

ОРИГИНАЛЬНЫЕ ИССЛЕДОВАНИЯ

14.02.03 – Общественное здоровье и здравоохранение (медицинские науки)

УДК 614.2

DOI 10.17021/2020.1.2.8.16

© Ю. П. Бойко, М. А. Шаповалова, А. В. Щербинин,
Х. Ю. Угурчиева, И. А. Кашкарова, 2020

АНАЛИЗ МАТЕРИНСКОЙ СМЕРТНОСТИ В РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ. ОСНОВНЫЕ ТЕНДЕНЦИИ

Бойко Юрий Павлович, доктор медицинских наук, доктор политических наук, кандидат юридических наук, кандидат экономических наук, профессор, заведующий кафедрой медицинского права, общественного здоровья и управления здравоохранением, ФГБОУ ДПО «Российская медицинская академия непрерывного профессионального образования» Минздрава России, заслуженный врач Российской Федерации, Россия, 125993, г. Москва, ул. Баррикадная, д.2/1, стр.1, e-mail: boykoyp@mail.ru

Шаповалова Марина Александровна, доктор медицинских наук, профессор, заведующая кафедрой экономики и управления здравоохранением с курсом последипломного образования, ФГБОУ ВО «Астраханский государственный медицинский университет» Минздрава России, Россия, 414000, г. Астрахань, ул. Бакинская, д. 121, тел.: 8-927-284-16-63, e-mail: mshap67@gmail.com.

Щербин Александр Владимирович, врач – нейрохирург, ГБУЗ ГКБ имени В.П. Демикова, Россия, 109263, г. Москва, ул. Шкулева, д. 4, e-mail: sherbinaleksandr@mail.ru

Угурчиева Хяди Юсуповна, заместитель главного врача по лечебной работе, Детская Республиканская клиническая больница, Республика Ингушетия, 386101, г. Назрань, ул. Бакинская, 81, тел. 8-928-695-04-64, e-mail: ugurchieva2014@mail.ru

Кашкарова Ирина Алексеевна, старший преподаватель кафедры экономики и управления здравоохранением с курсом последипломного образования, ФГБОУ ВО Астраханский ГМУ Минздрава России, Россия, 414000, г. Астрахань, ул. Бакинская, д. 121, тел. 8-927-282-82-40, e-mail: irishakashkarova@mail.ru.

Материнская смертность является важнейшим показателем состояния репродуктивного здоровья женщин, отражающим не только уровень социально – экономического благополучия, но и доступность, безопасность и качество оказываемой акушерско–гинекологической помощи.

На основании официальных статистических данных материнская смертность в Российской Федерации за последние годы имеет тенденцию к снижению, однако все еще остается высокой в сравнении с другими странами.

В обзорной статье проведен анализ структуры материнской смертности в Российской Федерации. Обозначен основной комплекс мер для дальнейшего развития акушерско–гинекологической помощи в регионе.

Ключевые слова: материнская смертность, коэффициент материнской смертности.

ANALYSIS OF MATERNAL MORTALITY IN THE RUSSIAN FEDERATION. THE MAIN TRENDS

Boyko Yuriy P., Dr. Sci. (Med.), Doctor of political Sciences, Professor, Head of the Department of medical law, public health and health management of the Federal State Educational Establishment «Russian medical Academy of continuous education» of the Ministry of Health of the Russian Federation. Address: 125993, Moscow, Barricadnaya str., 2 / 1, p. 1, e-mail: boykoyp@mail.ru

Shapovalova Marina A., Dr. Sci. (Med.), Professor, Head of Department, Astrakhan State Medical University, 121 Bakinskaya St., Astrakhan, 414000, Russia, tel: 8-927-284-16-63, e-mail: mshap67@gmail.com.

Shcherbin Aleksandr V., neurosurgeon, Demikhov City Clinical Hospital, Address: 4 Shkuleva str., Moscow, 109263, e-mail: sherbinaleksandr@mail.ru

Ugurchieva Khyadi Yu., Deputy Chief Physician for medical work of the Children's Republican clinical hospital. Address: 81 Bakinskaya str., Nazran, Republic of Ingushetia, 386101. Tel. 8-928-695-04-64, e-mail: ugurchieva2014@mail.ru

Kashkarova Irina A., Senior teacher of the Department, Astrakhan State Medical University, 121 Bakinskaya St., Astrakhan, 414000, Russia, tel: 8-927-282-82-40, e-mail: irishakashkarova@mail.ru.

Summary: maternal mortality is the most important indicator of women's reproductive health, reflecting not only the level of socio-economic well-being, but also the availability, safety and quality of obstetric and gynecological care. Based on official statistics, maternal mortality in the Russian Federation has been declining in recent years, but still remains high in comparison with other countries. The review article analyzes the structure of maternal mortality in the Russian Federation. The main set of measures for further development of obstetric and gynecological care in the region is outlined.

Key words: *maternal mortality, maternal mortality rate.*

Введение.

Материнская смертность в современных условиях все чаще и чаще рассматривается специалистами в качестве одного из ведущих критериев социально-экономического благополучия общества.

Показатели материнской смертности являются определяющими факторами репродуктивно-демографического потенциала в стране и значительно влияют на воспроизводство населения, что определяет их медико-социальную значимость [4, 9, 10].

Стратегия предотвращения и снижения материнской смертности не может быть реализована без понимания ее основных причин. Одним из значимых факторов снижения материнской смертности является оказание квалифицированной и качественной помощи на всех этапах. Однако, несмотря на модернизацию законодательной базы, высокие квалификационные требования для специалистов сферы акушерства и гинекологии, все ещё возникают проблемы в работе амбулаторных этапов оказания медицинской помощи, их взаимодействии со стационарным этапом, что повышает риски развития urgentных состояний у беременных женщин и формирует материнские потери [2, 3, 6, 7].

Результаты исследования и их обсуждение. По данным Росстата в 2018 году показатель материнской смертности составил 9,1 на 100000 родившихся живыми, что на 3,4 % выше аналогичного показателя 2017 года (8,8 на 100000 родившихся живыми).

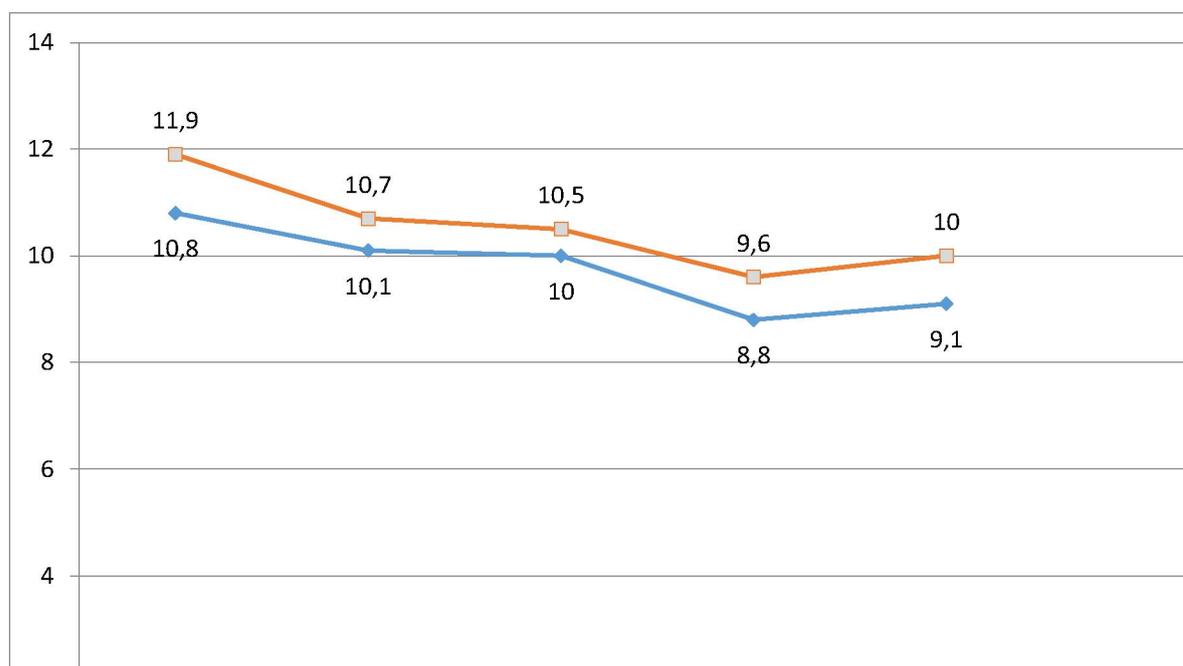


Рис. 1. Динамика показателя материнской смертности в Российской Федерации 2014-2018г. (по данным Росстата и Министерства здравоохранения)

На основании рис. 1. и табл. 1 в Российской Федерации ежегодно происходит недоучет данных материнской смертности и в 2018 г. он составил 15 случаев (9,3 % от общего числа умерших по данным Минздрава России).

Таблица 1

Сравнительные данные Росстата и Минздрава России о числе случаев и показателях материнской смертности в Российской Федерации

Годы	Росстат		Минздрав России		Расхождение данных Росстата по отношению к данным Минздрава России	
	п	Показатель (на 100000 родившимися живыми)	п	Показатель (на 100000 родившимися живыми)	п	% от числа умерших по данным Минздрава России
2014	210	10,8	232	11,9	-22	-9,5
2015	196	10,1	207	10,7	-11	-5,3
2016	188	10,0	199	10,5	-11	-5,5
2017	149	8,8	163	9,6	-14	-8,6
2018	146	9,1	161	10,0	-15	-9,3

Как видно из табл. 1 данные Росстата и Министерства здравоохранения Российской Федерации расходятся, что явилось следствием различных форм учетности.

Наибольшее число неуточненных данных наблюдается в Северо – Кавказском федеральном округе – в статистике Росстата не зарегистрировано 8 случаев материнской смертности (4 в Чеченской Республике, 3 - в Республике Дагестан, 1 - в Республике Ингушетия).

Основной причиной в структуре материнской смертности по данным Росстата в 2018 г. явились экстрагенитальные заболевания (26,0 %) и акушерская эмболия (15,8 %). На третьем месте – другие причины акушерской смерти (14,4 %).

В 2018 г. наблюдался рост материнской смертности от акушерских кровотечений (в связи с отслойкой и предлежанием плаценты, в родах и в послеродовом периоде), сепсиса во время родов и в послеродовом периоде, разрывов матки и других причин.

Не изменился показатель материнской смертности от непрямых причин акушерской смерти и медицинского аборта. Снижился показатель материнской смертности от преэклампсии и эклампсии, а также от аборта, начатого вне лечебного учреждения.

Таблица 2

Основные причины материнской смертности в Российской Федерации (все население) в 2017-2018гг. (по данным Росстата)

Основные причины материнской смертности	2017			2018		
	п	%	Показатель (на 100000 родившимися живыми)	п	%	Показатель (на 100000 родившимися живыми)
Внематочная беременность	12	8,1	0,71	6	4,1	0,37
Медицинский аборт	2	1,3	0,12	2	1,4	0,12
Аборт, начатый вне лечебного учреждения и неустановленный	9	6,0	0,53	8	5,5	0,5
Отеки, протеинурия и гипертензивные расстройства во время беременности	18	12,1	1,06	13	8,9	0,81
Кровотечения в связи с отслойкой и предлежанием плаценты	9	6,0	0,53	12	8,2	0,75
Кровотечения в родах и послеродовом периоде	8	5,4	0,47	8	5,5	0,5
Осложнения анестезии	2	1,3	0,12	0	0	0
Сепсис во время родов и послеродовом периоде	8	5,4	0,47	11	7,5	0,69
Акушерская эмболия	23	15,4	1,36	23	15,8	1,43
Разрыв матки	0	0	0	4	2,7	0,35
Другие причины акушерской смерти	18	12,1	1,06	21	14,4	1,31
Непрямые причины акушерской смерти	40	26,9	2,37	38	26,0	2,37
Всего	149	100	8,8	146	100	9,1

Предупреждение и профилактика всех случаев основывается на полной и правильной реализации установок Приказа Минздрава №572н от 01.11.2012 г. «Порядок оказания медицинской помощи по профилю «акушерство и гинекология (за исключением использования вспомогательных репродуктивных технологий)». Этот документ определяет порядок оказания медицинской помощи беременным женщинам, который включает в себя два этапа: амбулаторный и стационарный. Согласно Приложению №5 к Приказу №572н для оказания первичной медико-санитарной помощи беременным женщинам в амбулаторных условиях создаются женские консультации.

Именно с женской консультации должно начинаться медицинское наблюдение за беременной женщиной. Среди функций консультаций можно выделить ту, которая непосредственно касается поднятой проблемы - диспансерное наблюдение беременных женщин, в том числе выделение женщин «групп риска» в целях предупреждения и раннего выявления осложнений беременности, родов и послеродового периода [1, 5, 8].

Основной задачей диспансерного наблюдения женщин в период беременности является предупреждение и ранняя диагностика возможных осложнений беременности, родов, послеродового периода и патологии новорожденных. Главным принципом динамического наблюдения за беременными является комплексный подход. В течение беременности женщина должна быть осмотрена врачом-акушером-гинекологом – не менее семи раз, а врачом-терапевтом – не менее двух раз. Именно после качественного осмотра, опроса и сбора анамнеза врач-акушер-гинеколог и врач-терапевт консультации с учетом сопутствующей патологии у женщины должны направить её на приём к профильному специалисту с целью выявления риска развития осложнений в следующих периодах беременности и родах и противопоказаний к дальнейшему течению беременности [10].

К возможным дефектам работы медицинской организации на этом этапе можно отнести: недостаточную квалификацию специалистов, проведение неполного обследования или выбор неверной тактики режима обследования, неправильная трактовка результатов обследований, недостаточная консультативная помощь профильных специалистов, неверная оценка пренатальных факторов риска и их возможной дальнейшей динамики. В результате возможно развитие ситуации, при которой женщина подходит к сроку родов не дообследованной, с риском развития патологических ситуаций для плода и самой роженицы, когда эффективность оказания медицинской помощи максимально мала из-за потерянного времени. Так же возможны случаи, когда беременность была противопоказана женщине, но по каким-то причинам она была доведена до родов. Бывают ситуации, когда при качественном обследовании роженицы нарушена координация между амбулаторными и стационарными этапами оказания акушерско-гинекологической помощи и пациентка не может получить в полном объеме квалифицированную помощь.

Еще одной причиной осложнений беременности может стать поздняя постановка на учет в женскую консультацию. Женщина может просто не знать, что она беременна, она может быть социально неблагополучна и не иметь возможности обратиться в консультацию или просто быть уверенной в том, что ей нет никакой необходимости вставать на учет. Одним из показателей работы женской консультации является показатель ранней постановки на диспансерное наблюдение беременных.

Данные случаи возникают по причине нарушенной этапности оказания медицинской помощи женщинам репродуктивного возраста.

По данным Минздрава анализ материнской смертности проводится на основании формы 003/у-МС «Карта донесения о случае материнской смертности». В 2018г. показатель материнской смертности по данным Минздрава составил 10,0 на 100000 родившимися живыми (161 случай), что на 4,2 % выше, чем в 2017 г. (9,6 на 100000 родившимися живыми).

Анализ материнской смертности в 2018г. свидетельствует о повышении данного показателя в большинстве Федеральных округов, в Северо – Кавказском на 44,3 % [3].

Максимальный показатель материнской смертности в 2018г. зарегистрирован в Дальневосточном федеральном округе (14,3 на 100000 родившимися живыми) (табл. 3).

**Показатели материнской смертности в федеральных округах 2017-2018г
(по данным Минздрава)**

Федеральные округа	2017			2018			Динамика показателя в 2018 г. к уровню 2017 г.
	Всего умерло п	Доля от общего числа умерших (%)	Показатель (на 100000 родившимися живыми)	Всего умерло п	Доля от общего числа умерших (%)	Показатель (на 100000 родившимися живыми)	
Центральный	46	28,2	11,2	38	23,6	9,7	-13,4
Северо - Западный	26	15,9	16,8	15	9,3	10,3	-38,7
Южный	12	7,4	6,6	13	8,1	7,5	+13,6
Северо - Кавказский	13	8,0	8,8	18	11,2	12,7	+44,3
Приволжский	26	15,9	7,9	29	18,0	9,3	+17,7
Уральский	12	7,4	7,7	10	6,2	6,8	-11,7
Сибирский	18	11,0	8,6	24	14,9	12,2	+41,9
Дальневосточный	10	6,1	9,7	14	8,7	14,3	+47,4
Р.Ф.	163	100	9,6	161	100	10,0	+4,2

В структуре причин материнской смертности в 2018 г. отмечено снижение удельного веса умерших после внематочной беременности (с 7,4% в 2017г. до 4,3 % в 2018г.) и после аборта (с 12,3% до 10,6% соответственно) (табл. 4).

Таблица 4

**Структура причин материнской смертности в Российской Федерации в 2014-2018гг.
(с учетом умерших вне стационара)
по данным Минздрава**

Структура материнской смертности	2014		2015		2016		2017		2018	
	п	%	п	%	п	%	п	%	п	%
Умерло всего, в том числе:	232	100	207	100	199	100	163	100	161	100
- после внематочной беременности	5	2,2	7	3,4	5	2,5	12	7,4	7	4,3
-после аборта до 22 недель	30	12,9	31	15,0	26	13,1	20	12,3	17	10,6
-во время беременности, родов и в послеродовом периоде	197	84,9	169	81,6	168	84,4	131	80,4	137	85,1

На основании данных за период 2016-2018г. наблюдается снижение показателей материнской смертности от преэклампсии и эклампсии (на 31,9%), эмболии околоплодными водами на (23,6%), тромбоз эмболии легочной артерии (21,9%), осложнений анестезии (на 76,9%), прочих акушерских причин (на 42,9). В тоже время нестабильными являются показатели от экстрагенитальных заболеваний, септических осложнений, кровотечений, разрыва матки и воздушной эмболии (табл. 5).

Таблица 5

Число случаев и показатели материнской смертности от основных причин в Российской Федерации

Основные причины материнской смертности	2016		2017		2018	
	Всего умерло п	Показатель (на 100000 родившимися живыми)	Всего умерло п	Показатель (на 100000 родившимися живыми)	Всего умерло п	Показатель (на 100000 родившимися живыми)
Кровотечения	37	1,96	38	2,25	30	1,87
Отеки, протеинурия, гипертензивные расстройства	26	1,38	21	1,24	15	0,94

Продолжение таблицы 5

Септические осложнения	23	1,22	14	0,83	20	1,25
Осложнения анестезии	5	0,26	5	0,3	1	0,06
Эмболия околоплодными водами	20	1,06	18	1,06	13	0,81
Тромбоэмболия легочной артерии	12	0,64	7	0,41	8	0,5
Воздушная эмболия	1	0,05	-	-	2	0,12
Разрыв матки	4	0,21	-	-	4	0,25
Прочие акушерские причины	4	0,21	3	0,18	2	0,12
Экстрагенитальные заболевания	67	3,55	57	3,37	66	4,11
Все причины	199	10,54	163	9,64	161	10,03

В структуре причин материнской смертности в 2018 г. первое место заняли экстрагенитальные заболевания, доля которых увеличилась на 6 % по отношению к 2017 г. Второе место кровотечения, удельный вес которых снизился с 23,3 % до 18,6 %, на третье место вышли септические осложнения, доля которых увеличилась с 8,6 до 12,4 % в сравнении с 2017 г.

Одной из не менее актуальной темой является смертность женщин в связи с искусственным прерыванием беременности. По данным Минздрава России общее число аборт в Российской Федерации снизилось с 627127 в 2017 году до 567183 в 2018 году (на 9,6 %) (табл. 6).

Таблица 6

Динамика абортов в Российской Федерации (по данным Минздрава России)

	2014	2015	2016	2017	2018
Общее число абортов (тыс)	814,2	746,7	688,1	627,1	567,2
Показатель на 1000 женщин фертильного возраста	22,8	21,0	19,5	17,9	16,2
Показатель на 100 родившихся живыми и мертвыми	42,3	38,9	36,8	37,5	35,7

В 2018 сохранилась тенденция снижения случаев материнской смертности после абортов (с 26 в 2016 году до 20 в 2017 году и 17 в 2018 году) (рис. 2).

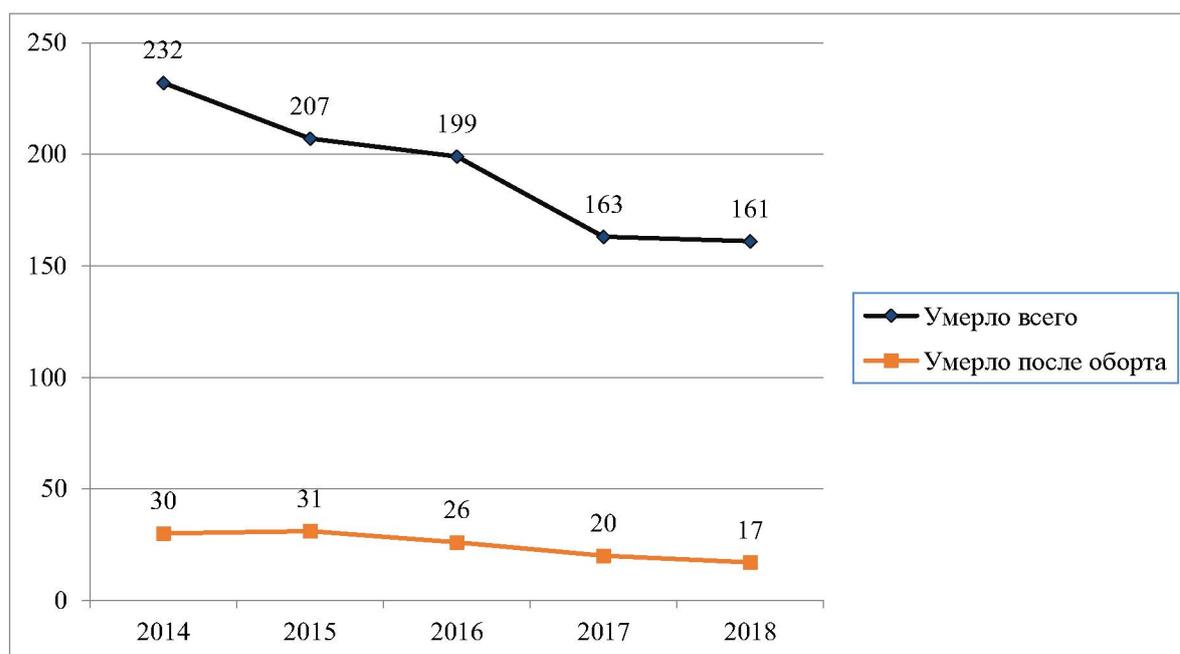


Рис. 2. Число случаев материнской смертности, в том числе после абортов, в Российской Федерации, 2014-2018гг.

В Северо-Кавказском Федеральном округе (СКФО) показатель материнской смертности в 2018 г. увеличился. Значительный рост материнской смертности наблюдается в Республике Дагестан 10,0, что связано с дефектами наблюдения за беременными женщинами, отсутствия раннего выявления осложнений при беременности, а также несоблюдением в полной мере рекомендаций Министерства здравоохранения Российской Федерации (табл. 7).

Таблица 7

Абсолютное число случаев материнской смертности в субъектах СКФО (2015-2018гг.)

Субъекты СКФО	Число случаев материнской смертности			
	2015	2016	2017	2018
Чеченская Республика	9	10	6	5
Республика Северная Осетия - Алания	0	0	0	0
Республика Дагестан	7	6	3	10
Карачаево – Черкесская Республика	0	0	0	0
Кабардино – Балкарская Республика	1	0	1	1
Республика Ингушетия	1	0	0	1
Ставропольский край	2	2	3	1
Всего	20	18	13	18

По результатам региональной комиссии по разбору материнской смертности (всего 18 случаев) признаны непредотвратимыми 11 случаев, условно предотвратимыми – 4, 3 случая предотвратимыми (табл. 8).

Так же необходимо отметить, что качество оценки причин материнской смертности в Чеченской Республике, Республике Дагестан низкое, так как в 100% случаев не производится патологоанатомическое вскрытие.

Таблица 8

Количество случаев материнской смертности в зависимости от причин в субъектах СКФО в 2018 году

Субъекты СКФО	Всего	Отеки, протеннурия, гипертензивн. расстройства	Кровотечение в родах и послеродовом периоде	Сепсис во время родов и в послеродовом периоде	Акушерская эмболия	Прочие	Экстрагенитальные заболевания
Чеченская Республика	5	1		2	1	1	
Республика Дагестан	10	1	1	1	2	2	3
Кабардино – Балкарская Республика	1				1		
Республика Ингушетия	1						
Ставропольский край	1				1		
Всего	18	2	1	4	5	3	3
	100	11,1	5,6	22,2	27,7	16,7	16,7

В Республике Ингушетия показатель материнской смертности с 2015 года остается на низком уровне благодаря внедрению международных клинических и региональных клинических протоколов, основанных на принципах доказательной медицины, телемедицинских технологий, мониторинга беременных групп высокого риска. Функционирование трехуровневой системы оказания помощи беременным и родильницам, круглосуточных служб экстренной медицинской помощи; диспансеризация женского населения акушерками ФАП, использование современных перинатальных технологий — совместное пребывание матери и ребенка, партнерские роды, повышение квалификации медицинских работников – все это привело к значительному снижению и поддержанию на низком уровне показателей материнской смертности в регионе

Выводы. В Российской Федерации показатель материнской смертности за последние 3 года имеет стойкую динамику снижения, что сопряжено с изменением ее структуры и преобладанием неуправляемых причин (экстрагенитальных заболеваний, осложнений анестезии, эмболии

околоплодными водами). В территориях со средним и высоким показателями материнской смертности продолжают доминировать кровотечения, преэклампсия, родовой сепсис, что в большей степени можно относить к управляемым причинам.

Мероприятия по снижению материнской смертности в регионах требуют дифференцированного подхода в зависимости от уровня ее коэффициента. Резервом снижения материнской смертности в регионах с ее низким и средним показателями является повышение экономического благосостояния региона с акцентом на увеличение доходов самого населения и разработка мер социальной поддержки женщин-мигрантов. Для снижения материнской смертности в регионах с ее высоким уровнем необходимо функционирование трехуровневой системы оказания помощи беременным и родильницам, применение (адаптирование) международных клинических протоколов и телемедицинских технологий.

Список литературы

1. Евлоева, П. М. Медико-демографическая ситуация в Чеченской республике и республике Ингушетия в 2005-2010 гг. // Вопросы современной педиатрии. – 2012. – Т. 11. – № 5. – С. 12–18.
2. Линденбратен, А.Л. Методические подходы к оценке качества организации медицинской помощи. Здравоохранение. – 2015. - № 2. – С. 74–78.
3. Меметов, С. С. Независимая система оценки качества работы медицинских учреждений / С. С. Меметов, Л. Ю. Балеко, Ю. П. Бойко, Е. А. Гордиенко, О. В. Василенко, В.В. Святкина // Научно-практический медицинский журнал «Вестник всероссийского общества специалистов по медико-социальной экспертизе, реабилитации и реабилитационной индустрии». – 2015. – №4. – С. 21–24.
4. Плавунув, Н. Ф. Анализ экономических реформ российского здравоохранения / Н. Ф. Плавунув, Ю. П. Бойко, И. Г. Галь // Электронный научный журнал «Современные проблемы науки и образования». – 2014. – № 3.
5. Соловьева Г. В., Серебренникова Т. Е. Генетический груз в структуре младенческой смертности: оценка, динамика, перспективы / Г. В. Соловьева, Т. Е. Серебренникова // Практическая медицина. – 2013. – Т. 6. – № 72. – С. 100–102.
6. Трифонова Н. Ю., Плавунув Н.Ф., Бойко Ю.П., Галь И.Г. Принципы управления качеством медицинской помощи «Здравоохранение РФ» 2015. Т. 59, № 2, С. 4–7.
7. Хетагурова, А. К. Управление качеством в медицине: учебное пособие / А. К. Хетагурова, М. А. Шаповалова, Л. А. Огуль, И. А. Кашкарова, Н. В. Горелова // Астрахань, 2015, 79 с.
8. Шаповалова, М. А. Финансирование многопрофильной больницы / М. А. Шаповалова, В. П. Аношко // В сборнике: Учётно-аналитические инструменты прогнозирования экономической безопасности инновационного развития территорий. Материалы III Международной научной конференции. Ответственный редактор: А.В. Тараскина. – 2010. – С. 182.
9. McCarter D., MacLeod C. E. What Do Women Want? Looking Beyond Patient Satisfaction. Nurs Womens Health. 2019, Vol. 23, no. 6, P. 478–484.
10. Zamani P., Ziaie T., Lakeh N. M., Leili E. K. The correlation between perceived social support and childbirth experience in pregnant women. Midwifery. 2019, Vol. 75, P. 146–151.

References

1. Evloeva P. M. Mediko-demograficheskaja situacija v Chechenskoj respublike i respublike Ingushetija v 2005-2010 g. [Medico-demographic situation in the Chechen Republic and the Republic of Ingushetia in 2005-2010]. Voprosy sovremennoj pediatrii. [Questions of modern pediatrics], 2012, vol. 11, no. 5, pp. 12–18.
2. Lindenbraten A. L. Metodicheskie podkhody k otsenke kachestva organizatsii meditsinskoj pomoshchi [Methodological approaches to assessing the quality of medical care organization]. Zdravookhranenie [Healthcare], 2015, no. 2, pp. 74–78.
3. Memetov S. S., Baleko L. Ju., Bojko Ju. P., Gordienko E. A., Vasilenko O. V., Svjatkina V. V. Nezavisimaja sistema ocenki kachestva raboti medicinskih uchrezhdenij. [An independent system for assessing the quality of the work of medical institutions.]. Nauchno-prakticheskij medicinskij zhurnal «Vestnik vsrossijskogo obshhestva specialistov po mediko-social'noj jekspertize, rehabilitacii i reabilitacionnoj industrii» [Scientific and practical medical journal "Bulletin of the All-Russian Society of Specialists in Medical and Social Expertise, Rehabilitation and Rehabilitation Industry"], 2015, no.4, pp. 21–24.
4. Plavunov N. F., Bojko Ju. P., Gal' I. G. Analiz jekonomicheskikh reform rossijskogo zdravookhraneniija. [Analysis of economic reforms in Russian healthcare.] Jelektronnyj nauchnyj zhurnal «Sovremennye problemy nauki i obrazovanija» [Electronic scientific journal "Modern problems of science and education"], 2014, no. 3.
5. Solov'eva G. V., Serebrennikova T. E. Geneticheskij gruz v strukture mladencheskoj smertnosti: ocenka, dinamika, perspektivy. [Genetic burden in the structure of infant mortality: assessment, dynamics, prospects.] Prakticheskaja medicina. [Practical medicine.], 2013, vol. 6, no. 72, pp. 100–102.

6. Trifonova N.Ju., Plavunov N.F., Bojko Ju.P., Gal' I.G. Principy upravlenija kachestvom medicinskoj pomoshhi. [Principles of quality management of medical care] «Zdravoohranenie RF». ["Healthcare of the Russian Federation"], 2015, vol. 59, no. 2, pp. 4–7.
7. Khetagurova, A. K., Shapovalova M. A., Ogul' L. A., Kashkarova I. A., Gorelova N.V. Upravlenie kachestvom v meditsine: uchebnoe posobie [Quality management in medicine: a textbook], Astrakhan', 2015, 79 p.
8. Shapovalova M. A., Anopko V. P. Finansirovanie mnogoprofil'noy bol'nitsy [Multi-specialty hospital funding]. V sbornike: Uchetno-analiticheskie instrumenty prognozirovaniya ekonomicheskoy bezopasnosti inno-vatsionnogo razvitiya territoriy. Materialy III Mezhdunarodnoy nauchnoy konferentsii [In the collection: accounting and analytical tools for forecasting the economic security of innovative development of territories. Proceedings of the III International scientific conference]. Otvetstvennyy redaktor: A.V. Taraskina, 2010, pp. 182.
9. McCarter D., MacLeod C. E. What Do Women Want? Looking Beyond Patient Satisfaction. Nurs Womens Health, 2019, vol. 23, no. 6, pp. 478–484.
10. Zamani P, Ziaie T, Lakeh NM, Leili EK. The correlation between perceived social support and childbirth experience in pregnant women. Midwifery, 2019, vol. 75, pp. 146–151.

14.04.03 – Организация фармацевтического дела (фармацевтические науки)

УДК 614.27.

DOI 10.17021/2020.1.2.16.21

© Ю. Н. Романкова, М. А. Шаповалова, 2020

ТЕОРЕТИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ЛЬГОТНОГО ЛЕКАРСТВЕННОГО ОБЕСПЕЧЕНИЯ

Романкова Юлия Николаевна, ассистент кафедры экономики и управления здравоохранением с курсом последипломного образования, ФГБОУ ВО «Астраханский государственный медицинский университет» Минздрава России, Россия, 414000, г. Астрахань, ул. Бакинская, д. 121, тел.: 8-903-347-10-63, e-mail: romankova.jn@mail.ru.

Шаповалова Марина Александровна, доктор медицинских наук, профессор, заведующая кафедрой экономики и управления здравоохранением с курсом последипломного образования, ФГБОУ ВО «Астраханский государственный медицинский университет» Минздрава России, Россия, 414000, г. Астрахань, ул. Бакинская, д. 121, тел.: 8-927-284-16-63, e-mail: mshap67@gmail.com.

Главной целью модернизации Российского здравоохранения является повышение доступности и качества медицинской помощи для широких слоев населения, при этом важнейшей социально-значимой составляющей данной задачи является рациональное обеспечение граждан Российской Федерации (РФ) необходимыми эффективными и качественными лекарственными средствами. Лекарственное обеспечение льготных категорий граждан на территории РФ осуществляется на федеральном и территориальном уровнях. Главный приоритет в работе фармацевтических организаций это социальная направленность, забота о доступности лекарственной помощи для всех слоев и категорий граждан РФ. Для льготного лекарственного обеспечения льготных категорий граждан из бюджетов всех уровней ежегодно выделяются финансовые средства, однако их величина не позволяет в полном объеме в соответствии с потребностью пациентов обеспечить их лекарственными средствами и медицинскими изделиями.

Проблема совершенствования механизма оказания полноценной лекарственной помощи для льготных категорий населения продолжает оставаться чрезвычайно актуальной на протяжении нескольких лет, так как затрагивает интересы социально уязвимой части населения.

Ключевые слова: льготное население, льготное лекарственное обеспечение, финансирование, обеспечения необходимыми лекарственными средствами.

THEORETICAL ASPECTS OF PREFERENTIAL PROVISION OF MEDICINES

Romankova Yuliya N., Assistant of Department, Astrakhan State Medical University, 121 Bakinskaya St., Astrakhan, 414000, Russia, tel: 8-903-347-10-63, e-mail: romankova.jn@mail.ru.

Shapovalova Marina A., Dr. Sci. (Med.), Professor, Head of Department, Astrakhan State Medical University, 121 Bakinskaya St., Astrakhan, 414000, Russia, tel: 8-927-284-16-63, e-mail: mshap67@gmail.com.

The main goal of modernizing Russian healthcare is to increase the availability and quality of medical care for the