаивающим, чем «в системе нет для Вас денег / ресурсов, мы ничего не можем поделать». Хотя кажется, что установление открытых ограничений на доступ к медицинской помощи может быть несправедливо и препятствует равному доступу всех граждан (застрахованных) к полезным вмешательствам, на самом деле эксплицитное рacionamento является меньшим «злом». Открытые ограничения прозрачны, могут обсуждаться общественностью и изменяться. Они могут гарантировать равенство – то есть то, что все пациенты с одинаковыми состояниями получают одинаковое лечение вне зависимости от прочих условий (Власов 2000). При наличии общественной дискуссии такие ограничения могут быть установлены в соответствии с модальными ценностями и нормами (что не гарантирует справедливость таких ограничений, но оправдывает их в глазах общества). Принципы установления этих ограничений могут контролироваться. Отсутствие же подобных ограничений не гарантирует всеобщий доступ к медицинским благам, а лишь делает систему доступа к ним закрытой, предвзятой, коррумпированной и гарантированно не равной и не справедливой. Только открытое рacionamento может позволить исключить из списка оплачиваемых вмешательств заведомо неэффективные и излишние, перенаправив средства на эффективную помощь действительно нуждающимся в ней пациентам.

Существуют разные типы ограничения доступа пациентов к вмешательствам (Власов 2000):

1. Естественные ограничения. Например – не всем хватает органов для пересадки.
2. Финансовые ограничения – недостаточное количество средств в системе для предоставления всем пациентам потенциально полезной помощи

В процесс рационирования могут быть включены следующие субъекты принятия решений (Власов 2000):

1. Пациенты, в случае, если они оплачивают всю услугу или часть услуги из своего кармана. Вероятно, они будут взвешивать свои затраты и потенциальную пользу от вмешательства. Здесь имеет место так называемое рационирование, основанное на цене (рационирование по доходу) (Norton 2002).

2. Решение об ограничении доступа к медицинской помощи по отношению к каждому отдельному пациенту могут принимать врачи.

3. Плательщики (страховые организации, бюджет). Плательщики рационировали и рационируют доступ к медицинской помощи. Однако они склонны делать это не в интересах пациентов, а в собственных интересах (увеличения прибыли или увеличение зарплат и штата организации, в зависимости от типа организации).

4. Общество (представительные органы, исполнительная власть, общественные объединения граждан). Только общество может принимать легитимные решения по открытому рационированию медицинской помощи.

Существует ряд методов, позволяющих оценивать вмешательства и ранжировать их по определенным критериям для составления списка, оплачиваемого из государственных средств (Колосницына et al. 2009). Отказываясь от оплаты неэффективных и ненужных вмешательств, можно сберечь деньги для оплаты эффективного лечения. При создании подхода к рациионированию медицинской помощи используют методы экономической оценки медицинских технологий.

Существует другой подход – отбор пациентов для вмешательств (Власов 2000). Очевидно, что сильнее всего ограничивается доступ пациентов к дорогостоящему лечению. В условиях ограниченных ресурсов, такое лечение должно применяться, только если ожидается, что оно принесет пациенту ощутимую пользу.

Один из подходов к рациионированию медицинской помощи, применяемый в том числе в США и Великобритании – это создание системы управляемой медицинской помощи (managed care) (Forrest 2003). Основной инструмент управления - primary care gatekeeping – это работа врача первичного звена в качестве «привратника», решающего, должен ли пациент получить доступ к услугам узких специалистов, госпитализации и прочим услугам. Врач при этом оказывается связующим звеном между организаторами здравоохранения, желающими сделать систему менее затратной, и пациентами, желающими получить помощь. Врач должен выяснить потребности пациента и подобрать вмешательства, их удовлетворяющие наиболее эффективно. В качестве руководств для принятия решений об ограничении помощи могут использоваться клинические протоколы, второе мнение, обоснование медицинской необходимости для проведения процедур и оказания услуг.

В качестве эксплицитного ограничения доступа к медицинской помощи может служить страховка (или ее отсутствие) (Norton 2002). Вмешательства, которые не покрывает страховка, становятся для пациентов автоматически менее привлекательными и потребляются в меньших объемах. Мы в общих чертах рассмотрели подходы и техники, позволяющие выстроить систему эксплицитного рационирования. В каждой стране должен быть свой подход к выстраиванию такой системы, основанный на национальной специфике. Следует исходить из многих факторов, в том числе из того, сколько денег может потратить государство на медицинскую помощь, какова структура заболеваемости и смертности, обеспеченность врачами первичного звена и специализированной помощи, доступность медицинского оборудования, разных технологий и т.п. Несмотря на очевидные выгоды от открытого рационирования для населения, многие системы здравоохранения продолжают рационировать медицинскую помощь имплицитно.

*Левченко Анастасия Андреевна,  
студентка магистратуры 2 года обучения,  
кафедра управления и экономики здравоохранения,  
Национальный исследовательский университет «Высшая  
Школа Экономики»*

### **Готовность пациентов к вовлеченности в вопросы охраны и сохранения своего здоровья посредством индивидуального медицинского плана**

**Цель:** получить информацию о готовности населения к планированию мероприятий по охране своего здоровья.

**Материалы и методы.** Использовался количественный метод анкетирования. Анкета исследования была предназначена для совершеннолетних граждан Российской Федерации проживающих на всей территории страны вне зависимости от местности. В первой части анкеты содержались вопросы о антропометрических данных, а также о болезнях рецензируемых. Во второй части были вопросы о взаимоотношении опрошиваемых с поликлиниками и о профилактических мероприятиях, проводимых ими самими и врачами первичного звена в отношении охраны их здоровья. В третьей части исследователей интересовали вопросы желания граждан планирования медицинских мероприятий, о желаемых способах информирования о предстоящей медицинской услуге.

**Результаты.** Было получено 153 заполненных онлайн анкет. Средний возраст респондентов составил 43 года. По утверждению 53% рецензентов у них имеются хронические заболевания. 93% опрошенных заявили о том, что доктор первичного звена никогда

не планировал мероприятий по сохранению здоровья. 56,8% опрошенных утверждают, что никогда не получали информацию от врача о питании и рекомендациях по физической активности. 77% опрошенных граждан изъявили заинтересованность в составлении медицинского плана профилактических мероприятий. А также 40,8 % респондентов желали бы получать уведомления о предстоящем визите к врачу, процедуре, или исследовании посредством смс-сообщений.

**Выводы.** Врачи первичного звена недостаточно справляются с обязанностями по сохранению здоровья граждан. Пациенты готовы принимать участие в формировании индивидуального плана медицинских мероприятий.

*Александр Леонидович Линденбратен,  
профессор, доктор медицинских наук, первый заместитель  
директора ФГБНУ «Национальный научно-исследовательский  
институт общественного здоровья имени Н.А. Семашко»;*

*Мария Александровна Афонина,  
кандидат медицинских наук, студент магистратуры,  
Национальный исследовательский университет «Высшая школа  
экономики»*

### **Проблемы кадрового менеджмента в долгосрочной перспективе в соответствии со стратегией здравоохранения в России**

**Ключевые слова:** медицинские кадры, кадровый менеджмент, непрерывное медицинское образование, экономические и неэкономические методы мотивации медицинского персонала.

***Резюме:** Проблемы кадрового менеджмента в здравоохранении очевидны и за последние 25-15 лет продолжают усугубляться. Кадровый кризис наблюдается на всех этапах – подготовки медицинских специалистов с дальнейшим их трудоустройством, последипломной подготовки (переподготовки), обеспечения ими на всех этапах оказания медицинской помощи и в соответствии с потребностями населения.*

В ежегодном «Послании Президента РФ Федеральному Собранию» от 04.12.2014 г. было отмечено, что для обеспечения национальной безопасности, улучшения качества жизни граждан, а также развития отраслей нового уклада, в том числе и высокотехнологичной медицинской помощи, необходимо четко

определились, с решением каких задач придется столкнуться в долгосрочном периоде уже через 10-15 лет. Наиболее важным и всегда очень проблемным вопросом развития той или иной отрасли является ее кадровое обеспечение. О необходимости развития кадрового потенциала в здравоохранении говорится в ряде документов. В частности, в проекте «Стратегии развития здравоохранения Российской Федерации на долгосрочный период 2015 – 2030 гг.», разработанном Министерством здравоохранения Российской Федерации, указывается прямая взаимосвязь между обеспечением должного качества медицинской помощи и уровнем квалификации медицинских работников. По мнению экспертов, поэтапный переход на систему аккредитацию врачей и медицинских сестер, должен решить ряд проблем в организации последиplomного медицинского образования (Глыбочко П.В., 2014; Семенова Т.В., 2015). Не менее актуальным является проблема кадрового дефицита, а точнее, дисбаланса, в кадровом обеспечении: дисбаланс в соотношении врачебного и среднего медицинского персонала, в обеспечении специалистами между первичным, вторичным и третичным уровнями оказания медицинской помощи, амбулаторной и стационарной помощи, в сельской местности или отдаленных регионах и крупных районных центрах (Сон И.М., 2015; Аленов А.М., 2015; Гаврилов Э.Л., 2016). Приоритетными направлениями реализации «дорожной карты» «Хелснет» (HealthNet) Национальной технологической инициативы (НТИ), утвержденной решением президиума Совета при президенте РФ по модернизации экономики и инновационному развитию России, являются повсеместное внедрение и дальнейшее

совершенствование информационных технологий в медицине, разработок в области медицинской генетики, биомедицины, спорта и здоровья, превентивной медицины, «здорового долголетия» (Чудаков С.Ю., 2017; Гринько О.В., 2017). Становится очевидным, что в долгосрочном периоде систему здравоохранения в России ожидают существенные научно-технологические прорывы, требуется большое число специалистов для решения задач в области новых технологий в медицине. Ожидается также введение новых специальностей в соответствии со сменой парадигмы сырьевого экспорта на не сырьевой (Кудрин А.Л., 2016), увеличения объема фарминдустрии на всех циклах производства, развития юридического института защиты прав пациентов, в связи с увеличением функции в принятии решений страховых агентств.

**Материал и методы исследования:** проведен количественный, структурный анализ основных показателей кадрового обеспечения в здравоохранении за последние 15 лет. Проанализированы нормативные документы, а также экспертное мнение в области медицинского образования, в том числе последипломного.

**Результат:** Согласно данным Росстата, за последние 15-20 лет отмечается увеличение обеспеченности врачами в целом по России: с 44,5 в 1995 г. до 51,2 в 2011 г. в расчете на 10 тыс. населения. В связи с изменениями в статистическом учете, начиная с 2012 г. в составе врачей перестали учитывать аспирантов и ординаторов, поэтому, несмотря на незначительное снижение количества врачебного состава в 2015 г. по сравнению с 2011 г. - 45,9 на 10 тыс. населения, можно с уверенностью указать на рост данного показателя. Обеспеченность сестринским персоналом, напротив, на

протяжении этих лет снижается. Если в 1995 г. данный показатель составлял 110,8 на 10 тыс. населения, то в 2015 г. количество сестер снизилось до 105,8 на 10 тыс. населения. При этом показатель соотношения врачей и сестер также заметно снижался: 1:2,4 в 1995 г. до 1:2,3 в 2015 г. (по другим статистическим данным за 2008 г. – 1:2,15 (Стародубов В.И., Михайлова Ю.В., Леонов С.А., 2010)), что сильно разнится с показателем, рекомендованным Всемирной организацией здравоохранения – 1:4. При этом, согласно проекту «Концепции развития системы здравоохранения РФ до 2020 г.», была поставлена задача увеличить коэффициент соотношения врачей и среднего медицинского персонала в 2015 г. 1:3-5, а к 2020 г. – 1:7-8, что говорит о неэффективности кадровой политики по данному направлению за последнее время.

Другой проблемой, указывающей на кадровый дефицит, является дисбаланс в обеспечении специалистами между первичными вторичным (третичным) уровнями оказания медицинской помощи в соответствии с потребностями населения. По данным Росстата численность врачей терапевтического и педиатрического профиля за последние 15 лет снизилось (терапевтов, включая врачей общей практики (семейных) – на 0,1 на 10 тыс. населения за период 2000-2015 гг.; педиатров – на 5,7 на 10 тыс. населения за тот же период), несмотря на поставленные задачи в области совершенствования системы оказания первичной медико-санитарной помощи. При этом доля некоторых врачебных специальностей в общей совокупности, напротив, выросла (количество неврологов выросло на 0,2, офтальмологов – на 0,1, стоматологов – на 0,3 на 10 тыс. населения за период 2000-2015 гг.),

что свидетельствует о продолжающейся депопуляризации трудовой занятости в первичном звене среди молодых специалистов и необходимости совершенствования кадрового управления в соответствии с поставленными задачами в области развития первичной медико-санитарной помощи.

Нерешенным вопросом также остается дефицит медицинских персонала в сельской местности, а именно в первичном звене (участковая больница, фельдшерский пункт, ФАП и т.д.), и отдаленных от центральной части регионах России. К примеру, в 2012 г. отмечался резкий дисбаланс в обеспеченности врачами в городах и сельской местности - в 4,3 раза, и несколько ниже в обеспеченности средним медицинским персоналом – в 1,9 раза. При этом в тех же сельских медицинских организациях коэффициент соотношения между врачебным и средним медицинским персоналом значительно выше, чем в городах (в среднем на 2,28 в 2012 г.) (Щепин В.О., 2013). В том же 2012 г. различия в обеспеченности врачами между крайними показателями субъектов РФ составляла 2,9 раза, а средним медицинским персоналом – 2,4 раза. Самыми низко обеспеченными субъектами являлись на тот момент для врачей – Чеченская республика, Курганская, Тульская, Еврейская автономная, Тамбовская, Ленинградская, Калининградская области и др., а для среднего медперсонала – Московская, Ленинградская, Калининградская области, Ставропольский край, Чеченская республика и др. (Щепин В.О., 2013). Разумеется, данный дисбаланс возник не только в результате нерационального подхода к кадровому менеджменту в здравоохранении, но и как отражение общенациональной тенденции

в кадровой диспропорции по географическому признаку, связанной с вопросами урбанизации, демографическими проблемами, в частности старением населения, неравномерным финансово-экономическим обеспечением отдельных регионов (особенно дотационных) и отсутствием необходимой инфраструктуры. При решении данной проблемы требуется сочетание социально-экономического, государственного и политического подходов.

Достаточно эффективными в управлении кадровыми потоками зарекомендовали себя методы экономического и неэкономического мотивирования (стимулирования) деятельности медицинского персонала. Реализован ряд программ по привлечению медицинских кадров: федеральная программа «Земский доктор» (2012 г.), региональные программы «Земский фельдшер» (2015 г.), «Земская медсестра» и «Здравоохранение в малых городах» (2017 г., Ульяновская область), программы по привлечению отраслевых специалистов в медицинские вузы по целевой программе с дальнейшим трудоустройством и др., которые, по мнению экспертов, принесли положительные результаты (Пойлов А.Н., 2013; Ивкина Т.Д., 2016; Морозов С.И., 2017). Среди экономических методов мотивирования специалисты выделяют совершенствование системы оплаты труда медицинских работников согласно «Программе поэтапного совершенствования системы оплаты труда в государственных (муниципальных) учреждениях на 2012-2018 гг.», утвержденной распоряжением Правительства РФ от 26.11.2012 № 2190-р. Медицинским организациям предлагается самостоятельно, с учетом кадровых проблем, перераспределять

средства на оптимизацию структуры заработной платы своих сотрудников (Кадыров Ф.Н., 2014).

Неблагоприятной остается ситуация с трудоустройством выпускников медицинских вузов. По данным Минобрнауки России, в 2014 г. только 16 медицинских и фармацевтических вузов смогли трудоустроить 90 % своих выпускников, остальные вузы трудоустроили 85% и менее выпускников, при этом, доля оставшихся работать в регионе после окончания вуза еще меньше. К сожалению, нет всероссийской базы данных, позволяющих отследить характер трудоустройства молодых специалистов, их специальность, а также статистику трудоустройства выпускников средних медицинских и фармацевтических образовательных организаций. Поэтому сложно планировать на министерском уровне реформирование медицинского образования для решения кадровых проблем.

Анализ экспертного мнения относительно начавшейся в январе 2016 г. аккредитации специалистов на осуществление медицинской и фармацевтической деятельности, не дает пока возможности оценить ее вклад в решение кадровых проблем. Несмотря на положительные моменты финансового обеспечения центров, уполномоченных для проведения аккредитации, улучшения их материально-технического оснащения, создания симуляционных центров, встраивания программы в непрерывное медицинское образование, экспертами были отмечены ряд существенных недостатков. Среди недостатков отмечены технические сбои в работе интернет-коммуникаций при проведении аккредитации специалистов, несовершенство соответствующей нормативно-

правовой базы, монополизация центров, проводящих аккредитацию, дробление полноценной деятельности специалиста на отдельные виды работ с возможностью допуска только к одному из них, отсутствия публичного обсуждения контрольных заданий и др. (Садовский В.В., Бранд П.Я., Борисов Д.А., Фоминцев И.А., 2016). Одновременно с этим нарушается процесс профессиональной мобильности, происходит сужение профессиональных возможностей как для врачей, так и для среднего медицинского персонала. Поэтому требуется более внимательный пересмотр, как самой процедуры аккредитации, так и образовательных стандартов в части содержания компетенций и видов деятельности.

**Заключение:** Система здравоохранения в России на современном этапе продолжает испытывать проблемы по части обеспечения медицинскими кадрами. Существуют инструменты экономического и не экономического методов привлечения специалистов в отрасль, но их действие эпизодично и имеет временный эффект. Следует с особым вниманием и осторожностью подходить к реформированию медицинского образования, исключая усугубления кадрового кризиса. Дальнейшее развитие здравоохранения в России невозможно без решения существующих кадровых проблем.

*Майорская Анастасия Сергеевна,  
старший преподаватель кафедры общественного здоровья и  
здравоохранения  
с курсом экономики и управления здравоохранением,  
ФГБОУ ВО «Самарский государственный медицинский  
университет»  
Министерства здравоохранения Российской Федерации*

### **Совершенствование системы управления затратами в медицинской организации государственного сектора здравоохранения**

Долгое время в отрасли здравоохранения управление финансами основывалось в основном на административных подходах. Медицинские учреждения опирались только на постановления, издаваемые органами управления здравоохранением, и почти не имели экономического интереса к совершенствованию методик оказания медицинской помощи, улучшению качества предоставляемых медицинских услуг и расширению объема своей деятельности. Не в полной мере и не всегда используются такие экономические методы управления финансовыми ресурсами, как, например, расчет социально-, медико-экономической эффективности применения денежных средств.

Актуальность проведенного исследования заключается в том, что основная часть денежных средств здравоохранения до сих пор распределяется вне зависимости от реальных показателей работы медицинских учреждений. Во многих медицинских организациях

недостаточно развиты методы управленческого учета затрат и анализа финансово-хозяйственной деятельности организации, что говорит об отсутствии полноценной системы управления затратами в этих организациях.

Целью работы является оценка использования системы управления затратами в медицинской организации. Для достижения цели поставлены задачи: провести анализ системы управления затратами в медицинской организации и дать качественную оценку системы управления затратами в медицинской организации.

Материалы и методы. Объектом исследования выступает Самарская городская больница. Предметом исследования является система управления затратами, сформированная в процессе поступления и распределения финансовых средств в медицинской организации. При проведении данного исследования использовались такие методы, как: статистический, аналитический, экономический. Проведен анализ структуры финансирования базы исследования, системы управления затратами, используемой медицинской организации, проанализированы плановые и фактические показатели в динамике.

Результаты исследования. Самарская городская больница имеет одноканальную систему финансирования. Основная часть финансовых средств поступает из ОМС и в процентном соотношении она составляет 92%. На втором месте идет предпринимательская деятельность, доход которой составляет 7%, а субсидии на иные цели и на выполнение государственных заданий составляют всего 1%.

Структура системы управления затратами в организации должна содержать следующие элементы:

- выработка стратегии осуществления затрат;
- осуществление сметного (или бюджетного) планирования;
- реализация сметы (бюджета);
- контроль достижения запланированных задач или целей;
- оценка эффективности запланированных мероприятий;
- корректировка стратегии и планов.

В Самарской городской больнице используются следующие элементы системы управления затратами.

1. Первый элемент: формирование организационных единиц по управлению затратами (сбор, передача и обработка данных).
2. Второй элемент: информационное обеспечение учета затрат (функционирование и взаимодействие бухгалтерского, планово-экономического и статистического отделов).
3. Третий элемент: планирование затрат (составление плана финансово-хозяйственной деятельности, которое производится кассовым методом).
4. Четвертый элемент: учет затрат (отражение хозяйственных операций в системе бухгалтерского учета).
5. Пятый элемент: анализ затрат (сопоставление плановых и фактических данных, выявление причин отклонений и проблемных участков).

В таблице 1 представлена динамика плановых, кассовых, фактических доходов и расходов в Самарской городской больнице за ряд лет.

Таблица 1

**Динамика плановых, кассовых, фактических доходов и расходов**

**в ГБУЗ Самарской области «Самарская городская больница» за 2013-2015 гг. (руб.)**

<b>Показатели</b>	<b>Год</b>	<b>Плановые</b>	<b>Кассовые</b>	<b>Фактические</b>
<b>Доходы</b>	2013	237.646	232,25	223,906
	2014	273.182	270,69	239,510
	2015	289.128	275,85	304,306
<b>Расходы</b>	2013	237.646	215,35	241,011
	2014	289.105	270,24	290,743
	2015	305.385	274,07	304,135

Проведенный анализ показал, что управление доходами и расходами в ГБУЗ СО «Самарская городская больница» не эффективно. При анализе плановфинансово-хозяйственной деятельности в 2014 и 2015 годах было выявлено превышение расходов над доходами, что говорит о бюджетном дефиците, который произошел за счет снижения поступлений из областного

бюджета в 5,29 раз в 2015 году, и значительное увеличение расходов по статье «Прочие услуги» на 18 408 442,96 руб. В целом, по приведенным данным можно сказать, что плановые, кассовые, фактические доходы не соответствуют плановым, кассовым и фактическим расходам, и данная ситуация не изменяется на протяжении всего анализируемого периода. Увеличение расходов по данной статье, возможно, произошло из-за оказания услуг не лечащими врачами, а лицами, которым предоставлены юридические права по обслуживанию пациентов, например, открытие кабинета логопедии, водолечебницы или лечебной физкультуры. Превышение расходов над доходами может быть следствием неэффективности используемой методики составления плана финансово-хозяйственной деятельности, сигналом о проблемах в медицинской организации, начиная с планирования финансовой деятельности и заканчивая реальными показателями бухгалтерского и управленческого учета.

#### Выводы.

1. Система управления затратами в ГБУЗ СО «Самарская городская больница» используется частично.
2. Выявлен запланированный дефицит бюджета медицинской организации в 2014 и 2015 годах.
3. Отклонение кассовых, фактических доходов и расходов значительно как между собой, так и от плановых показателей.
4. Выявлено отсутствие текущего оперативного контроля за кассовыми расходами по статьям затрат.
5. Выявлено отсутствие мер по разработке управленческих решений с целью улучшения финансового положения организации.

Для улучшения финансового положения данной медицинской организации необходимо использовать целостную систему управления затратами. Для этого необходимо:

- улучшить сбор, передачу и обработку данных;
- определить центры затрат согласно структуре медицинского учреждения;
- установить нормы и нормативы расхода материальных запасов;
- совершенствовать информационное обеспечение затрат;
- осуществлять планирование затрат;
- выполнять оперативный контроль расходов;
- отражать хозяйственные операции в системе управленческого и бухгалтерского учета;
- проводить полноценный анализ затрат;
- разрабатывать управленческие решения и контролировать процесс их исполнения всеми подразделениями медицинской организации.

Такие манипуляции будут составлять систему управления затратами, что поможет проводить грамотный учет, анализ, контроль и планирование затрат и нормализовать финансовое положение данной медицинской организации.

Заключение. Чтобы наиболее эффективно управлять затратами, нужно иметь полную информацию по действующим расходам в организации, вести соответствующую финансовую документацию и отчетность для более точного и оперативного регулирования руководителем данных процессов, а именно финансового

результата деятельности организации, распределения источников покрытия расходов и дальнейшего планирование расходов на будущий период. Особенно необходимо уделить внимание источникам финансовых ресурсов, которые должны покрывать все виды расходов в организации.

Мацкевич Виктория Евгеньевна,

Национальный исследовательский университет «Высшая школа экономики»

## **Оценка клинико-экономической эффективности при закупке высокотехнологичного медицинского оборудования**

***Резюме:** В докладе рассматривается организационная система управления по обеспечению медицинским оборудованием, методы оценки экономической эффективности использования медицинского оборудования, оценка эффективности и обоснованности с учетом источников финансирования, проанализированы основные рекомендации по повышению эффективности государственных закупок высокотехнологичного медицинского оборудования.*

В условиях ограниченных ресурсов необходимо соблюдать принцип эффективности и результативности государственных закупок с учетом достижения максимально качественного клинического результата. Качество и доступность медицинской помощи во многом зависит от медико-технической оснащенности и налаженного технологического менеджмента медицинской организации. Актуальной задачей является совершенствование методов принятия решений о закупке высокотехнологического оборудования. Использование оценки клинико-экономической эффективности при принятии решений о закупке медицинского оборудования является важным, но недостаточно изученным

методом в российской практике. Анализ зарубежной практики применения процедур оценки технологий показывает, что данный инструмент может быть эффективно использован в процессе планирования закупок медицинского оборудования.

Целью данной работы является обоснование необходимости внедрения процедур оценки клинико-экономической эффективности при планировании закупок медицинского оборудования. Для этого была изучена организационная система управления по обеспечению медицинским оборудованием и выделены узкие места данной структуры; определены актуальные методы оценки экономической эффективности использования медицинского оборудования; выделены особенности оценки эффективности с учетом источников финансирования; определить критерии обоснованности закупки медицинского оборудования; оценена текущая управленческая практика государственных закупок медицинского оборудования с учетом мнения экспертного сообщества; проанализированы и предложены рекомендации по повышению эффективности планирования закупок высокотехнологичного медицинского оборудования.

Ввоз, регистрация, обращение и экспертиза качества и безопасности медицинских изделий регулируется рядом нормативно-правовых актов и Федеральной службой по надзору в сфере здравоохранения (Росздравнадзор).

Чем высокотехнологичнее и современнее медицинское оборудование, тем острее встает вопрос оценки экономической эффективности данного приобретения. Под эффективность приобретения оборудования понимается сопоставление затрат на

приобретение оборудования с полученным результатом (характеристиками приобретенного оборудования). В затраты входят маркетинговый анализ, поиск поставщика, организационные расходы и сама стоимость оборудования. Методы экономического анализа обычно делят на четыре группы, в зависимости от того, в чем измеряются результаты: метод минимизации затрат (costanalysis); анализ затраты-результативность (cost-effectivenessanalysis, CEA); анализ затраты-выгоды (cost-benefitanalysis, CBA); анализ затраты-полезность (cost-utilityanalysis, CUA).

Важным параметром, который обуславливает выбор подхода к определению экономической эффективности внедрения новой техники, является источник, из которого финансируется закупка медицинского оборудования. Основными источниками приобретения оборудования являются: бюджеты различных уровней; средства обязательного медицинского страхования (ОМС); доходы от предпринимательской деятельности (платных услуг). Показатели эффективности медицинского оборудования могут выражаться в интенсивности, окупаемости, количестве выполненных исследований, проценте установленного оборудования и т.д. Какую оценку эффективности будут использовать и какой конечный результат интересен медицинскому учреждению зависит от его источника финансирования (финансирующего органа), способах оказания услуг, а также автономности принятых решений о распределении средств. Для финансирующих органов наиболее эффективным будет являться то оборудование, которое обеспечивает наилучшее соотношение

«эффект - стоимость оборудования». Для медицинских же учреждений наиболее важным является соотношение «эффект – затраты на текущее содержание оборудования». Поэтому при прочих равных условиях для финансирующих органов наиболее эффективным будет наиболее дешевое оборудование, а для медицинских учреждений – наименее затратное по содержанию. В итоге вышестоящие органы, осуществляющие бюджетное финансирование, заинтересованы в покупке наиболее дешевого оборудования, которое возможно требует очень больших затрат на поддержание его в работоспособном состоянии. Медицинские же учреждения, напротив, хотят сэкономить на текущем содержании и стремятся получить наиболее неприхотливое оборудование, даже если оно является наиболее дорогим.

До недавнего времени закупки медицинского оборудования осуществлялись централизованно. Но ситуация стала меняться в процессе развития платных услуг, автономности учреждений. Еще не компетентные в вопросе эффективности медицинские организации все чаще вынуждены планировать и осуществлять закупки самостоятельно, ориентируясь лишь на видимые показатели - цена и производитель. Однако процесс закупки является многокомпонентным и требующим разносторонних экспертных оценок процесс. Необходимо четко придерживаться критериям обоснованности приобретения медицинского оборудования: чем обусловлена потребность; каковы показатели эффективности и производительность аналогичного оборудования в организации; приоритетность выбора; соответствие специализации организации; встраиваемость в

общую технологическую цепочку; наличие квалифицированных кадров; возможность осуществления незамедлительного сервиса и т.д. По каждому критерию должно быть полное и глубокое обоснование.

Как показал анализ существующей практики принятия решений о закупке медицинского оборудования руководители, принимающие данные решения, еще не адаптировались к новым реалиям системы здравоохранения. Данный факт является серьезным барьером для внедрения методик и инструментария оценок клинико-экономической эффективности медицинского оборудования и медицинских технологий в целом в практику планирования закупок. Дополнительные процедуры являются бременем, а не возможностью более эффективного управления. Также данные методики значительно ограничивают их свободу принятия решения, что может идти вразрез с их личными выгодами. Изменение данной ситуации возможно за счет разработки официальных требований к эффективности закупки высокотехнологичного оборудования, а также соответствующих механизмов поощрения и санкций.

*Момяко Яна Александровна,  
студентка 1 года обучения магистерской программы  
«Управление и экономика здравоохранения»,  
Национальный исследовательский университет «Высшая школа  
экономики»*

### **Система здравоохранения Беларуси: новые вызовы и поиски решений**

В рамках научной работы на тему: «Система здравоохранения Беларуси: новые вызовы и поиски решений» представляются наиболее важными следующие вопросы: какие существуют проблемы в системе здравоохранения Республики Беларусь, каковы особенности зарубежного опыта организации системы, каковы возможные направления совершенствования и перспективы развития здравоохранения в Беларуси.

Актуальность данной темы в настоящее время достаточно велика, т.к. состояние здоровья населения является одной из важных социальных проблем в Беларуси, несмотря на то, что система здравоохранения в стране государственная, её уровень нельзя назвать высоким. Бесплатная медицинская помощь не всегда отвечает европейским стандартам качества. Беларусь значительно отстает от развитых стран по большинству показателей, которые применяются для оценки здоровья жителей страны. По последним данным Организации Объединённых Наций в рейтинге по показателю продолжительности жизни населения, опубликованном в 2015 году, Беларусь находится на 108 месте из 190 стран, причем отрыв от соседних европейских государств является значительным

(Эстония – 47 место, Латвия – 84 место). Особенно большим в Беларуси является разрыв в продолжительности жизни между мужчинами и женщинами: в среднем мужчины живут на 10 лет меньше. Этот показатель является во многом определяющим в эффективности работы системы здравоохранения. По оценкам ООН «естественная» разница средней продолжительности жизни мужчин и женщин считается 5 лет.

В Беларуси высокий уровень смертности, из 226 стран Беларусь занимает 14 позицию, согласно регулярному исследованию, проводимому Центральным разведывательным управлением США: 13,3 случая смерти на 1000 населения в 2015-м году. Одновременно высоким является уровень преждевременной смертности среди мужчин, что значительно влияет на существующий разрыв в продолжительности жизни полов. Также в стране отмечается низкий уровень рождаемости и увеличение доли населения пенсионного возраста, что в совокупности с высоким уровнем смертности лиц трудоспособного возраста свидетельствует о демографическом старении населения.

В данных условиях развития значительно увеличивается нагрузка на финансирование системы здравоохранения. Основное бремя расходов на здравоохранение Беларуси несет государство (около 75% выделяется из государственного и местных бюджетов), личные средства граждан и работодателей составляют 22% и совсем небольшой вклад вносит рынок добровольного медицинского страхования. Доля государственных расходов на здравоохранение в 2015 году составила 4,2% ВВП, что значительно ниже большинства европейских государств. Этих средств

недостаточно для оптимального функционирования и развития отрасли. Нужно отметить, что в последние годы страна идёт по экстенсивному пути развития, оснащая большими мощностями крупные медицинские центры и клиники, не уделяя достаточного внимания первичному звену, в связи с чем распределение имеющихся средств происходит неэффективно, что обуславливается такими показателями как высокий уровень госпитализации, большое число коек, а продолжительность пребывания в стационаре гораздо выше большинства европейских государств.

Цель исследования заключается в анализе проблем, выявлении перспектив развития и направлений совершенствования системы здравоохранения Республики Беларусь, а также определении возможности применения в Беларуси опыта соседних европейских государств.

Реализация поставленной цели предполагает разработку концептуальной модели развития здравоохранения в постсоветской стране; выявление главных тенденций развития здравоохранения Республики Беларусь в послереформенный период; а также проведение сравнительного анализа систем здравоохранения Беларуси и Эстонии и, на основе выявления важных особенностей и обобщения зарубежного опыта организации данной системы, разработку рекомендаций и возможностей применения в Беларуси опыта Эстонии.

*Aduo-Adjei Kofi,*  
*first-year student of master's program "Population and*  
*Development", National Research University "Higher School of*  
*Economics"*

**Women's knowledge on the fertile period/ovulation: Implications for promoting Standard Days Method (SDM) for family planning in Ghana**

**Keywords:** ovulation; menstrual cycle; knowledge; Standard Days Method; family planning.

Over the decades, there have been introduction of diverse modern family planning methods to control high fertility rate in Ghana. These methods were introduced as a complement to natural methods that were passively practiced by Ghanaian women. While the natural methods of family planning are generally considered ineffective, research interest in making some of the known natural methods "modern" is impressive. One of such developments is improving periodic abstinence through the Standard Days Method (SDM). When used correctly, it offers more than optimum (95%) protection against pregnancy. For women to effectively apply SDM, they must have adequate knowledge of the ovulatory cycle. This paper investigated level of knowledge on when ovulation occurred in the menstrual cycle and the socioeconomic factors that undergird this knowledge among women between 15-49 years in Ghana.

The study relied on a nationally representative dataset extract from the 2014 Ghana Demographic and Health Survey (GDHS). Proportions,

chi-square and binary logistic regression were applied to determine the extent of knowledge of ovulation period and the magnitude of differences among women of different socioeconomic strata.

The findings from the study indicated that significant proportion of Ghanaian women did not know the correct timing of ovulation. Consistent with expectation, highly educated women (OR=2.064, 95% CI=1.639, 2.600), from affluent households (OR=1.432, 95% CI= 1.134, 1.807), older women and those who were using periodic abstinence (OR=1.714, 95% CI=1.340 2.194) at the time of the survey tended to know correctly when ovulation occurred in the month.

The generally low levels of knowledge about timing of ovulation coupled with the significant gradients in this knowledge by background characteristics suggests that any efforts to promote SDM in Ghana should give priority to educating targeted beneficiaries on when ovulation occurs in the month. In addition, the population council of Ghana needs to integrate programmes and policies that is focused on implementing the SDM as an instrumental option in ensuring proper family planning.

In conclusion, knowledge of ovulatory cycle is low and this is highly graded among of different age, education, wealth and type of current contraceptive method. This is a critical and important aspect of reproductive health knowledge that women need in order to promote women health in Ghana.

*Ola Bamidele Emmanuel,*  
*first-year student of master's program "Population and*  
*Development",*  
*National Research University "Higher School of Economics"*

**Interregional comparison of selected demographic and socio-economic dimensions of intimate partner violence (IPV) in Nigeria (using 2013 NDHS)**

**INTRODUCTION**

Intimate Partner Violence (IPV) is a global public health problem captured as violence between persons in intimate (mainly heterosexual) relationships, and is mostly perpetrated against women by their intimate spouses or partner. World over, women in abuse relationships suffer various forms of IPV with varying levels of intensity. Forms of IPV include physical, emotional and sexual damage in such relationships. According to a report by WHO (2012), IPV is a major source of about 38% of non-natural deaths among women, depression, resorting to alcohol abuse, severe and less severe physical harms, burns, dislocations, fractures, eye damage, risks of STIs, unwanted pregnancy and abortion, low weight babies (if IPV is against pregnant women) – all with short, long and perhaps life term negative consequences on their victims (WHO, 2012). Sadly, IPV is prevalent in Nigeria (NPC and ICF Macro, 2004, 2008). However, there are variations in forms and prevalence of IPV against women across Nigeria's six geo-political zones (hence GPZ). To this end, this study seeks to measure the prevalence of IPV across Nigeria's six geo-political

zones vis-à-vis North Central, North East, North West, South East, South South, and, South West, with a view to answering the questions: How prevalent is IPV across Nigeria's six GPZs? And, what are the risk factors predisposing women to IPV exposure in Nigeria? For sake of emphasis, my research objectives are:

1. To identify the geo-political zone in which IPV is most prevalent in Nigeria,
2. To measure the influence of spousal relative income on their predisposition to IPV,
3. To estimate the role of certain selected demographic, socio-cultural and economic factors on IPV in Nigeria,
4. To proffer probable recommendations that can ameliorate the plight of women and forestall or greatly reduce the prevalence of IPV against women in Nigeria.

Certain factors have already been identified in several studies conducted around the globe as predisposing factors for IPV incidences and prevalence in the country (ies), region (s) or society (ies) studied. Examples of such factors and studies include being in polygynous unions, unemployment and low educational Status, not being in cash paying job, low education of Women, gender wage gap, partner's educational status, attitude towards wife beating, alcohol consumption, household wealth index, number of living or dependent children, among others, Kreuz and Rose, 1972; Odujinrin, 1993; Archer, 2004; Rani, Bonu and Diop-Sidibe, 2004; Doku and Asanten, 2015; Gracia, 2004; Rani, Bonu and Diop-Sidibe, 2004; Mann and Takyi, 2006; Gyuse, 2009; Aizer, 2012; WHO, 2012; Iliyasu, et al., 2013; Yoshikawa, et al., 2014; UN, 2015; Batrinos, 2012; Garcia, 2016).

To test the consistency of these factors in the Nigerian case, I employed the nationally representative data of the 2013 Nigeria Demographic and Health Survey (NDHS) conducted by the Nigerian

National Population Commission (NPC) and ICF Macro. The NDHS, sponsored by the United States Agency for International Development (USAID), provides relevant data on the prevalence of violence against women (VAW), IPV, domestic violence, and other issues pertinent to women's and men's (15-49 years) health and general well-being in Nigeria. I employed only the version containing women's self-report of IPV to answer my research questions and accomplish the set objectives. The 2013 NDHS involved a nationally representative sample of 38,948 women (15-49) selected across 40,680 households. Among these, 27,830 (71.4) were married currently married or living together with a partner. Out of these, a subsample of 27,634 (unweighted) were selected to answer questions on domestic violence using Strauss (1990) modified version of the Tactics Conflict Scale. Data were described and analyzed in STATA version 13, binary logistic regressions were run and results are presented in Odds Ratio.

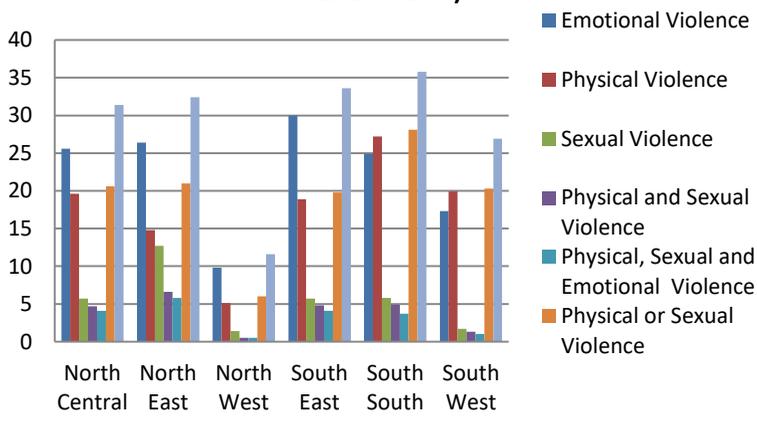
My major hypothesis were: (i) Women who have no education will be more exposed to IPV than women who have primary, secondary or higher education – this flows from the theory in literature that low education is associated with IPV exposure (ii) Women who are involved in household decision making are less likely to experience IPV compared to their counterparts who are not involved in any (iii) Women in the poorest households on the wealth index are more likely to experience IPV than their counterparts in richer households (iv) women who have two or more dependent children are more likely to be exposed to IPV than their counterparts who have no dependent children. Other covariates tested include residence (urban vs rural), religious affiliation, and relative income. My dependent variable is a binary variable –

experience of Intimate Partner Violence = 1; no experience = 0. The IPV index was generated as by checking individual responses and generating all affirmative responses on experience of physical, sexual and emotional partner abuse reported by the women. Women who attest to any is coded 1, while denial equals 0. Similarly, my independent variables include education (no education = 0, primary = 1, secondary = 2, higher = 3), women's involvement in decision making (No = 1; Yes = 2), women's household wealth index (poorest = 1; Poorer = 2; Middle = 3; Richer = 4; Richest = 5); women's number of dependent children (None = 1; 1-2 = 2; 3-4 = 3; 5+ = 4), residence (urban = 1; rural = 2).

Findings shows that among the women, 56% are less than 30 years old, 52% are Muslims, 58% live in rural areas, and 71% are currently married or living together with a partner. There is wide gap in educational attainment between the northern zones and southern zones: 55.1% of northern women compared to only 6.3% of southern have had no formal education; the most affected being North West (69.4%) and North East (64.4%). Likewise, the northern zones ranked very low on the household wealth quintiles index as only 7.4% (both NE and NW) and 14.8% (NC) are among the highest quintile compared to 49.8% (SW), 31.9% (SS) and 27.9% (SE) zones in southern Nigeria.

Result of IPV prevalence reveals that one out of every four women has experienced one form of IPV or the other. Women suffering emotional violence topped the list (at 19.2%), followed by physical violence (14.4% - among which the commonest was the spouse "Slapped her" - 12.7%), and sexual violence (4.8%); (see Table 1.1 and Figure 1).

**FIGURE 1: PREVALENCE AND FORMS OF INTIMATE PARTNER VIOLENCE IN NIGERIA BY REGIONS (USING 2013 NDHS)**



IPV is generally most prevalent in South South GPZ using all the three forms of IPV measured here. However, it is instructive to note that Sexual Violence is most prevalent in North East Nigeria at 12.7%.

Women were asked if they agreed it is right for a man to beat his wife for any of the following five excuses: if she – *burns the food, neglects the children, goes out without telling him, refuses to have sex with him, argues with him*. It is surprising that wife beating received its highest acceptance for at least one reason from almost half of all the respondents in North East Nigeria (49.6%) but lowest in South West (17.8%) – though still relatively high.

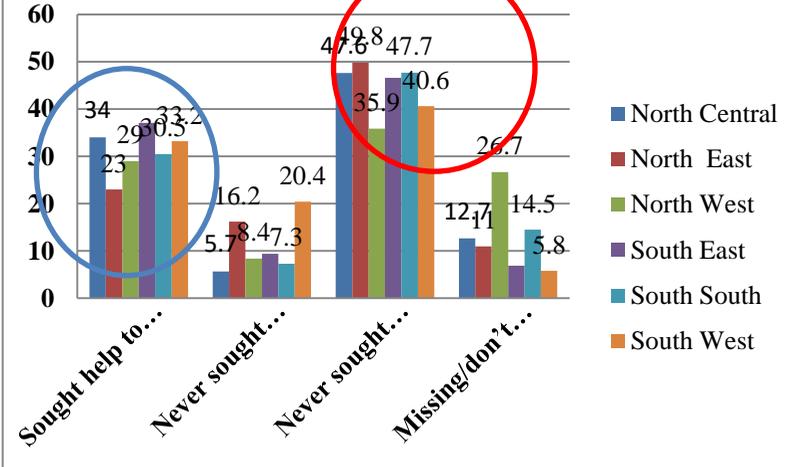
Further, result of the binary logistic regression model tests fitted show that ever married women in rural areas are (aOR 0.84, 95% CI = 0.714-0.988,  $p < 0.05$ ) less likely to experience IPV compared to their counterparts in urban areas. Likewise, women who occupy the poorer category on the household wealth index are more likely (aOR

1.360, 95% CI = 1.033-1.789,  $p=0.05$ ) to experience IPV than women in the poorest wealth index category – more research works, especially qualitative works are needed to understand the dynamics of such relationship. All other groups on the wealth index were not statistically significant, at 95% Confidence Interval. Women who are involved in at least one decision making process were (a OR 0.812, 95 % CI = 0.661-0.999,  $p<0.05$ ) were less likely to experience IPV compared to their counterparts who are not. I found that women earning more than husband/partner is associated with higher likelihood of suffering IPV (aOR 1.442, 95% CI = 1.129-1.842,  $p<0.01$ ) compared to women who earn less than theirhusband/partner does. This result is discussed in greater detail in another paper.However, suffice it to mention that I found a somewhat U-Shape hypothesis in which women who earn more are at (aOR 1.442, 95% CI = 1.129-1.842,  $p<0.01$ ) more likely, but those who earn about same (aOR 0.669), 95% CI = 0.508-0.881,  $p<0.01$ ) income are less likely, to experience IPV compared to women who earn less than husbands.The rising question is whether this does mean that husbands/male partners do not want their wives/female partners to earn more than they earn? And that it is safer for women to earn almost as equal as her husband or partner but not any more or less, since earning more exposes her to danger of IPV and earning less exposes her too? It is also surprising that women who have primary education (aOR 3.516, 95% CI = 2.860-4.323,  $p<0.001$ ) and secondary education (aOR 3.079, 99.9 % CI = 2.527-3.753,  $p<0.001$ ) are more likely to experience IPV women with no formal education. I found no statistically significant relationship between Higher (Post-Secondary) education attainment and IPV experience in Nigeria.

Finally, women who belong to Islamic religion were (aOR 0.322, 99.9 % CI = 0.242-0.427,  $p < 0.001$ ) less likely to experience IPV compared to women in catholic religion.

Although, the results shows high prevalence of IPV in Nigeria, the fact remains that IPV incidences are still highly underreported (a well-known global characteristics of IPV, also somewhere posited by Palermo, Bleck, and Peterman, 2014). A quick conformation of this I found using the rate of reporting IPV incidence in each zone in Nigeria. It became evident that many people “*never told anyone*” nor “*sought help to stop violence from any source*” thus raising doubts whether the reliance of available reports are truly reflective of the real situation. If women could for any reason not disclose IPV to anyone, I doubt if all these would break the “culture of silence” and reveal all needed information they did not reveal to their relatives and friends to almost, if not altogether, “a stranger-interviewer” irrespective of skills to boost responses such as putting the violence questionnaire module last and others. Figure 1.2 below shows this culture of silence. I paid attention to North West region where current data shows IPV is lowest among women and discovered this region also has the highest level (26.7%) of no response (Don’t know/Missing) to the question on help-seeking behavior to stop IPV when compared across zones.

**Figure 1.2: Help seeking to stop violence among Women in Nigeria by Zone (Using 2013 NDHS)**



## 1.2 CONCLUSION

I have demonstrated that IPV is prevalent across all geopolitical zones, highest at South South GPZ and lowest in North West GPZ, (whereas sexual violence is most prevalent in North East GPZ). Almost half of the respondents in North East GPZ agree that IPV is justified for at least one reason; justification is least in the South Westzone. A number of factors have been found associated with IPV prevalence. To this end, it is recommended that the government and other stakeholders intervene in promoting morefemale education, thus raising self-esteem among girls - this should be pursued as a long term goal. Very immediate intervention should focus on value reorientation especially among men on the value of women. This could prove to be somewhat helpful in stemming, if not eradicating, instances and prevalence of IPV in Nigeria.

*Umesi Love Ugonna,  
first-year student of master's program "Population and  
Development", National Research University "Higher School of  
Economics"*

**Effect of women empowerment among currently married women  
in Nigeria on contraceptive use: using 2013 Nigeria Demographic  
and Health Survey (NDHS)**

**Background:** This paper describes a study carried out to explore factors that can potentially have an impact on contraceptive use among currently married women, especially gender related issues. Although females make up almost 50 percent of the total population, it is pertinent to note that their active involvement in matters that concerns them is still very low. Paying attention to empowering women through education, access to information, improvement of rights and status is essential to enhancing the reproductive health of women and most importantly controlling fertility in Nigeria. Hence this research.

**Methods:** Data from the 2013 Nigeria Demographic and Health Survey (NDHS) was used in the analysis. Women numbering 26,403 who were currently married or living with a partner were included. The outcome variable in this analysis was use of any (modern or traditional) contraceptive method. Sixteen questions used to determine women empowerment in the survey were grouped into different categories, they were used together with socio-demographic characteristics as independent variables for further analysis in a logistic multivariate model.

### **Background of study:**

Women Empowerment can be defined as the creation of an enabling environment for women so they can be able to make decisions of their own for their personal, family and societal benefits. It refers to increasing and improving the social, economic, political and legal strength of women, to ensure equal-right to women, and to make them confident enough to speak up for rights.

The 1994 International Conference on Population and Development declared that “advancing gender equality and equity and the empowerment of women and the elimination of all kinds of violence against women, and ensuring women’s ability to control their own fertility...are cornerstones of population and development-related programs” (United Nations, 1994). Women’s empowerment has been defined to encompass women having a sense of self-worth, access to opportunities and resources, choices and the ability to exercise them, control over their own lives, and influence over the direction of social change (United Nations Population Information Network, 1995).

A woman’s ability to control her fertility preference and the choice of contraceptive she uses are likely to be affected by her self-esteem and level of empowerment. A woman who feels that she doesn’t have the right to take decisions in other areas of her life may be less likely to feel she can make decisions regarding fertility. It is more likely she will leave it to the desires of her husband even when it doesn’t please her or she may feel the need to choose methods that are easier to conceal from her husband. In advanced societies where health care is widely available, women’s status may not affect their access to health care services, but in

a developing society like Nigeria, increased empowerment is more likely to enhance women's ability to seek and use health services to better meet their own reproductive health needs. Only 31 percent of currently married women in Nigeria participate in decisions pertaining to their own health care, major household purchases, and visits to their family or relatives.

From the results of the 2013 Nigeria Demographic and Health Survey (NDHS) only 15 percent of currently married women in Nigeria are using a contraceptive method, an increase of only 2 percentage since the 2003 NDHS while about 68 percent of sexually active unmarried women use family planning methods. Though this is to be expected, but the high disparity poses questions that need to be answered as to why the gap is much.

The current total fertility rate of 5.5 births per woman, meaning that on average, Nigerian women will give birth to 5.5 children by the end of their childbearing years is still high when compared with the global trend and even some West African countries. The TFR of 5.5 is just 0.2 children per woman less than that reported in the 2003 and 2008 NDHS surveys (5.7 each) which is not sufficient progress in reducing the fertility rate in Nigeria considering the growth in the population. The report further revealed that on the average, Nigerian women have about one child more than the number they want. This goes to show that the total fertility rate of 5.5 children per woman is 15 percent higher than it would be if all unwanted births were avoided. By this, concerted efforts should be made to find out the reasons for the low uptake in family planning methods among married women and make plan towards militating them.

Family planning refers to a conscious effort by a couple to limit or space the number of children they want to have through the use of contraceptive methods. Contraceptive use is positively associated with women's level of education. Its use increases with higher educational attainment and economic empowerment. 2013 NDHS also revealed that 37 percent of women who have more than a secondary education use a contraceptive method, as compared with only 3 percent of women with no education. By wealth quintile, only 2 percent of women in the lowest quintile use a contraceptive method while 37 percent of those in the highest quintile use a method. This goes to show that contraceptive use is positively associated with women's empowerment, the mean ideal number of children decreases with improvements in women's empowerment.

The Federal Government of Nigeria, through the Federal Ministry of Health (FMoH), in line with the need to improve maternal health care and reduce the high fertility rate initiated the distribution of free contraceptives to states and to family planning and child spacing programs from April 2011. Various studies on Nigerians' ability and willingness to pay for contraceptives revealed that, to achieve the needed increase in the contraceptive prevalence rate, especially among married women, cost barriers should be removed so that even the very poor can have unlimited access to contraceptives. This informed the Government's intensified efforts to ensure that Nigerians have access to contraceptives. Recently, in its efforts to meet the unmet need for family planning, the Government approved the distribution of free family planning supplies in public health facilities and an increased commitment to reproductive health programs (FMoH, 2013).

**Conclusion:** From the analysis of the results, it can be concluded that all the measures of women empowerment in the NDHS 2013 had positive significant impact on use of contraceptive amongst married women in Nigeria, with indicators such as women involvement in decision making, exposure to information and level of education were more important predictors of contraceptive use than women's attitude towards domestic violence and ownership of asset.

**Recommendations:**

I hereby recommend that

- Policy makers should target human capital development of women.
- Women's empowerment be integrated into family planning programming in Nigeria
- Finally, since the questions included in the current NDHS are not exhaustive in explaining the various dimensions of women empowerment indicators, I recommend additional qualitative research be carried out to proffer more knowledge on this subject.