

Показатели здоровья и здравоохранения Беларуси, России и отдельных стран

Резервы повышения эффективности систем здравоохранения

Ректор ВШОУЗ, д.м.н.,
МВА Гарвардского университета **Г.Э. Улумбекова**

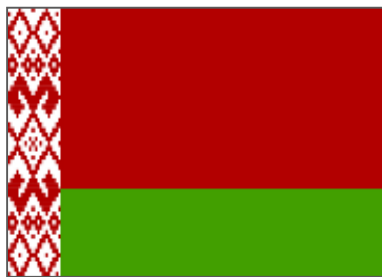
Численность населения (млн человек), 2023 г.

Россия



146,3 млн

Беларусь



9,2 млн

Польша



36,7 млн

Турция



85,3 млн

Казахстан



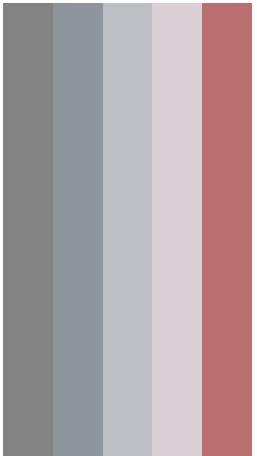
19,9 млн

«Новые» страны ЕС (8)

близкие к РФ по уровню экономического развития, т.е. ВВП на душу населения



«Старые» страны ЕС



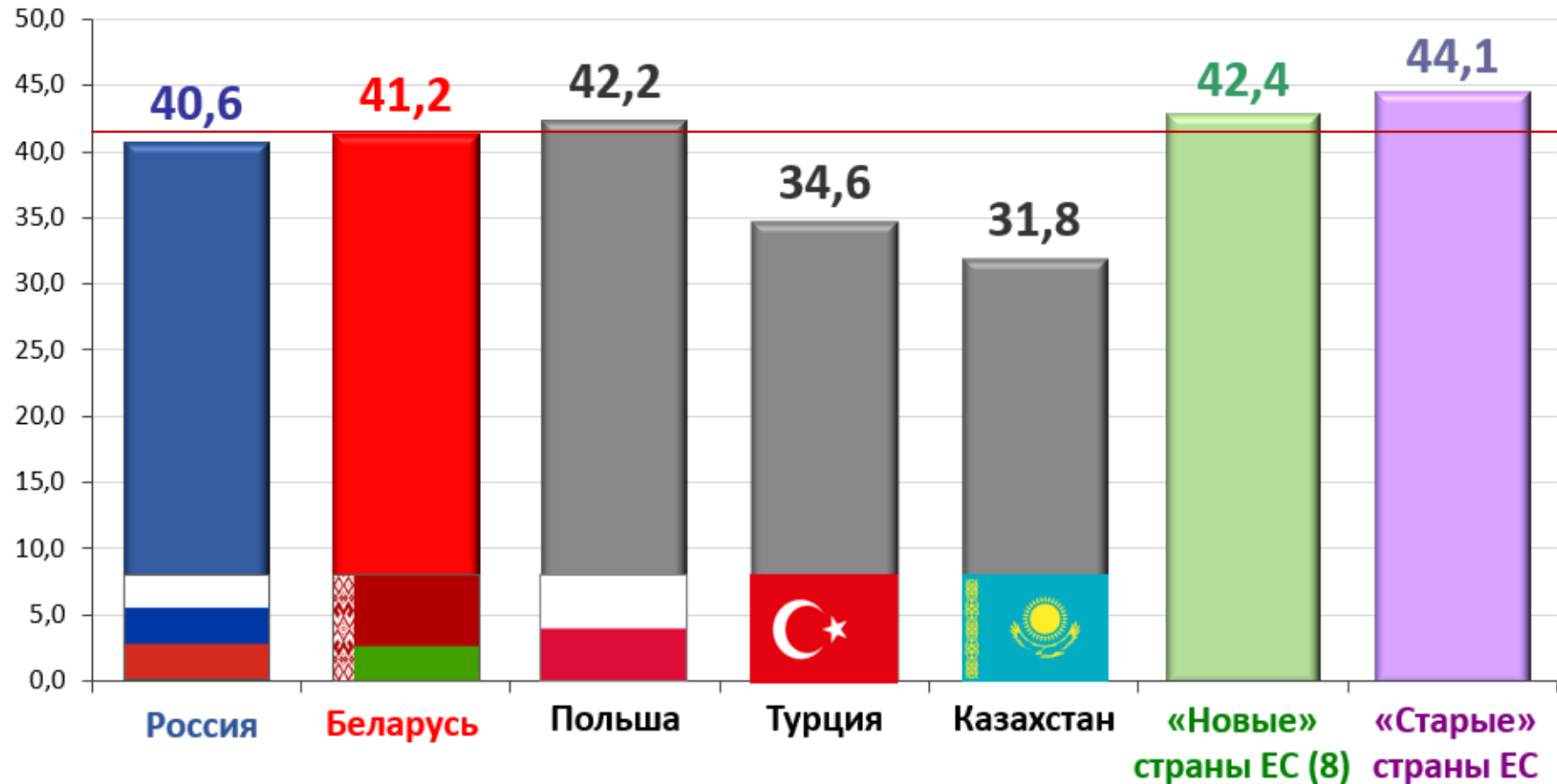
1.

.....

МЕДИКО-ДЕМОГРАФИЧЕСКИЕ ПОКАЗАТЕЛИ

**В Беларуси средний возраст населения
на 0,6 года выше, чем в РФ и на 9,4 года выше, чем в Казахстане,
но на один год ниже, чем в Польше**

Средний возраст населения, лет (2022 г.)



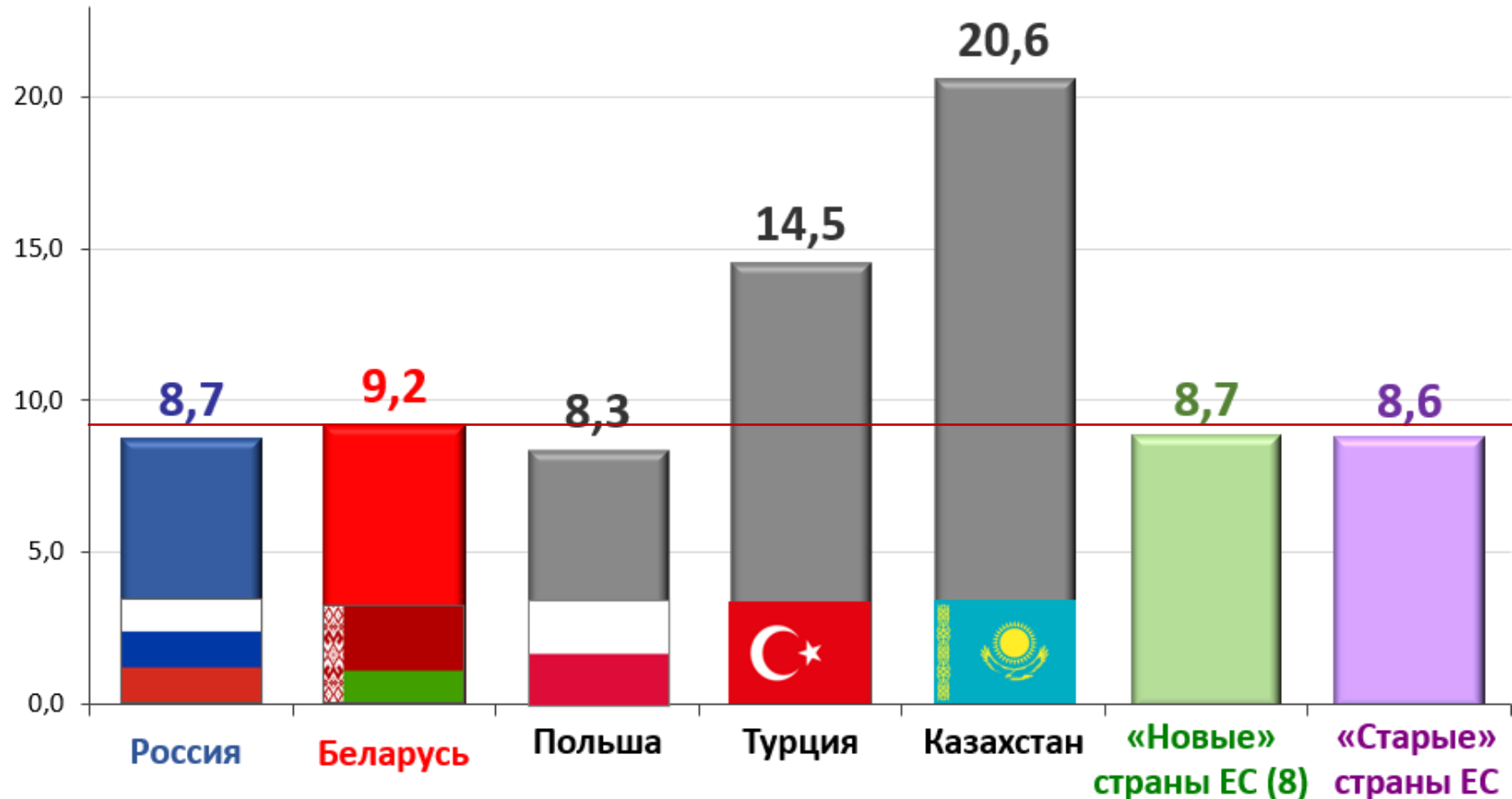
«Новые» страны ЕС (8) включают: Чехию, Эстонию, Венгрию, Латвию, Литву, Польшу, Словакию, Словению.

Источники: ЦДИ РЭШ, ООН (World population prospects), расчет ВШОУЗ.

В Беларуси коэффициент рождаемости **на 6% выше**, чем в РФ и **на 11% выше**, чем в Польше, но **в 2,2 раза ниже**, чем в Казахстане. Это связано с более высокой долей молодого населения в Казахстане

.....

Число родившихся живыми на 1000 населения (2023 г. или последний возможный)



«Новые» страны ЕС (8) включают: Чехию, Эстонию, Венгрию, Латвию, Литву, Польшу, Словакию, Словению.
Источники: Росстат, база данных «Показатели мирового развития» Всемирного банка, расчет ВШОУЗ.

В Беларуси ОПЖ (оба пола) за 33 года, с 1990 по 2023 г.,
выросла на 3,5 года, в РФ – на **4,2 года**, а в новых-8 и старых странах ЕС –
на 6,8 лет и **на 5,1 года** соответственно

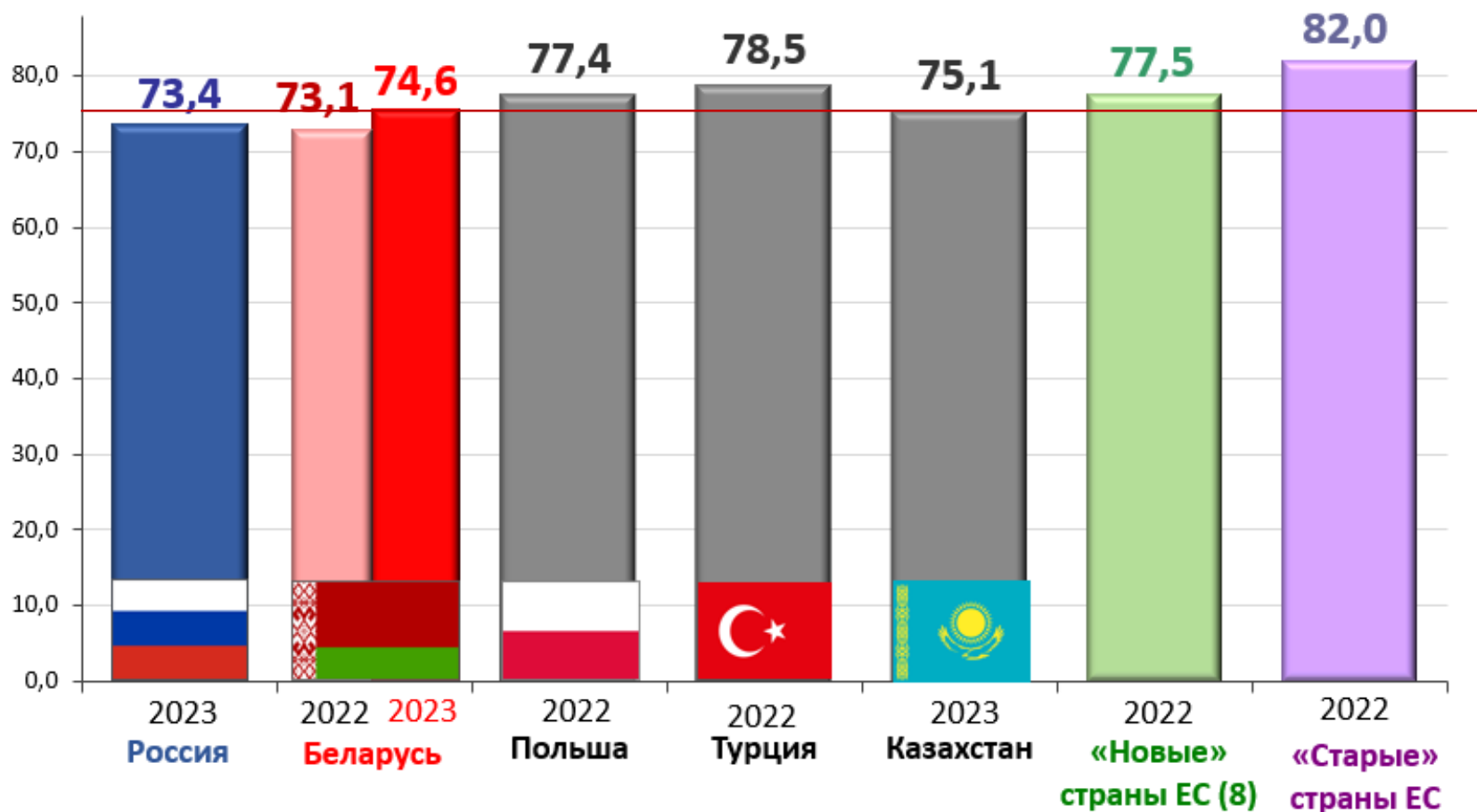


«Новые» страны ЕС (8) включают: Чехию, Эстонию, Венгрию, Латвию, Литву, Польшу, Словакию, Словению.

Источники: Росстат; Белстат; база данных ОЭСР «OECD.Stat»; расчет ВШОУЗ.

В 2023 г. в Беларуси ОПЖ (оба пола) на **1,2 года выше**,
чем в РФ и почти **на уровне** Казахстана,
но **на 4,3 года ниже**, чем в Польше (2022 г.)

ОПЖ, число лет

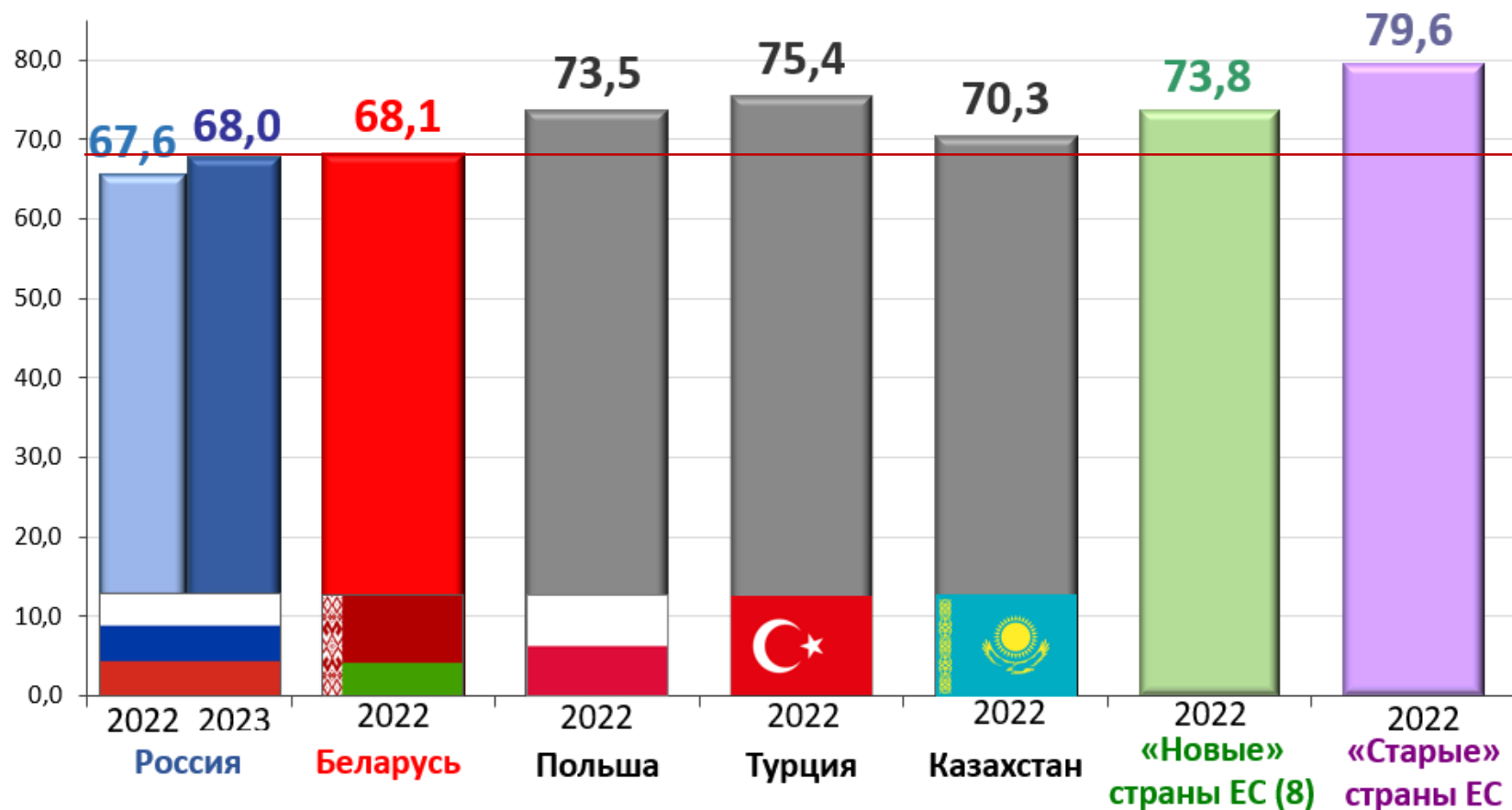


«Новые» страны ЕС (8) включают: Чехию, Эстонию, Венгрию, Латвию, Литву, Польшу, Словакию, Словению.

Источники: Росстат; база данных ОЭСР «OECD.Stat», база данных «Показатели мирового развития» Всемирного банка, расчет ВШОУЗ.

В Беларуси ОПЖ мужчин на **0,5 года выше**,
чем в РФ, но **на 2,2 года ниже**, чем в Казахстане и
на 5,4 года ниже, чем в Польше

ОПЖ (мужчины), число лет

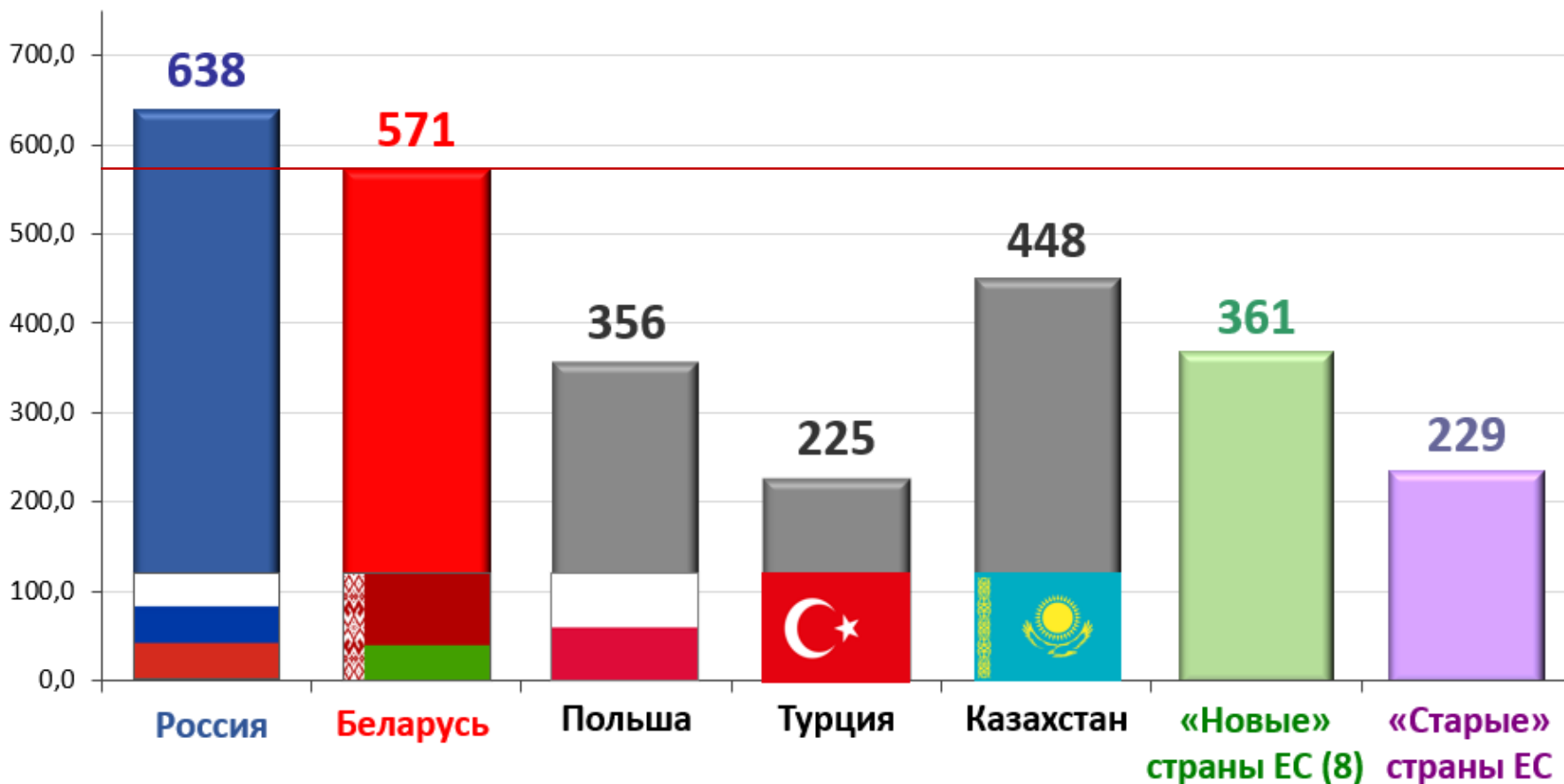


«Новые» страны ЕС (8) включают: Чехию, Эстонию, Венгрию, Латвию, Литву, Польшу, Словакию, Словению.

Источники: Росстат; база данных ОЭСР «OECD.Stat», база данных «Показатели мирового развития» Всемирного банка, расчет ВШОУЗ.

В Беларуси смертность населения в возрасте 15-64 лет **на 10% ниже,**
чем в РФ, но **на 27% выше,** чем в Казахстане и
в 1,6 раза выше, чем в Польше

Число умерших в возрасте 15-64 года на 100 тыс. населения соответствующего возраста, 2022 г.

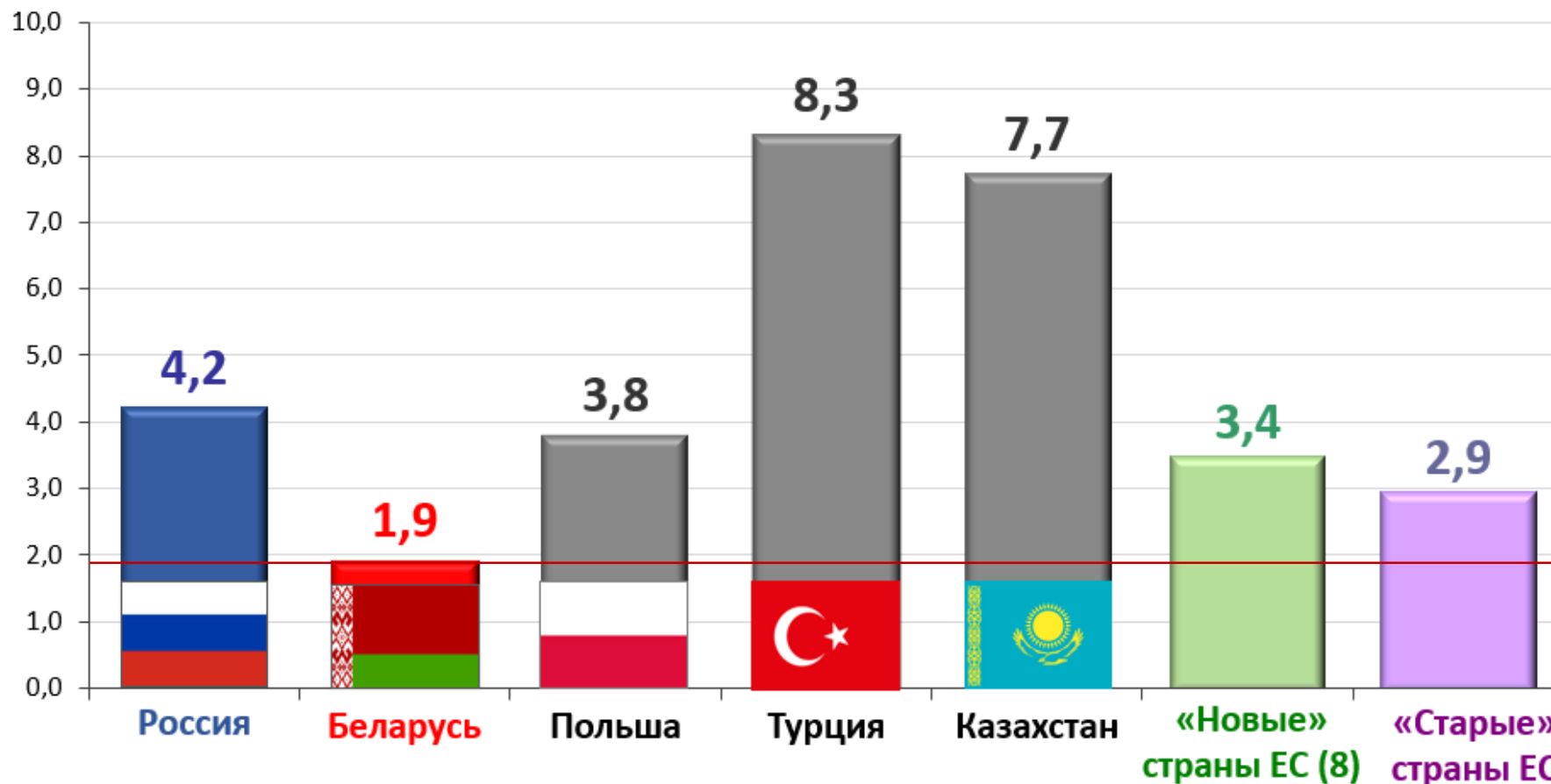


«Новые» страны ЕС (8) включают: Чехию, Эстонию, Венгрию, Латвию, Литву, Польшу, Словакию, Словению.

Источники: ЦДИ РЭШ, ООН (World population prospects), расчет ВШОУЗ.

В Беларуси младенческая смертность в 2,2 раза ниже, чем в РФ, в 4 раза ниже, чем в Казахстане и в 2 раза ниже, чем в Польше

Число умерших в возрасте до 1 года на 1000 родившихся живыми (2023 г. или последний возможный)

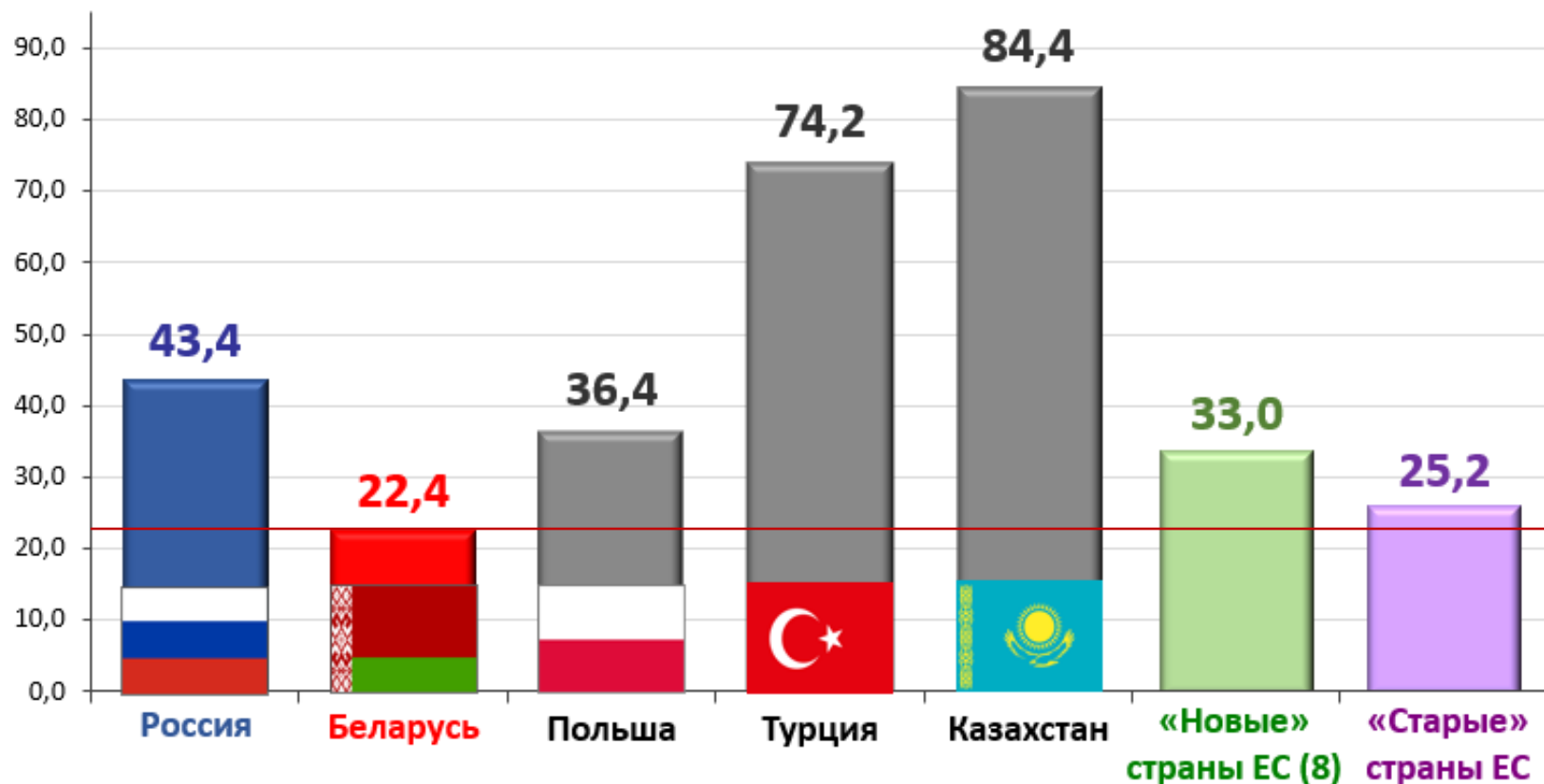


«Новые» страны ЕС (8) включают: Чехию, Эстонию, Венгрию, Латвию, Литву, Польшу, Словакию, Словению.

Источники: Росстат; ННЦРЗ; база данных ОЭСР «OECD.Stat», база данных «Показатели мирового развития» Всемирного банка, расчет ВШОУЗ.

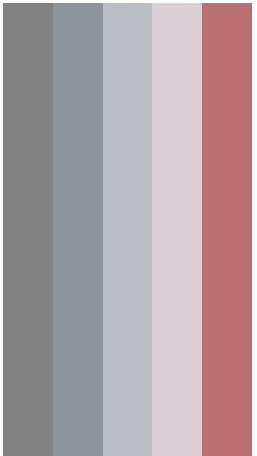
В Беларуси смертность детей 0-14 лет в **1,9 раза ниже**, чем в РФ, в **3,8 раза ниже**, чем в Казахстане и в **1,6 раза ниже**, чем в Польше

Число умерших в возрасте 0-14 лет на 100 тыс. населения соответствующего возраста
(2022 г. или последний возможный)



«Новые» страны ЕС (8) включают: Чехию, Эстонию, Венгрию, Латвию, Литву, Польшу, Словакию, Словению.

Источники: Росстат, база данных «Показатели мирового развития» Всемирного банка, расчет ВШОУЗ.

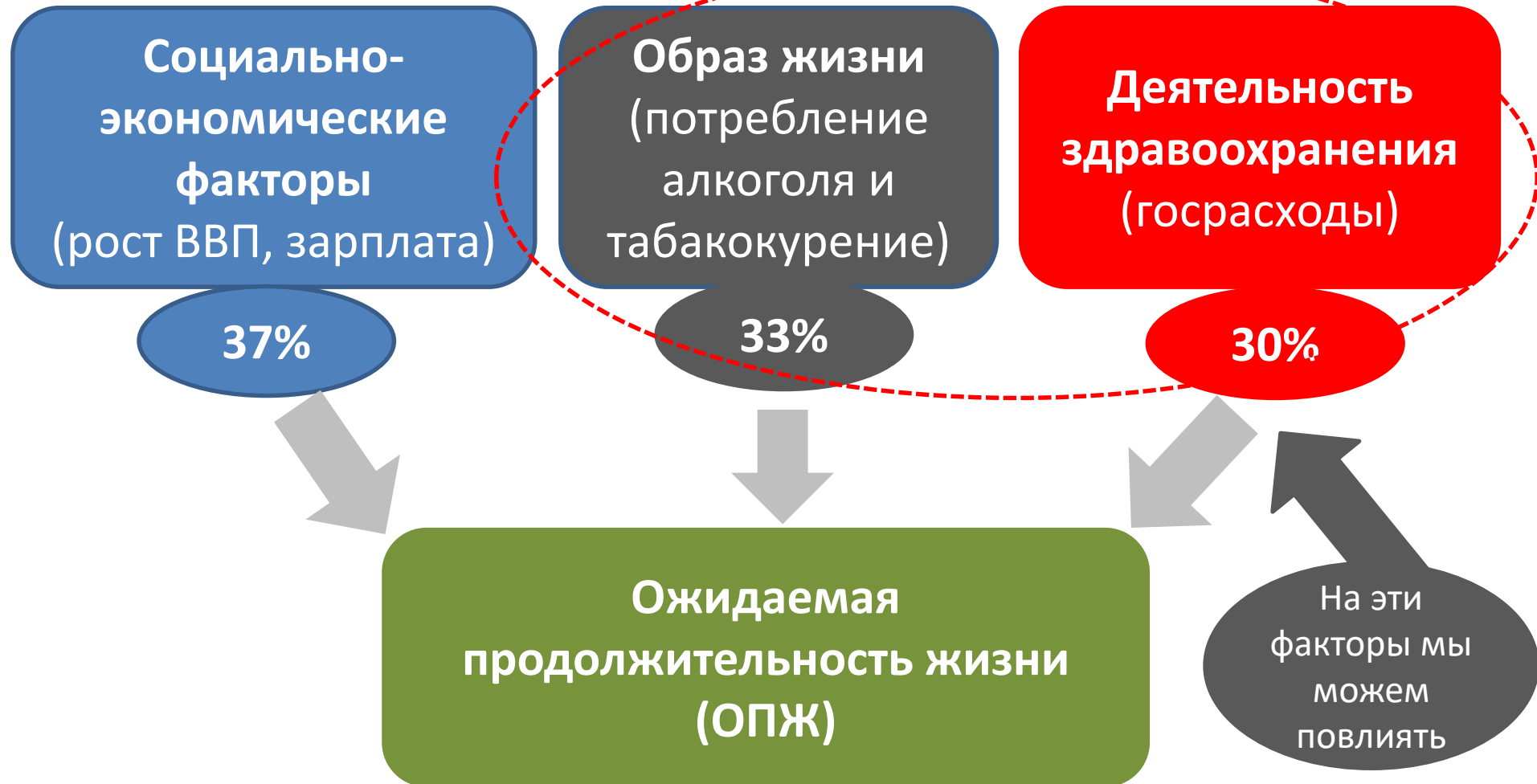


2.

.....

ФАКТОРЫ, ВЛИЯЮЩИЕ НА ОПЖ

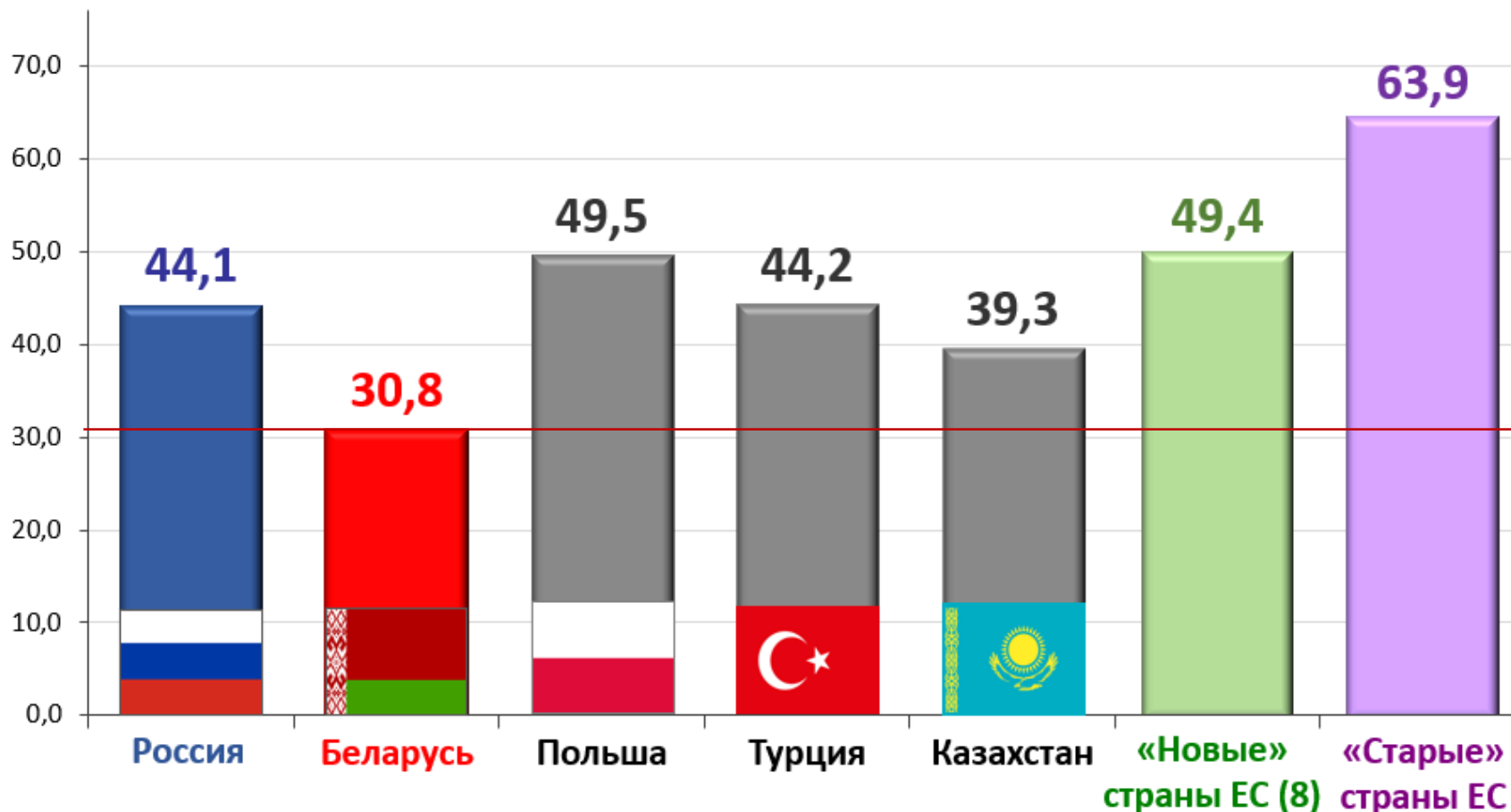
В РФ ожидаемая продолжительность жизни (ОПЖ)
определяется следующими главными факторами:



Данные регрессионного анализа по всем регионам РФ за период 2011-2018 гг.

В Беларуси ВВП по паритету покупательной способности на душу населения **на 30% ниже**, чем в РФ, **на 22% ниже**, чем в Казахстане и **в 1,6 раза ниже**, чем в Польше

ВВП на душу населения, тыс. \$ППС (2023 г.)

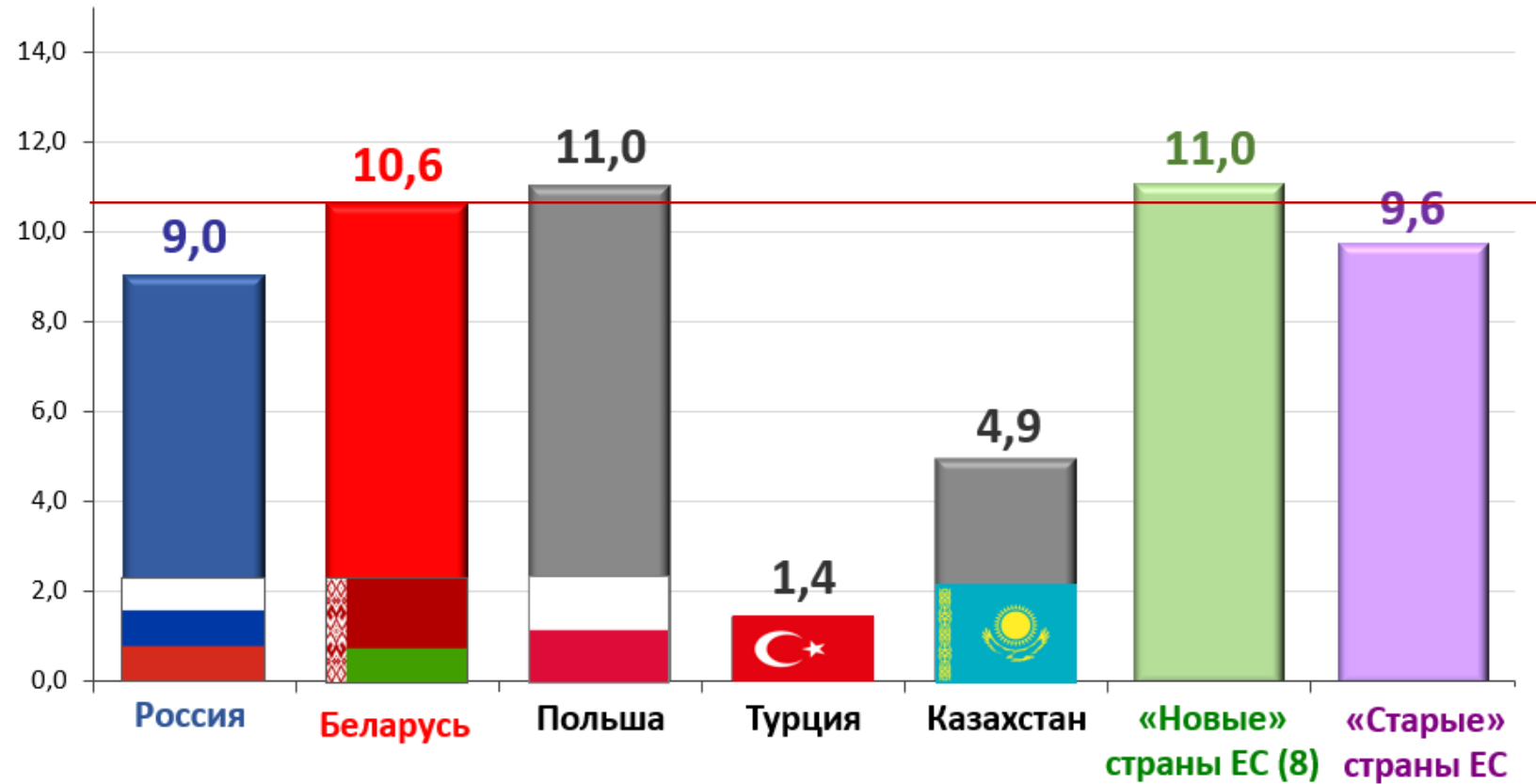


«Новые» страны ЕС (8) включают: Чехию, Эстонию, Венгрию, Латвию, Литву, Польшу, Словакию, Словению.

Источники: Росстат; база данных «Показатели мирового развития» Всемирного банка, расчет ВШОУЗ.

В Беларуси потребление алкоголя на душу населения старше 15 лет на 18% выше, чем в РФ, **в 2,2 раза выше**, чем в Казахстане и **почти на уровне** Польши (чистый спирт)

Число литров чистого спирта на душу населения среди лиц старше 15 лет (2021 г. или последний возможный)



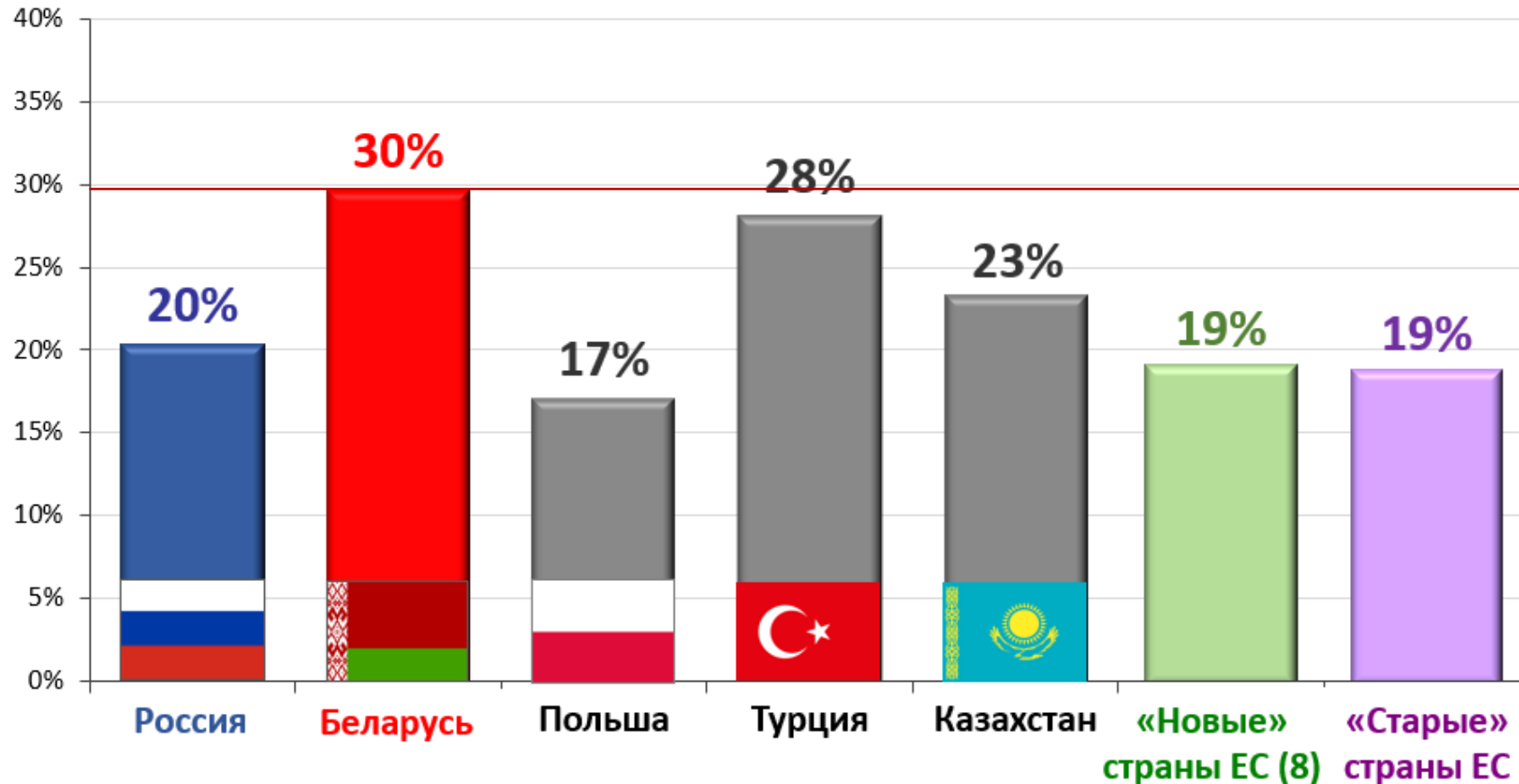
«Новые» страны ЕС (8) включают: Чехию, Эстонию, Венгрию, Латвию, Литву, Польшу, Словакию, Словению.

Источники: Минздрав России; база данных ОЭСР «OECD.Stat»,

база данных «Показатели мирового развития» Всемирного банка, расчет ВШОУЗ.

В Беларуси доля курящего населения старше 15 лет в 1,5 раза выше, чем в РФ, в 1,8 раза выше, чем в Польше и на 30% выше, чем в Казахстане

Доля ежедневно курящего населения среди лиц старше 15 лет, %
(2022 г. или последний возможный)

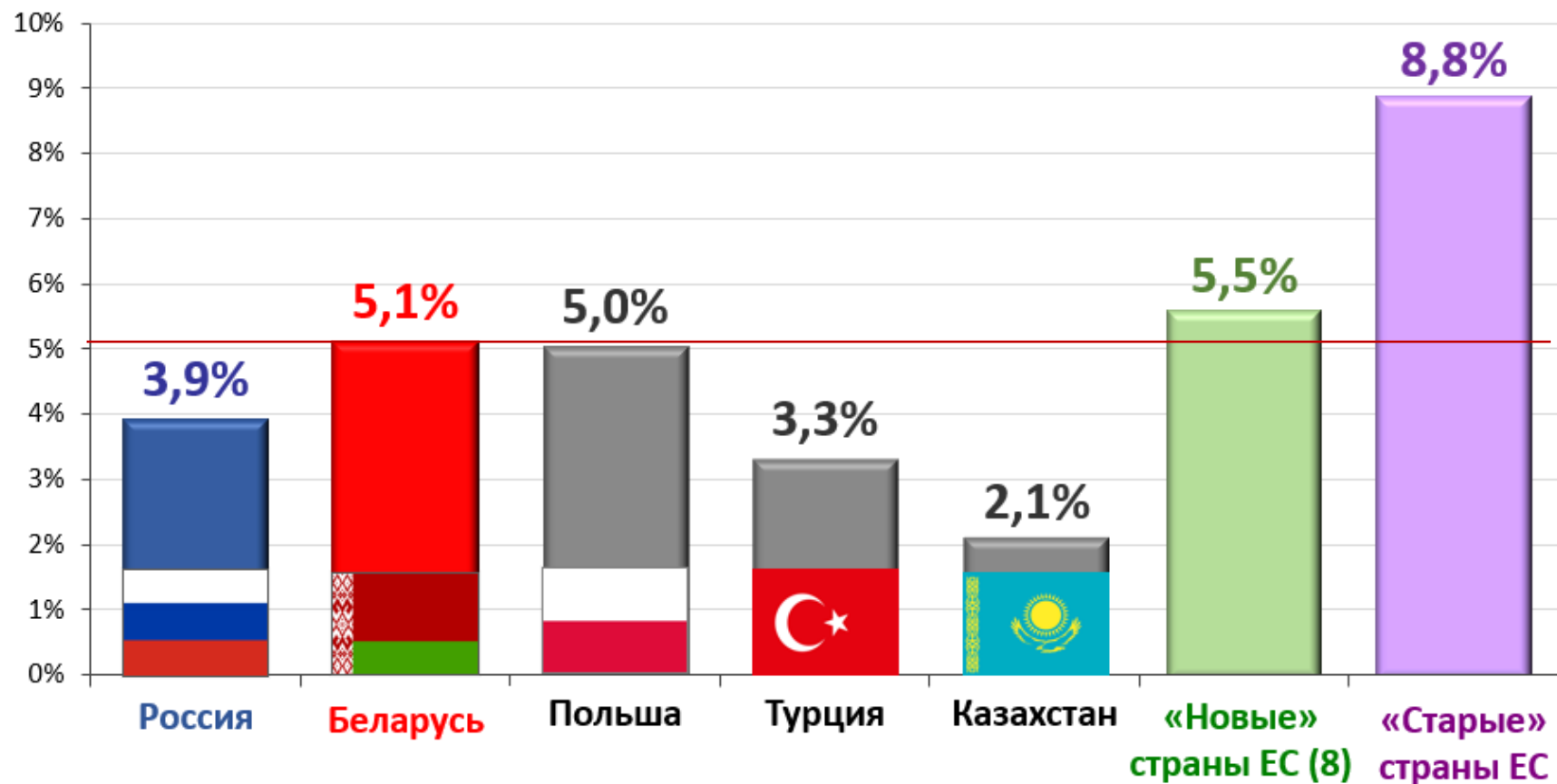


«Новые» страны ЕС (8) включают: Чехию, Эстонию, Венгрию, Латвию, Литву, Польшу, Словакию, Словению.

Источники: Минздрав России; база данных ОЭСР «OECD.Stat»,
база данных «Показатели мирового развития» Всемирного банка, расчет ВШОУЗ.

В Беларуси государственные расходы на здравоохранение в доле от ВВП **на 31% выше**, чем в РФ, **в 2,4 раза выше**, чем в Казахстане и **на уровне** Польши

Доля государственных расходов на здравоохранение в ВВП, % (2022 г.)



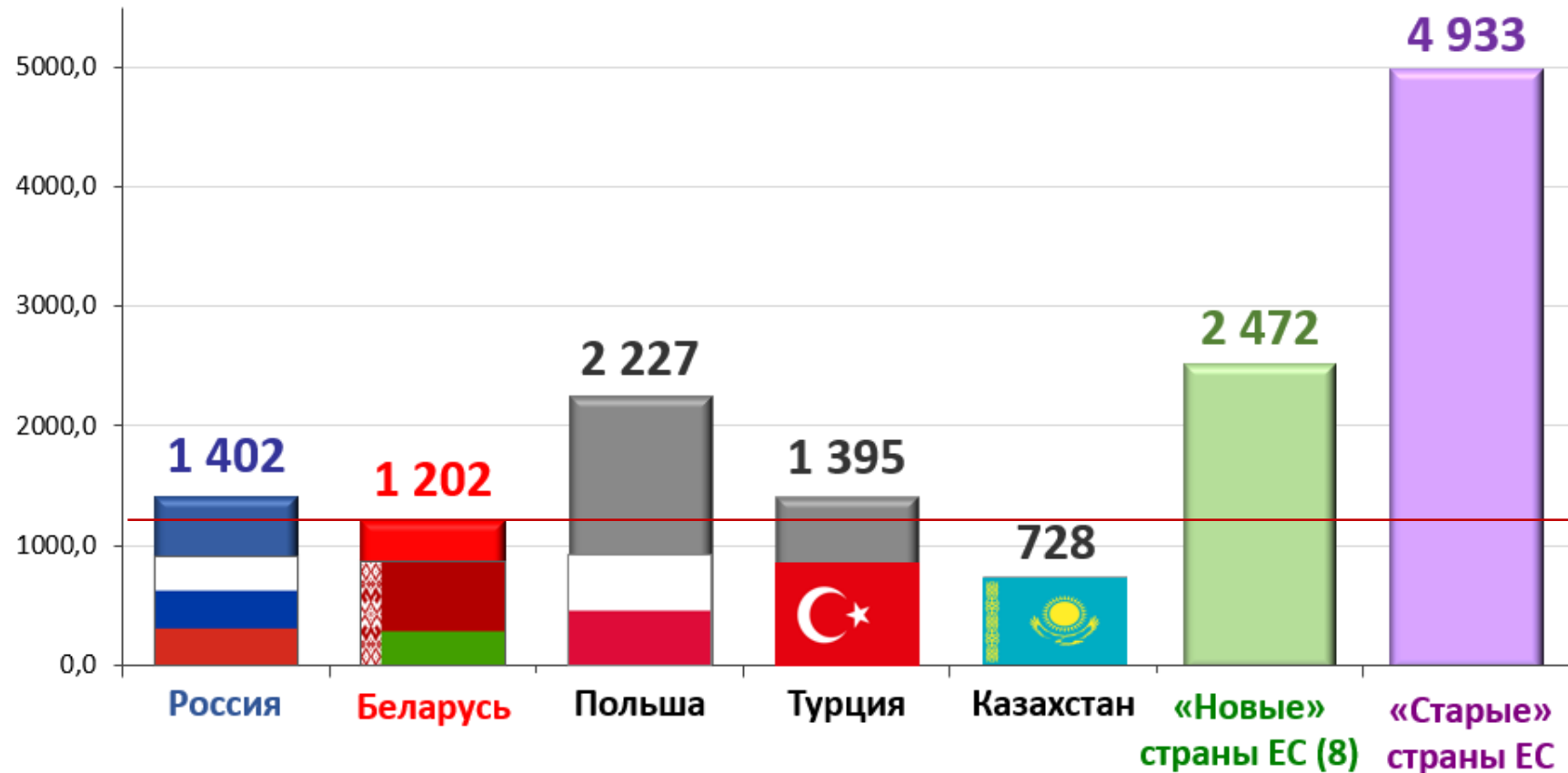
«Новые» страны ЕС (8) включают: Чехию, Эстонию, Венгрию, Латвию, Литву, Польшу, Словакию, Словению.

Источники: Минфин России; Минфин Р. Беларусь; база данных ОЭСР «OECD.Stat», база данных «Показатели мирового развития» Всемирного банка, расчет ВШОУЗ.

В Беларуси государственные расходы на здравоохранение по паритету покупательной способности доллара (\$ППС) на душу **на 14% ниже, чем в РФ и **в 1,8 раза ниже**, в Польше, но **в 1,6 раза выше**, чем в Казахстане**

.....

Государственные расходы на здравоохранение, \$ППС на душу населения (2022 г. или последний возможный)

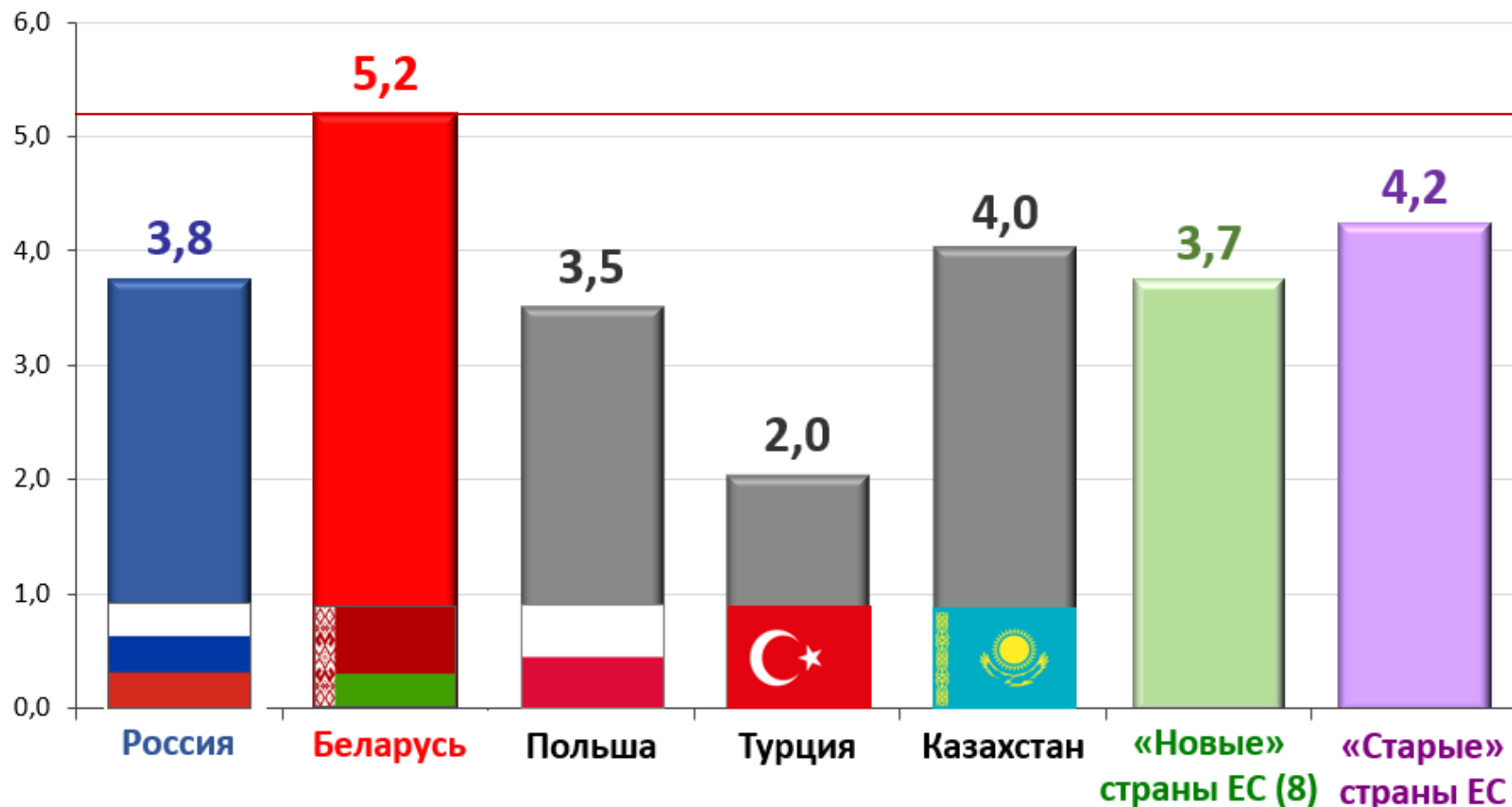


«Новые» страны ЕС (8) включают: Чехию, Эстонию, Венгрию, Латвию, Литву, Польшу, Словакию, Словению.

Источники: Минфин России; Минфин Р. Беларусь; база данных ОЭСР «OECD.Stat», база данных «Показатели мирового развития» Всемирного банка, расчет ВШОУЗ.

В Беларуси обеспеченность практикующими врачами на **37% выше**, чем в РФ, на **30% выше**, чем в Казахстане и в **1,5 раза выше**, чем в Польше

Обеспеченность практикующими врачами на 1000 населения (2023 г. или последний возможный)

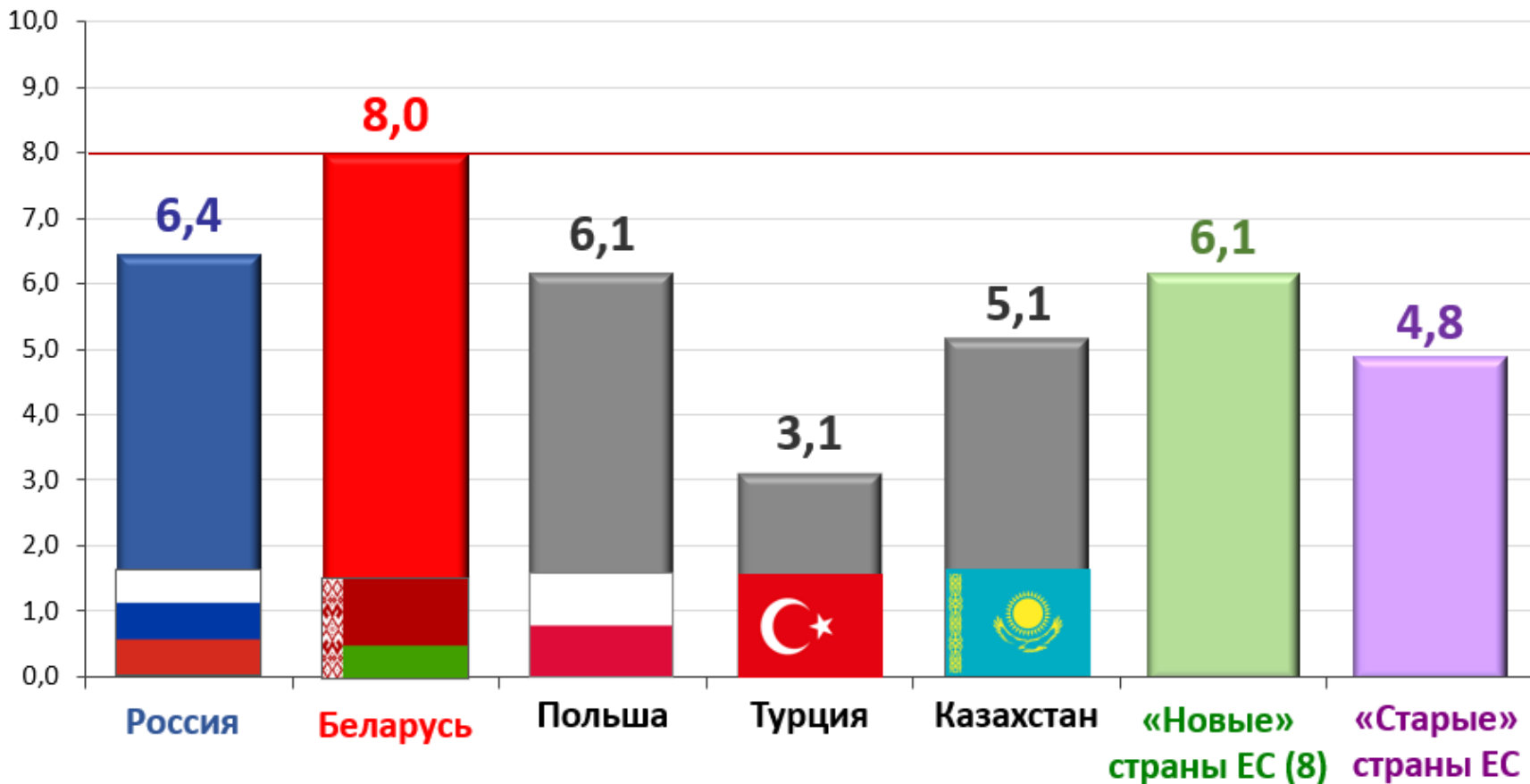


«Новые» страны ЕС (8) включают: Чехию, Эстонию, Венгрию, Латвию, Литву, Польшу, Словакию, Словению.

Источники: ЦНИИОИЗ Минздрава России; Белстат; ННЦРЗ; база данных ОЭСР «OECD.Stat», расчет ВШОУЗ.

В Беларуси обеспеченность больничными койками на **25% выше**, чем в РФ, **в 1,6 раза выше**, чем в Казахстане и на **31% выше**, чем в Польше

Обеспеченность всеми койками на 1000 населения (без учета коек на ремонте 5%),
2023 г. или последний возможный



«Новые» страны ЕС (8) включают: Чехию, Эстонию, Венгрию, Латвию, Литву, Польшу, Словакию, Словению.

Источники: ЦНИИОИЗ Минздрава России; Белстат; ННЦРЗ; база данных ОЭСР «OECD.Stat», расчет ВШОУЗ.

**Сравнение показателей (свод) Беларуси
в сравнении с РФ в среднем,
Польшей и Казахстаном**

Показатель (2023 г. или последний возможный)	Беларусь	РФ в среднем	Сравнение
Коэффициент рождаемости, число родившихся живыми на 1000 населения	9,2	8,7	↑ на 9%
ОПЖ (оба пола), число лет	74,6	73,4	↑ на 1,2 года
ОПЖ (мужчины), число лет	68,1	67,6	↑ на 0,5 года
Смертность населения в возрасте 15-64 лет, число случаев на 100 тыс. населения соотв. возраста	571	638	↓ на 10%
Младенческая смертность, число случаев на 1000 родившихся живыми	1,9	4,2	↓ в 2,2 раза
Смертность детей 0-14 лет, число случаев на 100 тыс. населения соотв. возраста	22,4	43,4	↓ в 1,9 раза
ВВП на душу населения, тыс. \$ППС	30,8	44,1	↓ на 30%
Потребление алкоголя, число литров чистого спирта на душу населения среди лиц старше 15 лет	10,6	9,0	↑ на 18%
Доля курящего населения среди лиц старше 15 лет, %	30	20	↑ в 1,5 раза
Подушевые госрасходы на здравоохранение, \$ППС на душу населения	1202	1402	↓ на 14%
Обеспеченность практикующими врачами на 1000 населения	5,2	3,8	↑ на 37%
Обеспеченность больничными койками (без учета коек на ремонте – 5%) на 1000 населения	8,0	6,4	↑ на 25%

Показатель (2023 г. или последний возможный)	Беларусь	Польша	Сравнение
Коэффициент рождаемости, число родившихся живыми на 1000 населения	9,2	8,3	↑ на 11%
ОПЖ (оба пола), число лет	74,6	77,4	↓ на 4,3 года
ОПЖ (мужчины), число лет	68,1	73,5	↓ на 5,4 года
Смертность населения в возрасте 15-64 лет, число случаев на 100 тыс. населения соотв. возраста	571	356	↑ в 1,6 раза
Младенческая смертность, число случаев на 1000 родившихся живыми	1,9	3,8	↓ в 2 раза
Смертность детей 0-14 лет, число случаев на 100 тыс. населения соотв. возраста	22,4	36,4	↓ в 1,6 раза
ВВП на душу населения, тыс. \$ППС	30,8	49,5	↓ в 1,6 раза
Потребление алкоголя, число литров чистого спирта на душу населения среди лиц старше 15 лет	10,6	11,0	на уровне
Доля курящего населения среди лиц старше 15 лет, %	30	17	↑ в 1,8 раза
Подушевые госрасходы на здравоохранение, \$ППС на душу населения	1202	2227	↓ в 1,8 раза
Обеспеченность практикующими врачами на 1000 населения	5,2	3,5	↑ в 1,5 раза
Обеспеченность больничными койками (без учета коек на ремонте – 5%) на 1000 населения	8,0	6,1	↑ на 31%

Показатель (2023 г. или последний возможный)	Беларусь	Казахстан	Сравнение
Коэффициент рождаемости, число родившихся живыми на 1000 населения	9,2	20,6	↓ в 2,2 раза
ОПЖ (оба пола), число лет	74,6	75,1	на уровне
ОПЖ (мужчины), число лет	68,1	70,3	↓ на 2,2 года
Смертность населения в возрасте 15-64 лет, число случаев на 100 тыс. населения соотв. возраста	571	448	↑ на 27%
Младенческая смертность, число случаев на 1000 родившихся живыми	1,9	7,7	↓ в 2 раза
Смертность детей 0-14 лет, число случаев на 100 тыс. населения соотв. возраста	22,4	84,4	↓ в 3,8 раза
ВВП на душу населения, тыс. \$ППС	30,8	39,3	↓ на 22%
Потребление алкоголя, число литров чистого спирта на душу населения среди лиц старше 15 лет	10,6	4,9	↑ в 2,2 раза
Доля курящего населения среди лиц старше 15 лет, %	30	23	↑ на 30%
Подушевые госрасходы на здравоохранение, \$ППС на душу населения	1202	728	↑ в 1,6 раза
Обеспеченность практикующими врачами на 1000 населения	5,2	4,0	↑ на 30%
Обеспеченность больничными койками (без учета коек на ремонте – 5%) на 1000 населения	8,0	5,1	↑ в 1,6 раза

ВЫВОДЫ

- В Беларуси, по сравнению с РФ и Польшей, отмечаются **более высокие показатели рождаемости** (на 9% и 11% выше соответственно), что свидетельствует о наличии эффективной политики в этом отношении. Однако в Беларуси, по сравнению с Казахстаном, этот показатель **в 2,2 раза ниже**, что связано с более высоким средним возрастом населения (соответственно 41 и 32 лет).
- В Беларуси, по сравнению с РФ, даже при более низком ВВП на душу населения (на 30% ниже) и более низких госрасходах на здравоохранение (на 14% ниже) ключевой показатель здоровья населения – **ожидаемая продолжительность жизни (ОПЖ) - на 1,2 года выше**. Это говорит об эффективном управлении здравоохранением в Беларуси!
- В Беларуси, по сравнению с Польшей ОПЖ, **на 4,3 года ниже**. Это может быть связано с более низким уровнем подушевых госрасходов на здравоохранение (**в 1,8 раза ниже**), с высокой долей курящего населения (**в 1,8 раза выше**) и более низким ВВП на душу населения (**в 1,6 раза ниже**, чем в Польше).
- В Беларуси и Казахстане ОПЖ практически **на одном уровне**. Несмотря на то, что в Казахстане, по сравнению с Беларусью, сложились более низкие подушевые госрасходы на здравоохранение (**в 1,6 раза ниже**), им удастся добиться этого показателя благодаря более низкому уровню потребления алкоголя – **в 2,2 раза ниже**.
- В Беларуси, по сравнению с рассматриваемыми странами, **самые низкие показатели младенческой и детской смертности**, что говорит о высокоэффективной политике здравоохранения и социальной сферы в этом отношении. Эффективность здравоохранения Беларуси, в том числе связана с большей обеспеченностью врачами и стационарными койками (**в среднем на 40% выше**), что обеспечивает высокую доступность медпомощи для населения.
- Однако обращает на себя внимание, что в Беларуси, по сравнению с рассматриваемыми странами, сложились **более высокие показатели потребления алкоголя и табакокурения**, что должно стать приоритетом госполитики на ближайшие годы.

Как удалось Республике Беларусь **обогнать** Россию по показателям здоровья населения при более **низком** уровне ВВП на душу населения (на 30% ниже), более **низких** расходах на здравоохранение на душу населения (на 14%) и при более **высокой** распространенности факторов риска здоровью?

Эффектность здравоохранения Беларуси обусловлена тем, что:

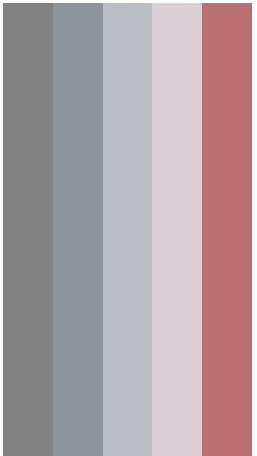
- 1) Сохранена **централизованная система управления и финансирования** здравоохранения (бюджетная модель), нет затратной модели ОМС
- 2) Государственные медицинские организации финансируются **по смете**
- 3) Выше **обеспеченность врачами и стационарными койками**, соответственно, выше доступность медицинской помощи
- 4) Сохранена доступная **первично-медико-санитарная помощь**
- 5) **Не было** непродуманной «оптимизации»

ЭТО НЕОБХОДИМО СОХРАНИТЬ!

Рекомендации

Для повышения ОПЖ в Республике Беларусь важно:

- Снизить потребление алкоголя и табакокурения, как минимум, **в 1,5 раза**
- Найти возможность увеличения госрасходов на здравоохранение минимум **на 1% ВВП**, то есть до 6% ВВП
- Важнейшим резервом повышения эффективности здравоохранения является **повышение квалификации врачей и медсестер, а также ускорение трансляции им новых знаний.**



.....

**РЕЗЕРВ ПОВЫШЕНИЯ ЭФФЕКТИВНОСТИ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ –
УСКОРЕНИЕ ТРАНСЛЯЦИИ НОВЫХ ЗНАНИЙ ВРАЧАМ**

В ЛЮБУЮ ЭПОХУ **главная задача** организаторов
здравоохранения, врачей, ректоров, ведущих ученых:

ПРЕВРАТИТЬ СОБРАННУЮ И ОБРАБОТАННУЮ ИНФОРМАЦИЮ О ПАЦИЕНТАХ
В КАЧЕСТВЕННЫЕ ЗНАНИЯ, а затем

ТРАНСЛИРОВАТЬ ЭТИ ЗНАНИЯ

практикующим медицинским работникам, преподавателям, студентам
медицинских вузов

БЕЗ ЭТОГО НЕВОЗМОЖНО ОБЕСПЕЧИТЬ КАЧЕСТВО МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ и
КАЧЕСТВО ПОДГОТОВКИ МЕДИЦИНСКИХ РАБОТНИКОВ

В РФ уровень квалификации медицинских кадров требует **улучшения**

1. По итогам независимого тестирования, проводимого в Москве, с первого раза **не** сдают экзамен **более 20% кандидатов**
2. **Ежегодно** по итогам экспертизы качества медицинской помощи в системе ОМС (ЭКМП) дефекты выявляются **в 25% случаев**. В результате медицинским организациям выставляются штрафы - **более 11 млрд руб.**
3. Многочисленные жалобы пациентов привели к тому, что в Следственном комитете организован отдел медицинских экспертиз и **ежегодно более 170 уголовных дел** доводятся до суда (и **в 10 раз** больше возбуждается)
4. **Треть** опрошенного населения РФ считает, что необходимо повышать профессиональный уровень врачей и ввести **персональную ответственность** главного врача и лечащего врача за качество лечения (ВЦИОМ, 2019 г.)

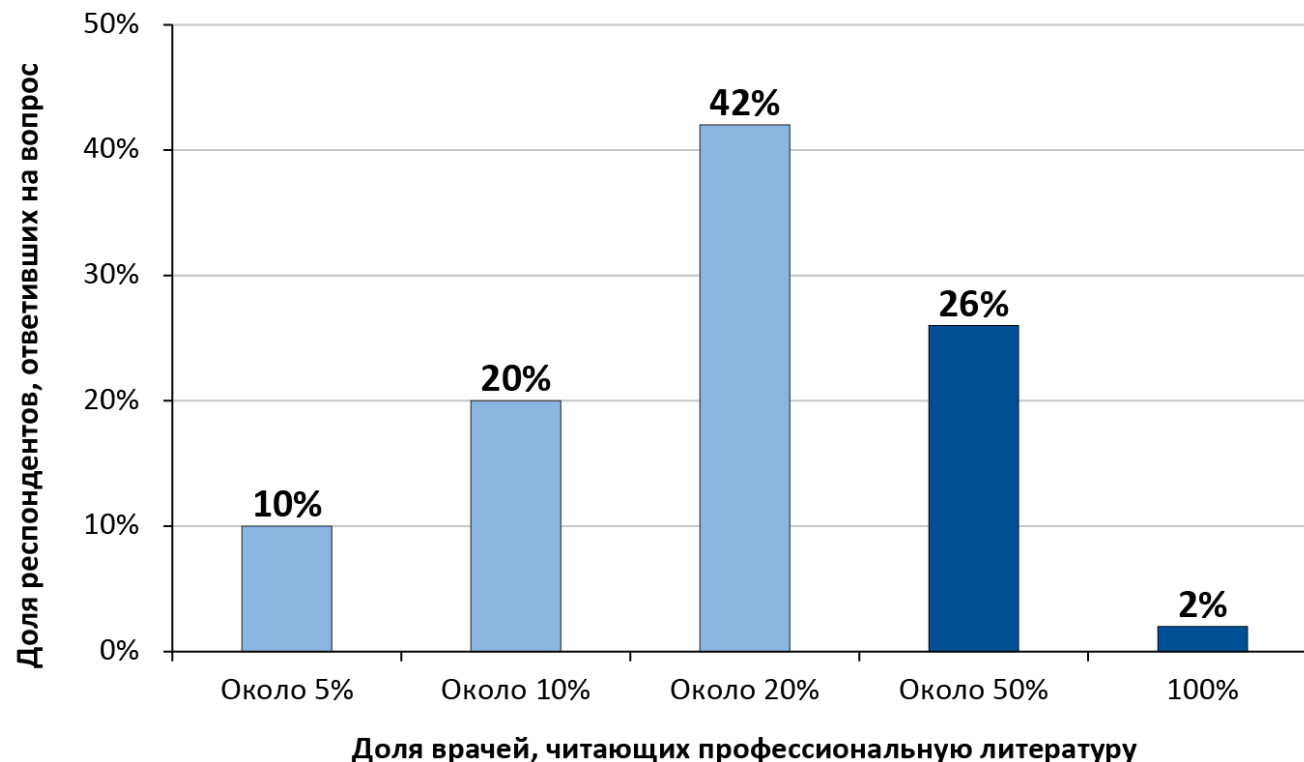
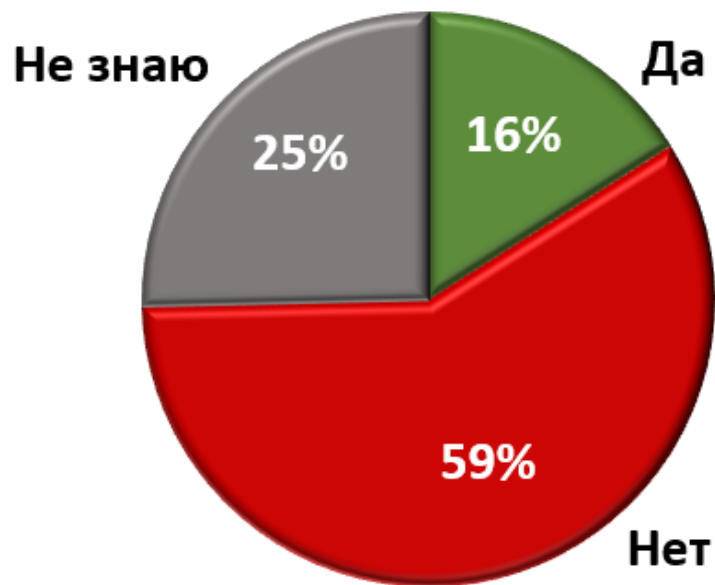
Недостаточный уровень квалификации врачей стоит пациентам здоровья и **ЖИЗНИ**

- Ежегодно в США из-за **неверных** действий медицинского персонала происходит **до 250 тыс.** смертей пациентов. Это **10%** от общего числа смертей, причем **половину** из них можно предотвратить путем организационных усилий и повышения квалификации врачей (2016 г.)
- Ежегодно в США в связи с неверно поставленным диагнозом и лечением умирают или получают различного рода увечья около **800 тыс. пациентов**. Около **40%** всех случаев приходится на **5** распространенных заболеваний: инсульт, сепсис, пневмония, тромбоз глубоких вен, рак легких (2023 г.)
- В РФ подобные исследования **не проводятся**, но в силу более **коротких** сроков подготовки врачей, чем в развитых странах, и их **перегруженности** результаты могут быть **хуже**

В большинстве медицинских организаций РФ **НЕТ** профессиональных библиотек и **НЕ БОЛЕЕ 20%** врачей читает современную медицинскую литературу (опросы 2023-2024 гг.). При этом главные врачи не заинтересованы в выделении средств на приобретение современных библиотек

.....

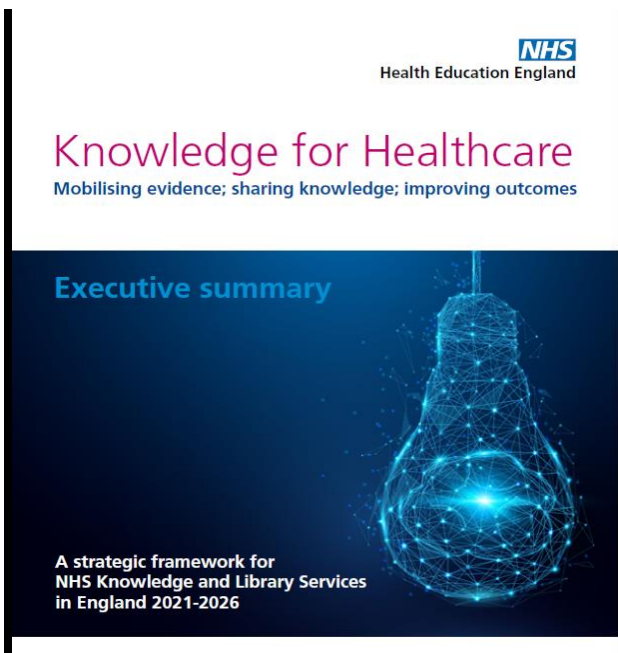
Есть ли в Вашей медицинской организации профессиональная медицинская библиотека?



Источник: ВШОУЗ.

Сегодня в развитых странах создаются СИСТЕМЫ для **ускоренной трансляции новых знаний** практикующим медработникам. Это специальные государственные программы совместно с БИБЛИОТЕКАМИ и их ассоциациями

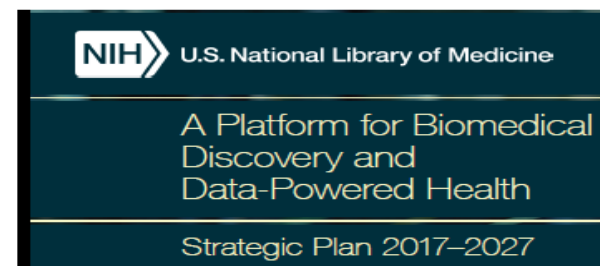
В Великобритании Министерство здравоохранения (NHS) совместно с Национальной службой библиотек (NLS) реализует программу **«Знания для здравоохранения»** (Knowledge for Healthcare) под эгидой отдела инноваций «Медицинское образование врачей Англии» (Health Education England)



В США Национальный институт качества (AHRQ), Национальная медицинская библиотека (NLM) и Ассоциация медицинских библиотек (Medical Libraries Association) реализуют программу **«Обучающая система здравоохранения»** (Learning Health System)



About Learning Health Systems



Международные стандарты аккредитации (Joint Commission International) содержат **требование наличия** в медицинской организации условий для получения знаний. По требованию Минздрава США (*United States Department of Health and Human Services*), МИС должны быть снабжены разнообразными источниками информации для врачей

Стандарт «Намерения MCI.21»



Organization Accredited
by Joint Commission International

IMPROVING THE QUALITY AND SAFETY OF
HEALTHCARE FOR EVERY PATIENT ACROSS THE GLOBE

- Современная научная и другая информация используется в процессе лечения пациентов
- Современная научная и другая информация используется для клинического обучения
- Современная научная и другая информация используется для проведения научных исследований
- Современная научная и другая информация используется в управлении
- Информация предоставляется в сроки, ожидаемые сотрудниками

Доступ к этим базам есть **в каждой больнице** в ЕС, США, Великобритании.

Среди них англоязычные гиганты - Springer, Wolters Kluwer, Elsevier, Thieme, Ebsco.

.....

НАЗВАНИЕ МЕДИЦИНСКОЙ БАЗЫ ДАННЫХ	ПРОИЗВОДИТЕЛЬ
5 Minute Consult, https://5minuteconsult.com	Wolters Kluwer (Нидерланды)
UpToDate, http://www.uptodate.com	Wolters Kluwer (Нидерланды)
BMJ Best Practice (Clinical Evidence), http://bestpractice.bmj.com	British Medical Journal Publishing Group Ltd. (Великобритания)
Clinical Key (First Consult), https://www.clinicalkey.com	Elsevier Inc. (Нидерланды) Единственная платформа с полным собранием электронных книг!
Dynamed (https://dynamed.ebscohost.com)	EBSCO Industries, Inc. (США)
EBM Guidelines (https://www.essentialevidenceplus.com)	Duodenum (Финляндия)
Online Books & Journals Platform within Thieme Connect https://www.thieme-connect.com/products/all/home.html	Thieme (Германия)



В России у здравоохранения есть свое профессиональное издательство, аналога которому **нет ни у одной другой отрасли** экономики страны



3500 авторов
ежегодно создают
400-450 новых наименований
профессиональной медицинской литературы и
современные цифровые образовательные
продукты
Всего 2400 наименований современных
медицинских изданий - **русскоязычный**
интеллектуальный багаж

Благодаря труду замечательных российских специалистов, создана «Золотая серия» - источник **лучших мировых** знаний для врачей. В работе участвовали **7 медицинских вузов и 8 НМИЦ Минздрава России**

МИРОВЫЕ МЕДИЦИНСКИЕ БЕСТСЕЛЛЕРЫ СЕГОДНЯ В РОССИИ



5mcc.vshouz.ru

ЗОЛОТАЯ
СЕРИЯ
мировых
медицинских
бестселлеров



В «ЗОЛОТУЮ СЕРИЮ» входят всеобъемлющие руководства по терапии, педиатрии кардиологии, хирургии, а также емкие и информативные справочники, адаптированные для российского читателя ведущими профильными медицинскими организациями страны



За 2023 г. совместно с ГВМУ МО РФ, ВМА им. С.М. Кирова и Минздравом России издательством ГЭОТАР создана современная библиотека **военного медика**



ВОЕННО-ПОЛЕВАЯ ТЕРАПИЯ

Национальное руководство
2-е издание, переработанное и дополненное
Под редакцией академика РАН Е.В. Крюкова

ВОЕННО-ПОЛЕВАЯ ХИРУРГИЯ

Национальное руководство
2-е издание, переработанное и дополненное
Под редакцией профессора И.М. Самохвалова

ВОЕННО-ПОЛЕВАЯ ХИРУРГИЯ

Учебник
Под ред. И. М. Самохвалова, В. И. Бадалова

ПЕРВАЯ ПОМОЩЬ ПРИ РАНЕНИЯХ, ТРАВМАХ И ДРУГИХ НЕОТЛОЖНЫХ СОСТОЯНИЯХ В УСЛОВИЯХ МИРНОГО ВРЕМЕНИ И В ВООРУЖЕННЫХ КОНФЛИКТАХ

Руководство
Авторы: Крайнюков П.Е., Макиев Р.Г., Булатов М.Р., Смирнов Д.Ю., Мустаев О.З., Юманов А.П., Касаткин Я.И., Кудашин С.А., и др.



<https://www.geotar.ru/voenmed/>

В 2023 г. весь российский и зарубежный багаж медицинских знаний собран в **первой отечественной цифровой базе знаний (платформе)** с удобной поисковой системой. Это аналог англоязычного «Clinical Key» издательства Elsevier

- Справочно-информационная система
- Создана для врачей с пониманием их потребностей в быстром и максимально точном ответе на их вопросы
- Позволяет получать проверенную медицинскую информацию в удобном виде и в удобное время

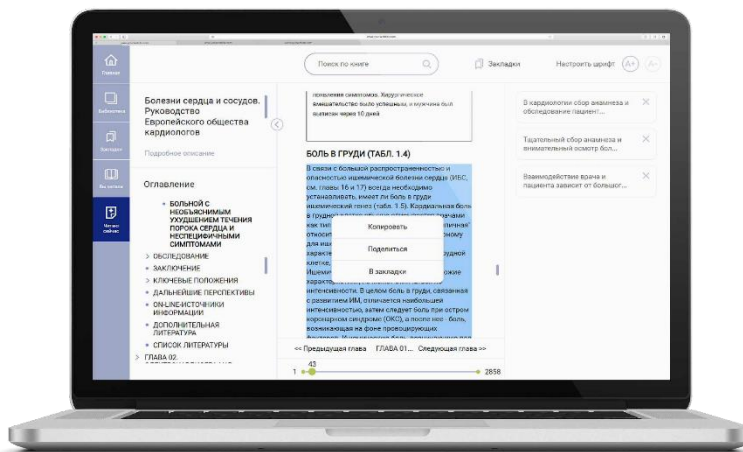
Более **3000 изданий** профессиональной медицинской литературы издательской группы «ГЭОТАР-Медиа»



ЗОЛОТАЯ СЕРИЯ переводных изданий мировых медицинских бестселлеров



Словарь медицинских терминов, содержащий около 120 тысяч понятий



Клинические рекомендации утвержденные научно-практическим советом Минздрава РФ



Клинические рекомендации российских и зарубежных профессиональных ассоциаций и обществ



Справочник лекарственных препаратов и БАД, содержащий около 50 тысяч наименований

Более **180 тысяч** постоянно обновляемых источников знаний в одном ресурсе

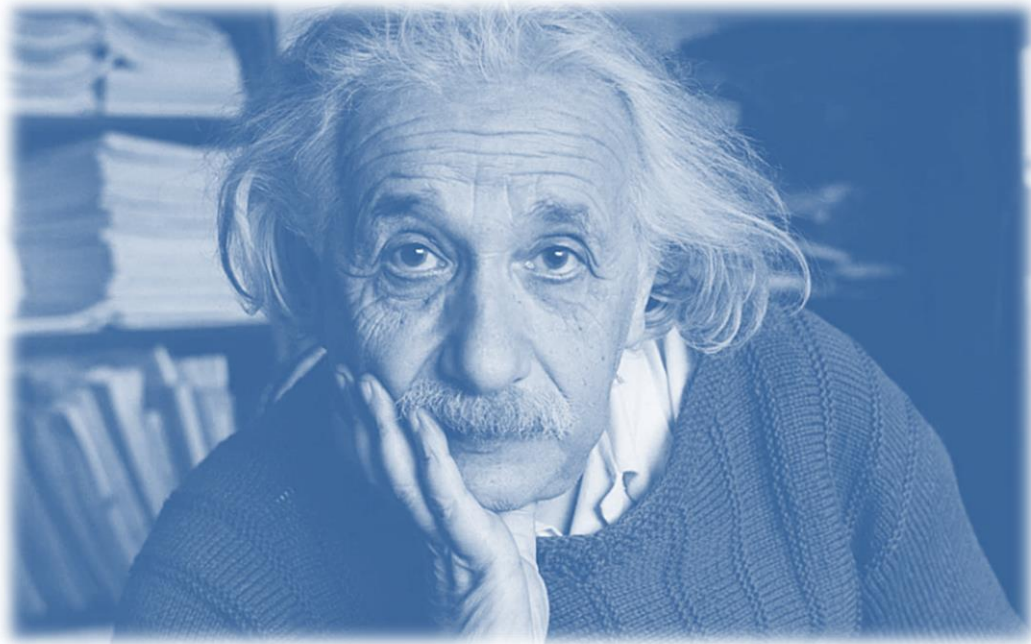
Доказанная эффективность распространения НОВЫХ ЗНАНИЙ в практике

- В научных исследованиях в **Великобритании** показано, что каждый **1\$**, вложенный в повышение доступности знаний врачам в практическом здравоохранении, приносит эффект **2,4\$**
- На опыте **Австралии** показано, что каждый **1\$**, вложенный в развитие медицинских профессиональных библиотек, приносит экономический эффект равный **9\$** за счет снижения ненужных назначений и уменьшения количества дефектов

«NHS Library and Knowledge Services Value Proposition: The Gift of Time», https://www.hee.nhs.uk/sites/default/files/HEE%20-%20Library%20and%20Knowledge%20Services%20Value%20Proposition%20The%20Gift%20of%20Time%20FINAL%20Nov2020_0.pdf

How to cite this article: Murphy, J. (2021). Global trends health science libraries: Part 1. *Health Information & Libraries Journal*, 38, 319–324. <https://doi.org/10.1111/hir.12408>

*«Я боюсь того дня, когда технологии превзойдут наше человеческое взаимодействие. В мире будет поколение идиотов. **Читайте больше**»*



Альберт Эйнштейн (1879-1955) — американский, немецкий и швейцарский физик-теоретик и общественный деятель-гуманист, один из основателей современной теоретической физики. Лауреат Нобелевской премии по физике 1921 года.



ОргЗдрав

Ежегодный
Международный
Конгресс

Итоги конгресса «Оргздрав 2024»:

<https://congress.orgzdrav.com/>

Главная тема:

ЦЕЛЬ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ 2030 = КАДРЫ + ЗНАНИЯ + ЦИФРА

10 – 11 июня 2024

Москва, Отель «АртКорт»

СПИСОК СОКРАЩЕНИЙ

ВВП – валовой внутренний продукт
ЕМИСС – Единая межведомственная
информационно-статистическая система

ЕС – Европейский союз
ОПЖ – ожидаемая продолжительность жизни

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Улумбекова Г.Э. Здоровоохранение России. Что надо делать. Состояние и предложения: 2019-2024 гг. 3-е изд. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2019. — 416 с.
2. Доклад «Об итогах работы Минздрава России за 2023 год». — М.: Министерство здравоохранения РФ, 2024. — 29 с.
3. Доклад «Об итогах работы Министерства здравоохранения РФ в 2022 году и задачах на 2023 год». — М.: Министерство здравоохранения РФ, 2023. — 242 с.
4. Постановление Правительства РФ от 29.12.2022 № 2497 «О Программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2023 год и на плановый период 2024 и 2025 годов».
5. ЕМИСС / база данных Росстата [Электронный ресурс]. — Режим доступа: <https://fedstat.ru/>.
6. Росстат [Электронный ресурс]. — Режим доступа: <http://www.gks.ru/>.
7. Официальный сайт ФГБУ «Центральный научно-исследовательский институт организации и информатизации здравоохранения» Минздрава России [Электронный ресурс]. — Режим доступа: <https://mednet.ru/>.
8. База данных ОЭСР «OECD.Stat» [Электронный ресурс]. — Режим доступа: <https://stats.oecd.org/>
9. База данных «Показатели мирового развития» Всемирного банка [Электронный ресурс]. — Режим доступа: <https://databank.worldbank.org/>.

Список литературы (продолжение)

10. Goodman K.E., Yi P.H., Morgan D.J. AI-Generated Clinical Summaries Require More Than Accuracy // JAMA. 2024. January 29. doi:10.1001/jama.2024.0555
11. Kohane I. Policy in Progress — The Race to Frame AI in Health Care // NEJM AI 2024;1(3). doi:10.1056/AIe24000044. <https://ai.nejm.org/doi/full/10.1056/AIe2400044>
12. Tu T., Azizi S., Driess D. et al. Towards Generalist Biomedical AI // NEJM AI 2024;1(3). doi:10.1056/AIoa2300138
13. Rengers T.A., Thiels C.A., Salehinejad H. Academic Surgery in the Era of Large Language Models A Review // JAMA Surg. doi:10.1001/jamasurg.2023.6496. https://jamanetwork.com/journals/jamasurgery/article-abstract/2814978?utm_campaign=articlePDF&utm_medium=articlePDFlink&utm_source=articlePDF&utm_content=jamasurg.2023.6496
14. Anderer S., Hswen Y. AI Developers Should Understand the Risks of Deploying Their Clinical Tools, MIT Expert Says // JAMA. 2024. doi:10.1001/jama.2023.22981
15. Fogo A.B., Kronbichler A., Bajema I.M. AI's Threat to the Medical Profession // JAMA. 2024;331(6):471-472. doi:10.1001/jama.2024.0018
16. Schulman K.A., Nielsen Jr P.K., Patel K. AI Alone Will Not Reduce the Administrative Burden of Health Care // JAMA. 2023; 330(22):2159-2160. doi:10.1001/jama.2023.23809
17. Wachter R.M., Brynjolfsson E. Will Generative Artificial Intelligence Deliver on Its Promise in Health Care? JAMA. 2024;331(1):65-69. doi:10.1001/jama.2023.25054
18. Mello M.M., Guha N. ChatGPT and Physicians' Malpractice Risk // JAMA Health Forum. 2023;4(5):e231938. doi:10.1001/jamahealthforum.2023.1938
19. Abbasi J., Hswen Y. How AI Assistants Could Help Answer Patients' Messages—and Potentially Improve Their Outcomes // JAMA. 2024;331(2):95-97. doi:10.1001/jama.2023.22555
20. Sahni N.R., Carrus B. Artificial Intelligence in U.S. Health Care Delivery // N Engl J Med 2023; 389:348-358 DOI: 10.1056/NEJMra2204673
21. Holmgren A.J., Thombley R., Sinsky C.A. et al. Changes in Physician Electronic Health Record Use With the Expansion of Telemedicine // JAMA Intern Med. 2023;183(12):1357-1365. doi:10.1001/jamainternmed.2023.5738
22. Holmgren A.J., Thombley R., Sinsky C.A., Adler-Milstein J. Changes in Physician Electronic Health Record Use With the Expansion of Telemedicine // JAMA Intern Med. Published online October 30, 2023. doi:10.1001/jamainternmed.2023.573