

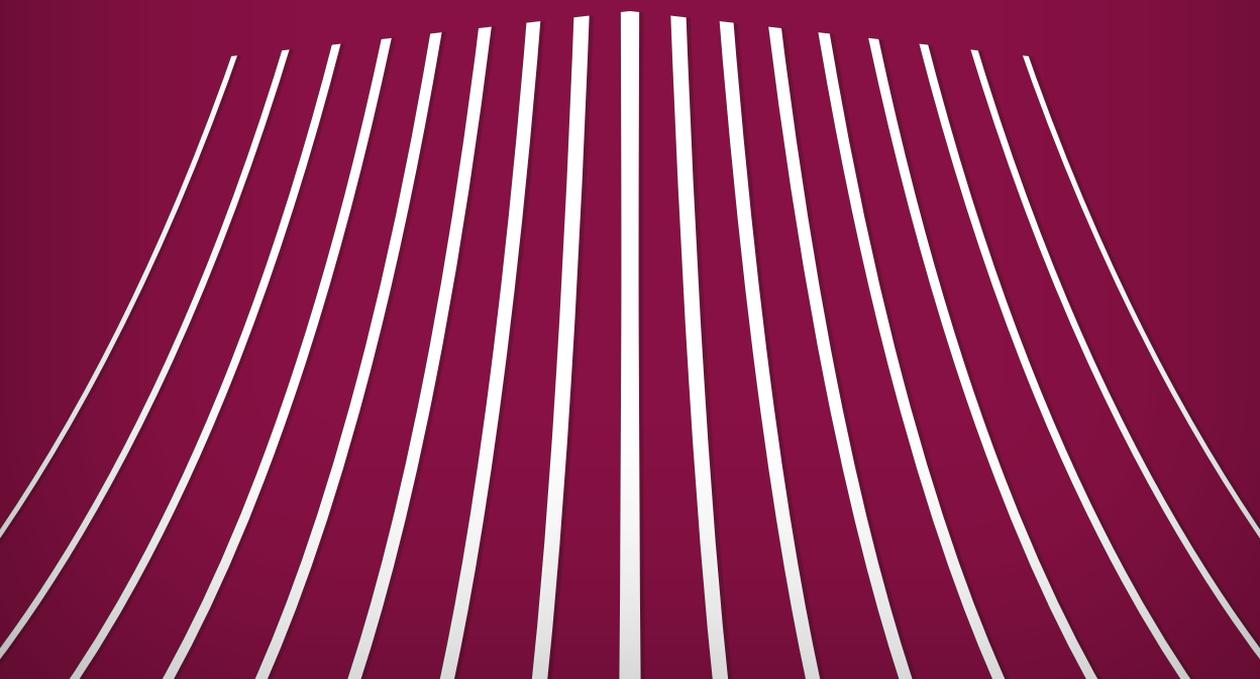
Г.Э. Улумбекова

ЗДРАВООХРАНЕНИЕ РОССИИ

ИТОГИ 2012–2016 гг.

НЕОТЛОЖНЫЕ МЕРЫ В 2017–2018 гг.

ПРИОРИТЕТЫ РАЗВИТИЯ ДО 2025 г.



«Есть все возможности для того, чтобы к 2025 году увеличить продолжительность жизни в России до 76 лет, значительно снизить смертность в трудоспособном возрасте...»

Поставленные цели и задачи требуют эффективных управленческих подходов, значительных финансовых ресурсов».

Президент Российской Федерации
Владимир Владимирович Путин



Г.Э. Улумбекова

ЗДРАВООХРАНЕНИЕ РОССИИ

ИТОГИ 2012–2016 гг.

НЕОТЛОЖНЫЕ МЕРЫ В 2017–2018 гг.

ПРИОРИТЕТЫ РАЗВИТИЯ ДО 2025 г.



Москва
ИЗДАТЕЛЬСКАЯ ГРУППА
«ГЭОТАР-Медиа»
2017

УДК 614.2(470+571)
ББК 51.1(2Рос)
У49

Улумбекова, Г. Э.

У49 Здоровоохранение России. Итоги 2012–2016 гг. Неотложные меры в 2017–2018 гг. Приоритеты развития до 2025 г. / Г. Э. Улумбекова. — М. : ГЭОТАР-Медиа, 2017. — 48 с. : ил.
ISBN 978-5-9704-4300-2

В аналитической справке проведен анализ основных результатов и состояния системы здравоохранения РФ, в том числе динамика демографических показателей и показателей здоровья населения, обеспеченность кадровыми и материально-техническими ресурсами, анализ противоречий в нормативной базе. Представлены объем государственного финансирования системы здравоохранения РФ, экономические условия и демографические тенденции на предстоящие годы. Автор делает вывод, что в 2017–2018 гг. в условиях снижения объемов государственного финансирования здравоохранения необходимо выделить приоритеты расходов и реализовать неотложные меры, направленные на повышение эффективности использования ресурсов отрасли.

Издание предназначено медицинским работникам и руководителям здравоохранения всех уровней, экономистам, а также широкому кругу читателей.

УДК 614.2(470+571)
ББК 51.1(2Рос)

Права на данное издание принадлежат ООО Издательская группа «ГЭОТАР-Медиа». Воспроизведение и распространение в каком бы то ни было виде части или целого издания не могут быть осуществлены без письменного разрешения ООО Издательская группа «ГЭОТАР-Медиа».

© Улумбекова Г.Э., 2017
© ООО Издательская группа «ГЭОТАР-Медиа», 2017
© ООО Издательская группа «ГЭОТАР-Медиа»,
оформление, 2017

ISBN 978-5-9704-4300-2

Научное издание

Улумбекова Гузель Эрнстовна

ЗДРАВООХРАНЕНИЕ РОССИИ

Итоги 2012–2016 гг. Неотложные меры в 2017–2018 гг.
Приоритеты развития до 2025 г.

Подписано в печать 28.04.2017. Формат 70×100 1/16.

Бумага мелованная. Печать офсетная.

Объем 3,87 усл. печ. л. Тираж 5000 экз. Заказ №

ООО Издательская группа «ГЭОТАР-Медиа».

115035, Москва, ул. Садовническая, д. 9, стр. 4.

Тел.: (495) 921-39-07.

E-mail: info@geotar.ru; http://www.geotar.ru.

Отпечатано в АО «Первая Образцовая типография».

Филиал «Чеховский Печатный Двор».

142300, Московская обл., г. Чехов, ул. Полиграфистов, д. 1.

ISBN 978-5-9704-4300-2



9 785970 443002 >

ОСНОВНЫЕ ПОЛОЖЕНИЯ

Уважаемые коллеги!

Цель данной аналитической справки — показать главам регионов РФ ясную картину о ситуации в здравоохранении, определить основные проблемы в отрасли и обсудить пути их решения с профессиональным медицинским сообществом и руководителями здравоохранения всех уровней.

Первая проблема — в России в период 2012–2016 гг. (4 года) не произошло заметного улучшения здоровья населения. Общий коэффициент смертности стагнирует на уровне **13,1–12,9 случая** на 1 тыс. населения вместо запланированного снижения до 12,3 случая в соответствии с госпрограммой «Развитие здравоохранения»¹. За этот период ожидаемая продолжительность жизни при рождении (ОПЖ) возросла только на 1,6 года и составила **71,9 года** в 2016 г. (среднегодовой прирост — 0,4 года). В предшествующий период 2005–2012 гг. (7 лет) ОПЖ выросла на **4,8 года** (среднегодовой прирост — 0,7 года), именно тогда государственное финансирование здравоохранения поэтапно увеличивалось. Таким образом, в последние 4 года темп роста ОПЖ **уменьшился почти в 2 раза**. Это означает, что цель, поставленная в майском Указе Президента РФ², по достижению значения ОПЖ в **74 года** к 2018 г. **не будет** выполнена. При этом в 2016 г. значение ОПЖ российских граждан остается на **6 лет ниже**, чем в «новых-8» странах ЕС, сопоставимых с Россией по уровню экономического развития³. ОПЖ российских мужчин **на 7,7 года ниже**, чем в этих странах, а смертность детей до 14 лет **в 2 раза выше**. Это показывает, что нынешняя политика в области здравоохранения России **не позволяет достичь** поставленных целей по улучшению здоровья населения.

Вторая проблема — в период 2012–2015 гг. произошло существенное сокращение кадровых и материально-технических ресурсов отрасли из-за реализации «дорожных карт»⁴, в которых был заложен неверный вектор реформ. Ситуация усугубилась снижением почти на **10%** (в ценах 2012 г.) государственного финансирования здравоохранения. В результате обеспеченность практикующими врачами сократилась **на 2%** (7 тыс.), число стационарных коек — **на 11%** (124 тыс.), число фельдшерских пунктов (ФП) и фельдшерско-акушерских пунктов (ФАП) сократилось **на 5%**, число участковых больниц — **на 24%**. При этом за данный период поток больных вырос **на 1,4 млн чел. (0,6%)**. Как следствие, возросла нагрузка на врачей, которые и так в 2012 г. работали на пределе своих возможностей (с коэффициентом совместительства 1,5), и со-

¹ Постановление Правительства РФ от 15.04.2014 № 294.

² Указ Президента РФ от 07.05.2012 № 606 «О мерах по реализации демографической политики РФ».

³ «Новые-8» страны ЕС включают: Венгрию, Латвию, Литву, Польшу, Словакию, Словению, Чехию и Эстонию, которые имеют сопоставимый с Россией ВВП на душу населения — 25–26 тыс. \$ППС.

⁴ Распоряжение Правительства РФ от 28.12.2012 № 2599-р.

кратились объемы бесплатной медицинской помощи. Число посещений амбулаторно-поликлинических учреждений (АПУ) в расчете на одного человека уменьшилось **на 7%**, а число госпитализаций — **на 9%**. Это, естественно, привело к росту **недовольства населения**.

Третья проблема — у руководства отрасли отсутствует понимание важности поддержания ключевых балансов системы здравоохранения России. *Первый баланс* — это соответствие мощности системы здравоохранения сложившемуся потоку больных. Из него следует, что в отрасли **нельзя** сокращать обеспеченность кадровыми, материально-техническими и финансовыми ресурсами, тем более при увеличивающемся потоке больных. Это **неизбежно** приведет к сокращению объемов медицинской помощи и недовольству населения. *Второй баланс* — реализация цели, поставленной Президентом РФ В.В. Путиным, о достижении к 2025 г. ОПЖ российских граждан, равной **76 годам**¹, возможна только при условии увеличения государственного финансирования здравоохранения в **1,5–1,6 раза** по сравнению с сегодняшним уровнем (или до 5–6% ВВП). Непонимание этих балансов отразилось как в политике здравоохранения, так и в новой версии госпрограммы «Развитие здравоохранения»². В ней вместо увеличения обеспеченности врачами к 2020 г., как это было предусмотрено в предыдущей версии (до 40,2 на 10 тыс. населения), она останется на уровне 2015 г. (37,5). В этом документе также запланировано дальнейшее сокращение объемов госпитализаций. Расходы на госпрограмму за счет средств ОМС и федерального бюджета за период 2017–2020 гг. сокращаются **на 304 млрд руб.** по сравнению с суммой, указанной в предыдущей версии. Несоответствие заявленных в госпрограмме целей по улучшению здоровья населения (достижение ОПЖ в 75 лет к 2020 г.) и необходимых для этого ресурсов делает этот документ **декларативным**.

Четвертая проблема — у руководителей отрасли отсутствует понимание, что главное в системе здравоохранения — это организация эффективного взаимодействия врача и пациента. Для этого необходимо, чтобы число врачей росло, а не сокращалось, особенно в первичном звене здравоохранения. Вместе с тем, в 2015 г. дефицит врачей участковой службы достиг 40 тыс. чел., или **56%** от расчетного норматива. Необходимо, чтобы у врача были достаточное количество времени на прием пациента, условия для повышения квалификации и достойная оплата труда **без переработок**, которые отрицательно сказываются на качестве медицинской помощи. Вся система организации и управления здравоохранением должна быть настроена на создание условий для эффективного взаимодействия врача и пациента. Однако сегодня это не так — вместо решения **коренной проблемы** с дефицитом врачей принимаются меры, которые только **ухудшают** ситуацию и **отвлекают** внимание от этой проблемы. Например, проведение диспансеризации (без дополнительных кадров и

¹ Заседание Совета по стратегическому развитию и приоритетным проектам (март 2017 г.): <http://kremlin.ru/events/president/news/54079>.

² Постановление Правительства РФ от 31.03.2017 № 394.

финансовых ресурсов) увеличивает поток пациентов в АПУ, соответственно, растут очередность на получение медицинской помощи и нагрузки на медицинский персонал. **Избыточные и дублирующие** друг друга проверки качества медицинской помощи, внедрение бесполезного института страховых представителей создают излишний документооборот, приводят к непроизводительным **потерям средств и времени** медицинского персонала. На развитие непрерывного медицинского образования **не предусмотрены** необходимые финансовые ресурсы. В настоящее время оно полностью реализуется за счет энтузиазма профессиональных медицинских обществ.

Пятая проблема — низкая эффективность управления здравоохранением, которая проявляется в неверно расставленных приоритетах и непроизводительных расходах. Например, в ситуации сокращения общих объемов финансирования отрасли средства ОМС, предназначенные только для оказания медицинской помощи большинству населения (из которых в том числе формируется оплата труда медицинских работников), расходуются на строительство объектов здравоохранения и закупку автотранспорта. Кроме того, эти средства покрывают затраты на оказание высокотехнологичных видов медицинской помощи, например, ЭКО и выхаживание младенцев с экстремально низкой массой тела. Ранее эти статьи расходов **всегда** финансировались из федерального и региональных бюджетов. В отрасли принимаются и действуют нормативные документы, **не согласованные между собой** и содержащие **избыточное** регулирование. Так, по Приказу Минздрава России от 15.07.2016 № 520н вводится до 450 показателей для оценки качества медицинской помощи. Минздрав России представляет данные по заработной плате медицинских работников в текущих значениях с учетом **всех переработок** и более высоких заработных плат руководителей вместо базового оклада по квалификационным группам, как это правильно надо бы делать.

Руководители отрасли повсеместно используют практику комплиментарной отчетности, которая **не отражает объективную ситуацию** в здравоохранении, **не предусматривает** обратную связь и **открытое обсуждение** проблем с экспертно-научным сообществом, медицинскими работниками и населением. В результате у руководства страны и регионов складывается **недостовверное представление** о ситуации в здравоохранении и решение проблем откладывается. У населения поддерживаются **завышенные ожидания**, а у медицинских работников усиливается **неверие** в возможность улучшения ситуации.

Из представленного в настоящей справке анализа следует **главный вывод** — накопившиеся в здравоохранении РФ проблемы в первую очередь связаны с **неэффективным управлением и недостаточным государственным финансированием**.

На обсуждение выносятся следующие приоритетные направления развития здравоохранения России на краткосрочную и среднесрочную перспективу:

1. Главный приоритет — сохранение здоровья и снижение смертности **российских мужчин, детей и подростков** (а не только снижение младенческой смертности).

2. Концентрация усилий на **эффективной организации работы первичного звена** здравоохранения. Для этого необходимо ликвидировать дефицит медицинских кадров, создать условия для достойной оплаты их труда и повышения квалификации.
3. Организация **медико-социальной помощи и реабилитации** на дому для граждан старшей возрастной группы, возможно, с привлечением частных медицинских организаций.
4. Поэтапное **увеличение** государственного финансирования здравоохранения в период с 2018 по 2025 г. как минимум **в 1,5 раза** в ценах 2016 г. При этом необходимо обеспечить эффективное управление этими дополнительными ресурсами, что потребует ускоренного повышения квалификации **руководителей** здравоохранения всех уровней.
5. Реализация массовых межведомственных программ **по комплексной охране здоровья населения** с привлечением **всех** заинтересованных сторон, в том числе при активном участии глав регионов и муниципальных образований.

Если вышеназванные приоритетные направления **не будут** реализованы, то ОПЖ российских граждан останется на уровне **71,5–72,5 года**. Соответственно, цель, поставленная Президентом РФ перед здравоохранением, по достижению ОПЖ, равной **76 годам, к 2025 г. не будет** достигнута.

Сегодня задача руководства здравоохранения и научно-экспертного сообщества — дать **реальную оценку** ситуации, сложившейся в отрасли, и на основе научного анализа предложить **программу** эффективных действий. Только так мы сможем остановить истощение «запасов прочности» здравоохранения и **понизить градус напряжения** в обществе.

В сентябре 2017 г. ВШОУЗ для каждого субъекта РФ рассчитает целевые значения показателей снижения смертности и увеличения ОПЖ по годам, необходимые для достижения к 2025 г. значения ОПЖ, равного 76 годам, по РФ в целом. Также будет предложен перечень мероприятий по приоритетным направлениям развития здравоохранения для регионов РФ.

СОДЕРЖАНИЕ

1. Что волнует население и медицинских работников в части здравоохранения	8
2. Цели и задачи, которые поставил Президент РФ перед системой здравоохранения в 2012 г.	9
3. Основные мероприятия, реализованные в системе здравоохранения с 2012 по 2016 г.	11
4. Результаты деятельности системы здравоохранения	14
4.1. Показатели здоровья населения	14
4.2. Объемы медицинской помощи и обеспеченность ресурсами	20
4.3. Расходы на здравоохранение	23
4.4. Заработная плата медицинских работников	25
4.5. Непрерывное повышение квалификации медицинских кадров	27
5. Эффективность расходов в здравоохранении по субъектам РФ	28
6. Экономические условия в 2017 г. и демографические тенденции до 2020 г.	31
7. Неотложные меры в системе здравоохранения и приоритетные направления развития до 2025 г.	32
Приложение 1. Противоречия и недостатки в действующей нормативной базе и предложения по их исправлению	36
Приложение 2. Эффективность систем здравоохранения РФ по субъектам, 2015 г.	40
Приложение 3. Динамика государственных расходов на здравоохранение в текущих и постоянных ценах в 2012–2016 гг.	46
Приложение 4. Финансирование государственной программы Российской Федерации «Развитие здравоохранения», млрд руб.	47

1. ЧТО ВОЛНУЕТ НАСЕЛЕНИЕ И МЕДИЦИНСКИХ РАБОТНИКОВ в ЧАСТИ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

По данным ВЦИОМ¹, в конце 2016 г. россиян беспокоили **три главные проблемы**: низкие зарплаты, экономика в целом и **здравоохранение**, причем жалобы на здравоохранение за прошедший год выросли. Половина всех жалоб на медицинскую помощь связана со снижением ее доступности: коммерциализация услуг, высокие цены на лекарства, нехватка специалистов на местах. Треть жалоб — недовольство профессионализмом врачей и их отношением к пациентам.

Напряженность растет и **среди медицинских работников**. Главные проблемы, которые волнуют медицинских работников: недостаточная **заработная плата, переработки**, неэффективные проверки и излишняя отчетность. Например, врачам для того, чтобы достигнуть уровня заработной платы 155% по отношению к средней в экономике региона, приходится трудиться на **1,5** и более ставки.

Профессорско-преподавательский состав медицинских вузов недоволен низкой оплатой труда и сокращением штатов.

¹ <https://wciom.ru/index.php?id=236&uid=116014>

2. ЦЕЛИ и ЗАДАЧИ, КОТОРЫЕ ПОСТАВИЛ ПРЕЗИДЕНТ РФ ПЕРЕД СИСТЕМОЙ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ в 2012 г.

1) По улучшению здоровья населения — Указы Президента РФ от 07.05.2012 № 606 «О мерах по реализации демографической политики Российской Федерации» и № 598 «О совершенствовании государственной политики в сфере здравоохранения»:

- обеспечить к 2018 г. увеличение ожидаемой продолжительности жизни (ОПЖ)¹ в РФ до **74** лет;
- обеспечить к 2018 г. снижение младенческой смертности до **7,5** случая на 1 тыс. родившихся живыми.

2) По оплате труда медицинских работников — Указ Президента РФ от 07.05.2012 № 597 «О мероприятиях по реализации государственной социальной политики»:

- повысить к 2018 г. среднюю заработную плату работников медицинских организаций, имеющих высшее медицинское (фармацевтическое) образование, до **200%** от средней заработной платы в соответствующем регионе; преподавателей образовательных учреждений высшего профессионального образования и научных сотрудников — до **200%**; среднего медицинского (фармацевтического) персонала — до **100%**;
- установить **базовые оклады** по профессиональным квалификационным группам;
- создать прозрачный механизм **оплаты труда руководителей** организаций, финансируемых за счет бюджетных ассигнований федерального бюджета, установив соотношение средней заработной платы руководителей и работников этих организаций.

3) По обеспечению доступности медицинской помощи и повышению квалификации медицинских кадров — Указ Президента РФ от 07.05.2012 № 598 «О совершенствовании государственной политики в сфере здравоохранения» и Поручение Президента РФ от 09.11.2015 № Пр-2335:

- разработать до 1 мая 2013 г. комплекс мер по обеспечению системы здравоохранения РФ медицинскими кадрами, предусмотрев принятие в субъектах РФ программ, направленных на повышение квалификации медицинских кадров, проведение оценки уровня их квалификации, поэтапное устранение дефицита медицинских кадров, а также дифференцированные меры социальной поддержки медицинских работников;

¹ Ожидаемая продолжительность жизни (ОПЖ) при рождении — это число лет, которое в среднем предстояло бы прожить одному человеку из некоего гипотетического поколения, родившегося при условии, что на протяжении всей жизни этого поколения уровень смертности в каждом возрасте остается таким, как в год, для которого вычислен этот показатель.

- уточнить в Программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи показатели **сроков ожидания гражданами медицинской помощи**;
- разработать и утвердить комплекс мер, направленных на развитие **первичной медико-санитарной помощи**, предусмотрев оснащение и укомплектование медицинских организаций в соответствии с порядками оказания медицинской помощи.

4) **По финансированию бесплатной медицинской помощи** — *Поручение Президента РФ от 9.11.2015 № Пр-2335 «О неснижении объемов финансирования здравоохранения»:*

- предусмотреть в бюджетах субъектов РФ бюджетные ассигнования на финансирование системы здравоохранения субъектов РФ **не ниже уровня**, установленного на 2015 г.;
- обеспечить **сохранение предельных объемов** бюджетных ассигнований федерального бюджета на реализацию в 2016 г. государственной программы Российской Федерации «Развитие здравоохранения» на уровне не ниже установленного Федеральным законом от 01.12.2014 № 384-ФЗ «О федеральном бюджете на 2015 год и на плановый период 2016 и 2017 годов».

3. ОСНОВНЫЕ МЕРОПРИЯТИЯ, РЕАЛИЗОВАННЫЕ В СИСТЕМЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ с 2012 по 2016 г.

1) Принята государственная программа «Развитие здравоохранения» (Распоряжение Правительства РФ от 24.12.2012 № 2511-р). В этой программе расписаны показатели для достижения целей по улучшению здоровья населения РФ по годам и сформировано 11 подпрограмм (в марте 2017 г. были добавлены еще две подпрограммы¹). Однако в ней **не выделены** важнейшие приоритеты (здоровье детей и подростков, здоровье мужчин трудоспособного возраста), **недостаточно** представлены механизмы реализации, целевые значения показателей программы **не сбалансированы с требуемыми ресурсами** (кадровыми, финансовыми и др.). Часть подпрограмм представляет описание текущей деятельности Минздрава. В новой версии госпрограммы «Развитие здравоохранения» вместо увеличения обеспеченности врачами к 2020 г. до 40,2 на 10 тыс. населения, как это было предусмотрено в предыдущей версии, их число сохранится на уровне 2015 г. (37,5). В обновленном документе запланировано дальнейшее сокращение объема госпитализаций и не предусмотрены необходимые финансовые ресурсы. Кроме того, расходы на госпрограмму указаны без средств консолидированных бюджетов субъектов РФ и сокращаются за период 2017–2020 гг. **на 304 млрд руб.** по сравнению с суммой, указанной в предыдущей версии (Приложение 4).

2) Приняты «дорожные карты» (Распоряжение Правительства РФ от 28.12.2012 № 2599-р и соответствующие письма и приказы Минздрава²), которые по сути предусматривают **сокращение** объемов скорой и стационарной медицинской помощи, **снижение** числа коек и наращивание платных медицинских услуг в государственных медицинских организациях.

3) Построены и находятся в процессе строительства **32 перинатальных центра** (Распоряжение Правительства РФ от 09.12.2013 № 2302-р). На это с 2013 г. из федеральных средств было выделено около **50 млрд руб.**³, что вместе со средствами субъектов РФ составило около **80 млрд руб.** Однако стоимость спа-

¹ Постановление Правительства РФ от 31.03.2017 № 394 «О внесении изменений и признании утратившими силу некоторых актов Правительства Российской Федерации».

² Приказ Минздрава России от 29.12.2012 № 1706 «Об утверждении Методических рекомендаций по разработке органами исполнительной власти субъектов Российской Федерации планов мероприятий (“дорожных карт”) “Изменения в отраслях социальной сферы, направленные на повышение эффективности здравоохранения в субъекте Российской Федерации”». Письмо Минздрава России от 11.03.2014 № 16-3/10/1-1084 «Рекомендации по внесению изменений в региональные “дорожные карты”, направленные на повышение эффективности здравоохранения».

³ <https://ria.ru/society/20161020/1479664141.html>

сения жизни одного младенца с низкой массой тела в РФ оказалась в 3 раза выше, чем в США в сопоставимых ценах¹.

4) **Введена диспансеризация** (приказы Минздрава России от 21.12.2012 № 1346н и от 03.02.2015 № 3бан (ранее приказ от 03.12.2012 № 1006н)). Идеологически это было сделано правильно, однако на реализацию диспансеризации и последующее лечение заболевших **не были предусмотрены необходимые ресурсы**. Так, средства на проведение диспансеризации были выделены из общего объема финансирования первичной медико-санитарной помощи (около **107 млрд руб.** за 3 года). А обеспеченность врачами первичного звена, которые должны оказывать помощь и потоку заболевших, и потоку проходящих диспансеризацию пациентов, **сократилась на 2%** (см. табл. 1, раздел 4.2). В результате еще больше возросли трудовая нагрузка на медицинский персонал и сроки ожидания медицинской помощи. Дополнительных средств на оказание специализированной медицинской помощи для лечения вновь выявленных случаев заболеваний также **не было** выделено (с 2012 по 2016 г. общий объем финансирования бесплатной медицинской помощи сократился на 7% в ценах 2012 г.).

5) **Приняты приказы Минздрава**, многие из которых **не согласованы** между собой и с нормами действующих федеральных законов, **не сбалансированы** с имеющимися кадровыми и материально-техническими ресурсами здравоохранения, а также увеличивают **непроизводительный** документооборот и **неэффективные** проверки. Например, установленные нормативными документами тарифы ОМС² по оплате медицинской помощи для учреждений в сельской местности и труднодоступных районах не позволяют сохранить имеющиеся маломощные учреждения в сельской местности и труднодоступных районах. Как следствие, такие учреждения вынуждены закрываться.

Согласно **Приказу Минздрава России от 15.07.2016 № 520н «Об утверждении критериев оценки качества медицинской помощи»** медицинские организации будут вынуждены отчитываться по **450 показателям**. Этот приказ существенно повысит объем непроизводительной отчетности, поскольку для оценки качества медицинской помощи (КМП), как правило, используется не более 10–12 ключевых показателей.

Имеющаяся сегодня нормативная база по контролю КМП **избыточна** — имеется множество действующих нормативных документов (более 14), в которых методики измерения и показатели КМП **не согласованы** между собой и не соответствуют международным нормам³.

¹ Беккер Ч., Нигматулина Дж. Стоит ли использовать высокотехнологичную медицину в стране со средним уровнем дохода? Перинатальные центры России // ОРГЗДРАВ: новости, мнения, обучение. Вестник ВШОУЗ. 2016. № 3–4 (5–6). С. 64–82.

² Письмо Минздрава России и ФОМС от 24.12.2015 № 11-9/10/2-7938/8089/21-и «О методических рекомендациях по способам оплаты медицинской помощи за счет средств обязательного медицинского страхования».

³ Улумбекова Г.Э. Управление качеством медицинской помощи в РФ: от планирования до улучшения. Планирование качества медицинской помощи в РФ: анализ действующей нормативной базы и показатели качества медицинской помощи // ОРГЗДРАВ: новости, мнения, обучение. 2016. № 2. С. 43–62.

Далее, нормативы обеспеченности стационарными койками по Программе государственных гарантий (ПГГ) не совпадают с аналогичными нормативами в приказах, которые утверждают порядки оказания медицинской помощи. Например, при оказании акушерской и гинекологической помощи согласно порядкам на одного врача по расчетам приходится 10 коек, а по ТПГГ — 15 коек, при оказании оториноларингологической помощи по ТПГГ рекомендовано 12 коек на одного врача, а по порядкам — 20 коек¹ (Приложение 1).

б) Инициатива Минздрава о внедрении **«бережливого производства»** в амбулаторно-поликлинических учреждениях предусматривает применение принципов научной организации труда, которые используются в промышленном производстве. Например, это снижение потерь времени сотрудников в результате правильной организации рабочего места («все под рукой»), территориальное разведение потоков пациентов, которым требуются различные виды медицинской помощи (неотложная, плановая и профилактическая), стандартизация всех организационных процессов в учреждении. Пионером во внедрении таких технологий в учреждениях здравоохранения в 2000 г. стал Медицинский центр Вирджинии (350-коечный центр с 5 тыс. сотрудников, США) под руководством главного врача Г. Каплана. Сегодня эти технологии применяются во многих медицинских учреждениях развитых стран.

Однако в РФ внедрение «бережливого производства» в поликлиниках должного эффекта, в виде снижения сроков ожидания пациентами медицинской помощи и повышения качества лечения, **не даст**. Это связано с тем, что **коренная причина** низкой эффективности работы поликлиник (и, как следствие, недовольства населения) лежит не в плохой организации производственных процессов, а в существенном превышении потоком пациентов пропускной способности учреждения, которая определяется численностью врачей. Другими словами, **дефицит врачей** участковой службы (не менее 40 тыс. чел.) и врачей-специалистов приводит к **удлинению** сроков ожидания медицинской помощи, **сокращению** времени приема пациента врачом (см. табл. 1, раздел 4.2), напряженности и перегрузкам в работе медицинского персонала. Ситуация зачастую усугубляется недостаточной квалификацией медицинского персонала и **излишним документооборотом**. Как следствие, врачи участковой службы не могут оказать медицинскую помощь в должном объеме и выполняют преимущественно диспетчерские функции. Внедрение «бережливого производства» в ситуации, когда не решена вышеназванная коренная проблема в работе поликлиник, может привести к росту напряженности среди медицинских работников и дополнительному оттоку кадров из этих учреждений.

¹ Хабриев Р.У., Шипова В.М., Маличенко В.С. Государственные гарантии медицинской помощи. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2017. 232 с.

4. РЕЗУЛЬТАТЫ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ СИСТЕМЫ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

4.1. Показатели здоровья населения

Ожидаемая продолжительность жизни при рождении в России с 2012 г. выросла на 1,6 года и составила в 2016 г. 71,9 года (рис. 1). Это только на **1,7 года выше**, чем было в России в 1987 г., и на **5,7 года ниже**, чем в «новых-8» странах ЕС (сопоставимых с Россией по уровню экономического развития)¹.

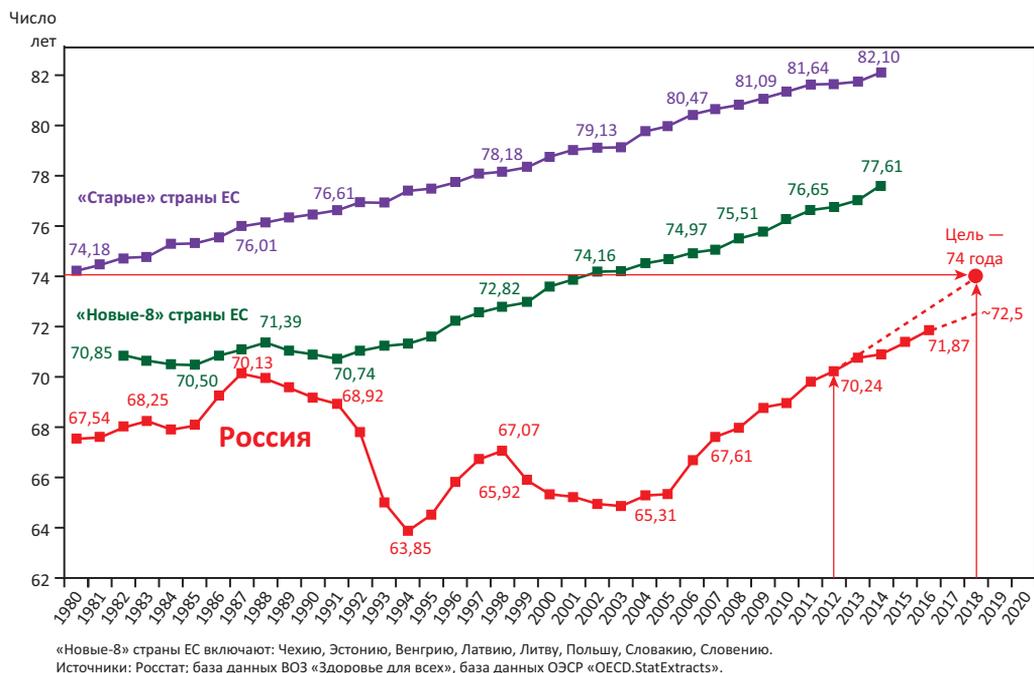


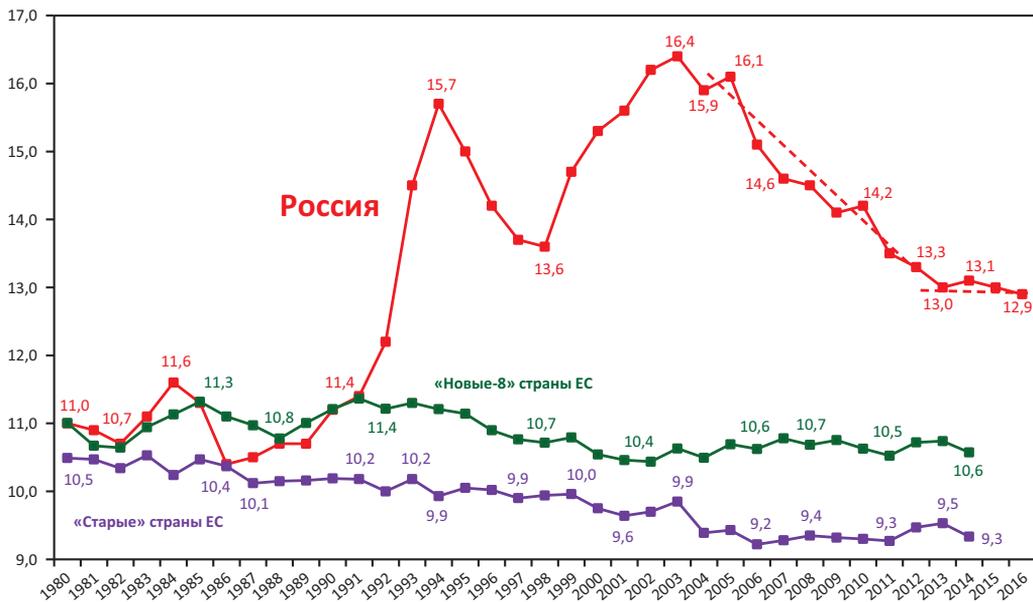
Рис. 1. Динамика ожидаемой продолжительности жизни при рождении в России, «новых-8» и «старых» странах ЕС

Общий коэффициент смертности (ОКС) последние 4 года в России стагнирует на уровне 13,0 случая на 1 тыс. населения (рис. 2). По данным Росстата, за 2 мес 2017 г. число умерших от всех причин на 100 тыс. населения **выросло на 1,1%** по сравнению с аналогичным периодом прошлого года.

Младенческая смертность (число умерших в возрасте до 1 года на 1 тыс. родившихся живыми) **существенно снизилась** с 2012 по 2016 г. — **на 30%** (с 8,6 до 6,0 случая). Однако следует отметить, что этот показатель в России

¹ «Новые-8» страны ЕС включают: Венгрию, Латвию, Литву, Польшу, Словакию, Словению, Чехию и Эстонию, которые имеют сопоставимый с РФ ВВП на душу населения — 25–26 тыс. \$ППС.

Число умерших на 1 тыс. населения



«Новые-8» страны ЕС включают: Чехию, Эстонию, Венгрию, Латвию, Литву, Польшу, Словакию, Словению.
 Источники: Росстат; ЕМИСС; база данных ВОЗ «Здоровье для всех»; база данных World DataBank.

Рис. 2. Динамика общего коэффициента смертности в России, «новых-8» и «старых» странах ЕС

по-прежнему в **1,5 раза выше**, чем в «новых-8» странах ЕС, и в 1,8 раза выше, чем в «старых» странах ЕС (рис. 3). Для справки: младенческая смертность составляет **0,6% в общей** смертности населения России (11,4 тыс. из 1,9 млн умерших в 2016 г.). То, что Минздрав сообщает, что младенческая смертность в России ниже, чем в Европе, имеется в виду Европейский регион ВОЗ. В него наряду со странами ЕС входят также страны, в которых сохраняются **очень высокие** показатели младенческой смертности¹ — Азербайджан (9,8 случая на 1 тыс. родившихся живыми), Армения (8,7), Грузия (9,5), Казахстан (9,8), Кыргызстан (19,9), Республика Молдова (9,6), Россия (7,4), Румыния (8,4), Таджикистан (11,8), Туркменистан (18,3), Узбекистан (10,7), Украина (7,9). Это и дает более высокое значение показателя младенческой смертности по Европейскому региону — 6,6 случая на 1 тыс. родившихся живыми. Корректно Россию сравнивать с «новыми» странами ЕС.

Смертность детей в возрасте до 5 лет (число умерших на 1 тыс. родившихся живыми) в России в 2015 г. была в **1,7 раза выше**, чем в «новых-8» странах ЕС, и в 2 раза выше, чем в «старых» странах ЕС (рис. 4).

Смертность детей в возрасте до 14 лет от всех причин смерти (число умерших на 100 тыс. населения соответствующего возраста) в России с 2012 по 2015 г. снижается, однако в 2015 г. составила 78,1 случая, что в **2 раза выше**, чем в «новых-8» странах ЕС, и в 2,6 раза выше, чем в «старых» странах ЕС (рис. 5).

¹ Данные представлены за 2014 г. согласно базе данных ВОЗ «Здоровье для всех».

Число умерших в возрасте до 1 года
на 1 тыс. родившихся живыми



Рис. 3. Динамика коэффициента младенческой смертности в России, «новых-8» и «старых» странах ЕС

Число умерших в возрасте до 5 лет
на 1 тыс. родившихся живыми

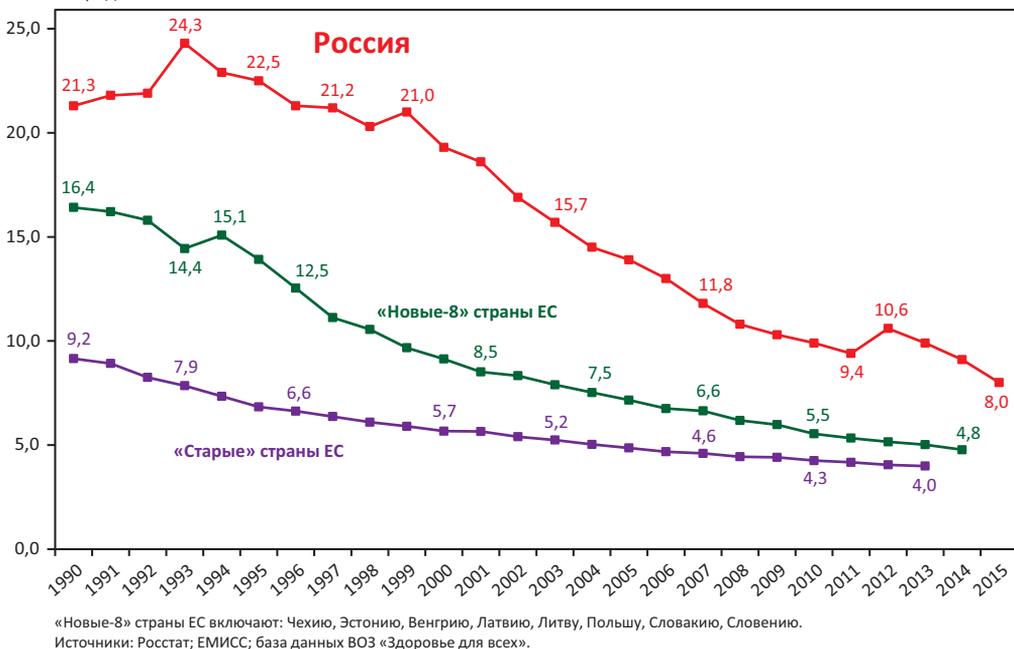
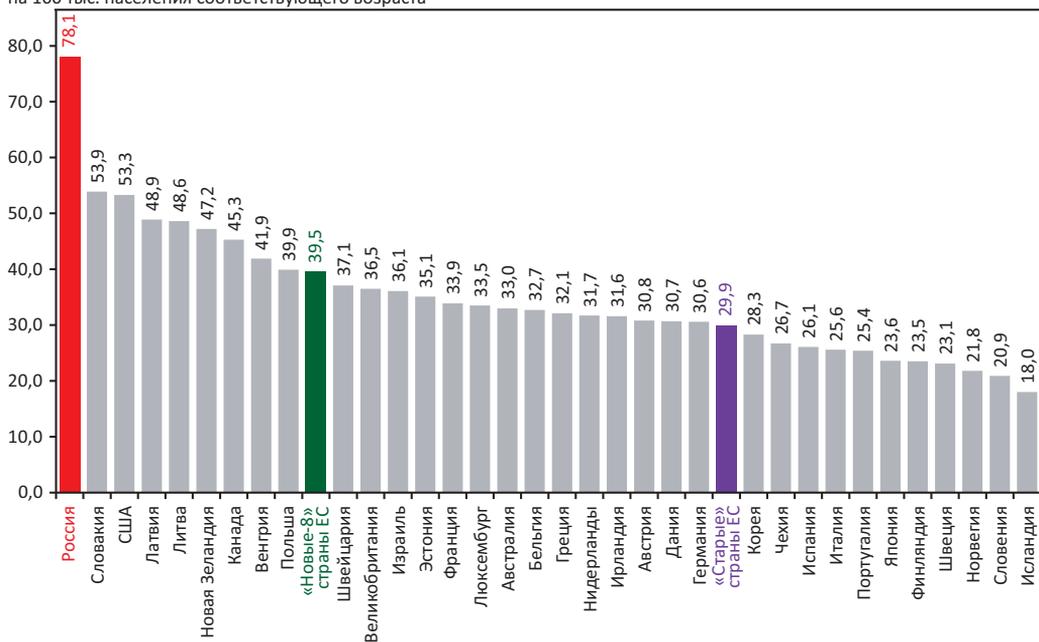


Рис. 4. Динамика коэффициента смертности детей в возрасте до 5 лет в России, «новых-8» и «старых» странах ЕС

Число умерших в возрасте до 14 лет
на 100 тыс. населения соответствующего возраста



Источники: Минздрав России, база данных Всемирного банка.

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

Рис. 5. Коэффициент смертности детей в возрасте до 14 лет на 100 тыс. населения соответствующего возраста в разных странах

Общая заболеваемость населения в России в 2015 г. по сравнению с 1990 г. выросла на 50% (рис. 6). При этом с 2012 по 2015 г. общая заболеваемость выросла на 1,4 млн чел. и достигла 234,33 млн чел.¹ (сопоставимые данные с учетом Крыма). Соответственно, вырос поток больных в лечебные учреждения.

Доля инвалидов трудоспособного возраста в России по сравнению с 1995 г. выросла на 9 п.п. и сегодня составляет почти **половину** от всех впервые признанных инвалидами (рис. 7), причем эта тенденция сохраняется.

Первичная заболеваемость детей и подростков в России с 1990 г. **существенно выросла** практически по всем классам болезней (рис. 8, 9)². А доля детей, рожденных больными или заболевших в период новорожденности, по сравнению с советским временем (1990 г.) **выросла в 2 раза** (рис. 10).

¹ Для расчета сопоставимых показателей заболеваемости населения в 2012 г. (с учетом Крыма) к значению заболеваемости в РФ за 2012 г. прибавлено значение показателя по Крыму за 2015 г. (229,72 млн + 3,25 млн = 232,97 млн).

² Улумбекова Г.Э., Калашникова А.В., Мокляченко А.В. Показатели здоровья детей и подростков в России и мощности педиатрической службы // ОРГЗДРАВ: новости, мнения, обучение. Вестник ВШОУЗ. 2016. № 3–4 (5–6). С. 18–33.

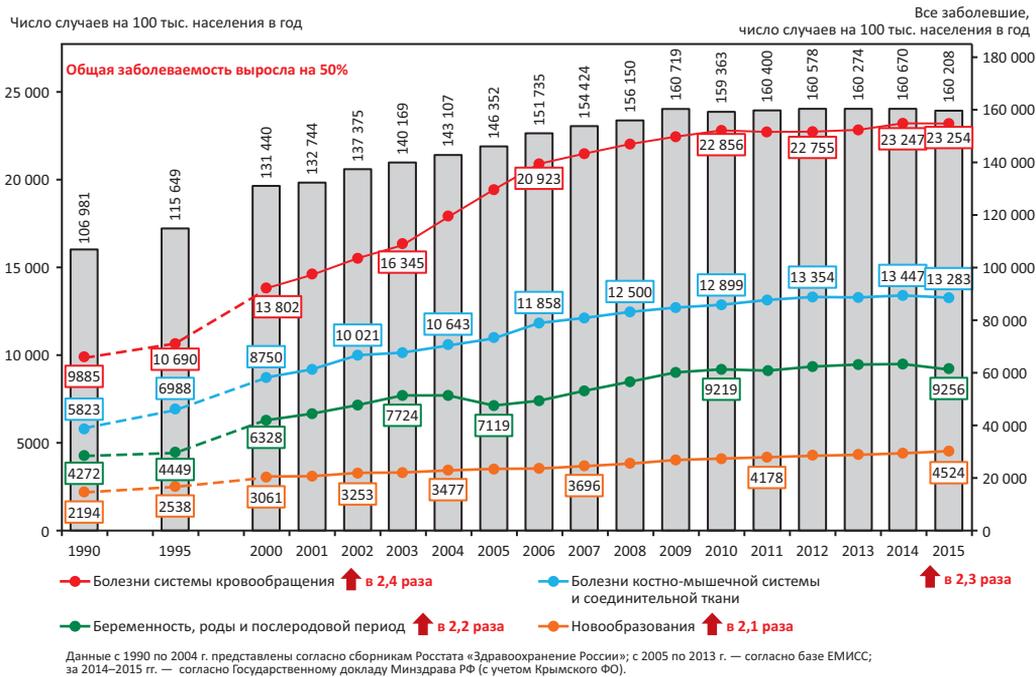


Рис. 6. Динамика общей заболеваемости населения в России

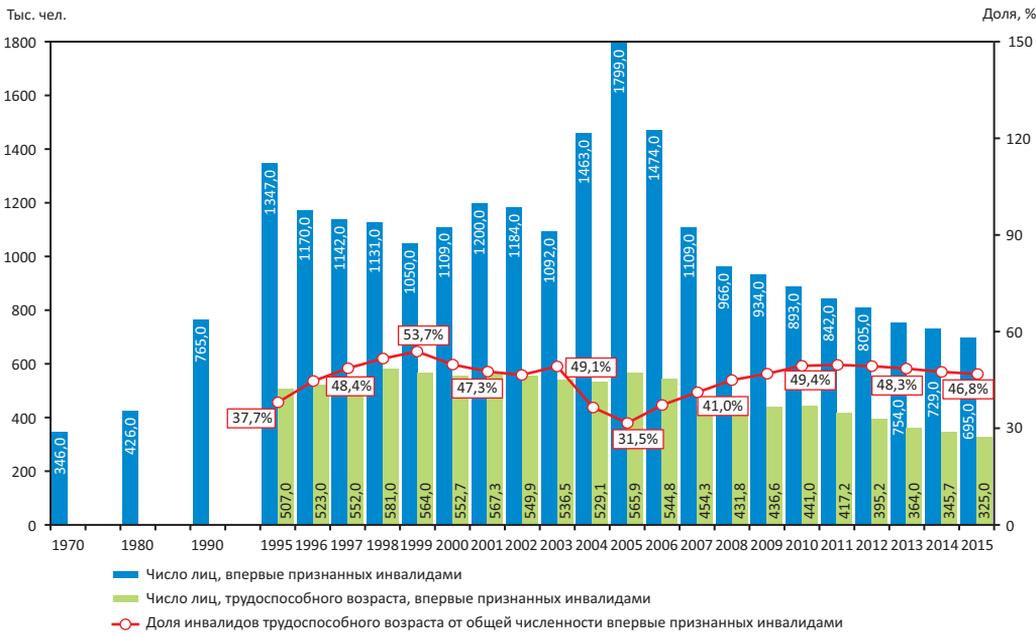


Рис. 7. Динамика числа лиц, впервые признанных инвалидами в России

Число случаев на 100 тыс. детей соответствующего возраста (0–14 лет)

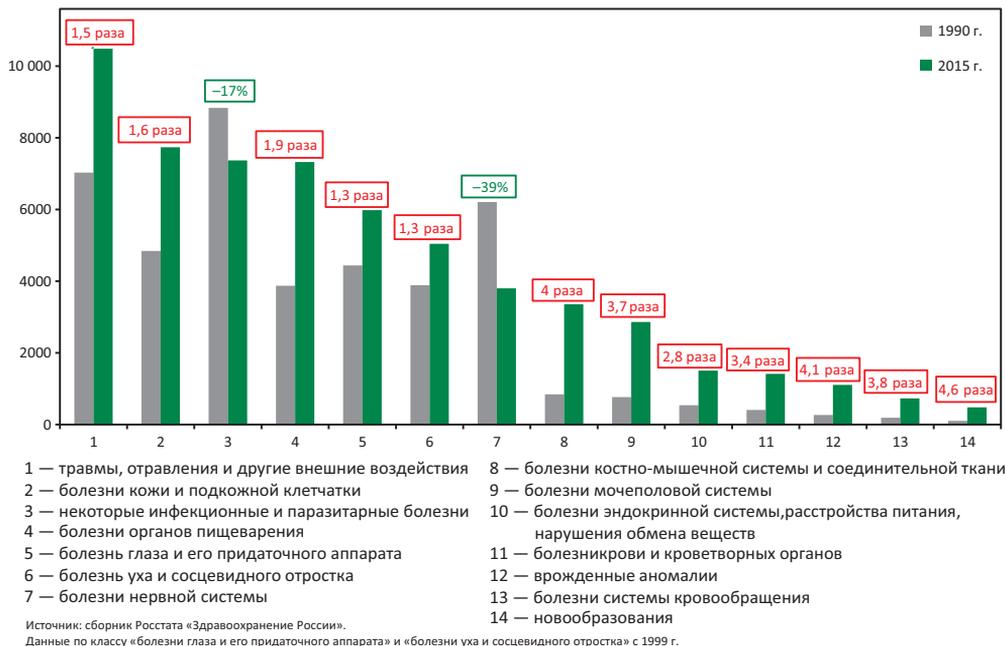


Рис. 8. Динамика первичной заболеваемости детей (0–14 лет) в России в 1990 и 2015 гг.

Число случаев на 100 тыс. подростков (15–17 лет)

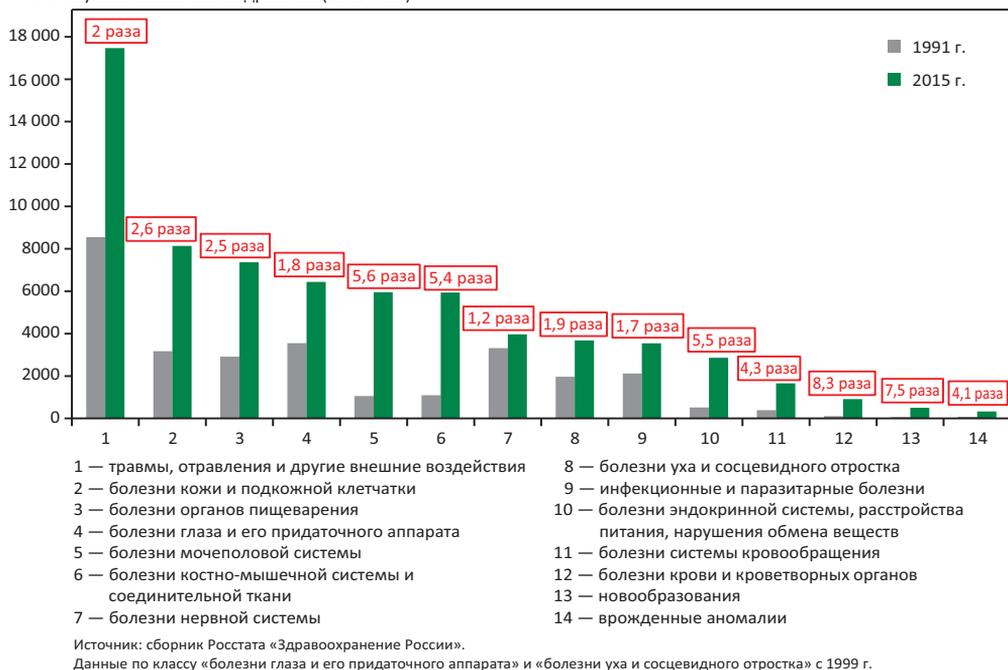


Рис. 9. Динамика первичной заболеваемости подростков (15–17 лет) в России в 1991 и 2015 гг.

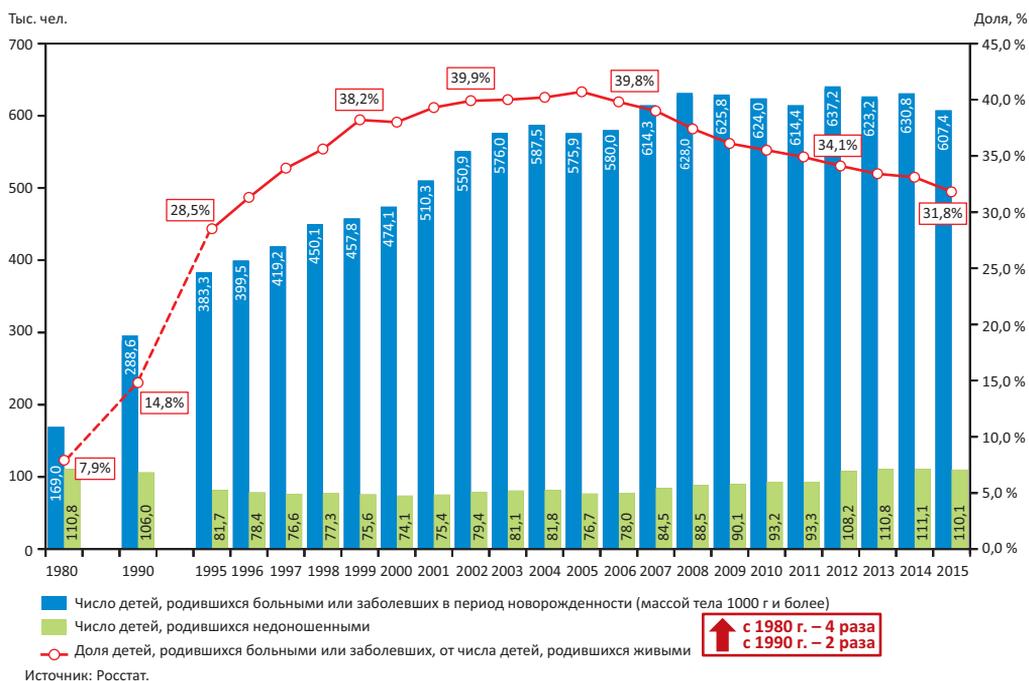


Рис. 10. Динамика числа детей, родившихся больными или заболевших в период новорожденности, в России

4.2. Объемы медицинской помощи и обеспеченность ресурсами

Данные по объемам медицинской помощи и обеспеченности кадровыми ресурсами с 2012 по 2015 г. представлены в таблице 1.

Таблица 1

Объемы медицинской помощи, материально-техническое и кадровое обеспечение системы здравоохранения РФ в 2012 и 2015 гг.

Наименование показателя (по данным ЦНИИОИЗ)	2012 г. (без Крыма)	2015 г. (с Крымом)	2015 г. к 2012 г.
Численность практикующих ¹ врачей (по данным Минздрава)	550 648 ² (с Крымом)	543 604	-7044
Обеспеченность практикующими врачами на 10 тыс. населения	37,8 (с Крымом)	37,1	-2%

¹ Практикующие врачи — это врачи, непосредственно оказывающие медицинскую помощь, из численности всех врачей исключены: аспиранты, ординаторы, интерны, преподаватели, сотрудники НИИ, аппарата органов управления здравоохранением, кадры Роспотребнадзора и Росздравнадзора.

² Для сопоставимости данные за 2012 г. представлены с учетом Крыма — путем прибавления значения показателя по Крыму за 2015 г.

Продолжение табл. 1

Наименование показателя (по данным ЦНИИОИЗ)	2012 г. (без Крыма)	2015 г. (с Крымом)	2015 г. к 2012 г.
Амбулаторно-поликлиническая медицинская помощь			
Число самостоятельных АПУ	2718	1412	-48%
Число посещений на одного жителя в год (всего)	9,5	8,8	-7%
Численность врачей первичного контакта (участковые врачи-терапевты, участковые врачи-педиатры и ВОП)	70 895 (с Крымом)	70 894	Дефицит 40 тыс. чел.¹
Обеспеченность врачами первичного кон- такта на 1 тыс. населения	0,49 (с Крымом)	0,48	-2%
Стационарная медицинская помощь			
Число больничных учреждений (больницы и диспансеры)	5268	4688	-11%
Численность коечного фонда	1 220 995 (с Крымом)	1 097 134	-123 861
Обеспеченность коечным фондом на 1 тыс. населения	8,4 (с Крымом)	7,5	-11%
Средняя занятость койки, число дней	323	319	-1%
Внутрибольничная летальность	1,55%	1,71%	+10%
Число госпитализаций на 100 человек в год ²	21,0	19,1	-9%
Число вызовов скорой медицинской по- мощи на одного жителя в год	0,310	0,314	+1%
Медицинская помощь в сельской местности			
Врачебные амбулатории	4109	4264	+4%
Участковые больницы	1719	1307	-24%

¹ Дефицит врачей первичного контакта, по экспертным расчетам, составляет 39,9 тыс. врачей, или 56%. Расчеты сделаны следующим образом: численность населения на одном терапевтическом участке составляет 1700 человек (18 лет и старше) в городских условиях и 1300 человек в сельских условиях. Это означает, что участковых врачей-терапевтов в городах необходимо 51,77 тыс. врачей (88,01 млн ÷ 1700, где 88,01 млн — численность городского населения от 18 лет и старше). Для сельской местности необходимо 22,71 тыс. врачей (29,52 млн ÷ 1300, где 29,52 млн — численность сельского населения от 18 лет и старше). Всего необходимо 74,5 тыс. участковых врачей-терапевтов. Численность прикрепленного детского населения от 0 до 17 лет на одном педиатрическом участке по нормативам составляет 800 чел. Тогда участковых врачей-педиатров необходимо 36,3 тыс. врачей (29,01 млн ÷ 800, где 29,01 млн — численность детского населения от 0 до 17 лет). Итого необходимо врачей первичного контакта 110,8 тыс.

² Данные за 2012 г. согласно Докладу о реализации программы государственных гарантий за 2012 год; данные за 2015 г. согласно Государственному докладу о реализации государственной политики в сфере охраны здоровья населения за 2015 год.

Окончание табл. 1

Наименование показателя (по данным ЦНИИОИЗ)	2012 г. (без Крыма)	2015 г. (с Крымом)	2015 г. к 2012 г.
Фельдшерско-акушерский пункт (ФАП)	34 733	32 803	-6%
Фельдшерский пункт (ФП)	1868	2073	+11%
ФАП и ФП	36 601	34 876	-5%
Численность среднего медицинского персонала, работающего в ФАП, ФП	41 275	37 446	-9%
из них: фельдшеры	24 510	22 894	-7%

Из таблицы следует, что с 2012 по 2015 г. практически по всем видам медицинской помощи произошли сокращения ее объемов — число посещений АПУ **сократилось на 7%**, число госпитализаций — **на 9%**. Сократилась также обеспеченность практикующими врачами **на 2%** и стационарными койками — **на 11%**. Существенные сокращения произошли в здравоохранении сельской местности. С 2012 по 2015 г. при практически той же численности сельского населения (37–38 млн чел.) число участковых больниц **сократилось на 24%**, число ФП и ФАП — **на 5%** (с 2004 г. число ФАП сократилось на 23%). При этом рост числа врачебных амбулаторий за этот же период на 4% не может компенсировать эти изменения. На этом фоне в стационарах России существенно возрос показатель внутрибольничной летальности — с 2012 г. **на 10%**, а с 1990 г. — на 51% (рис. 11).

Абсолютное число умерших
в стационаре, тыс. чел.

Внутрибольничная летальность

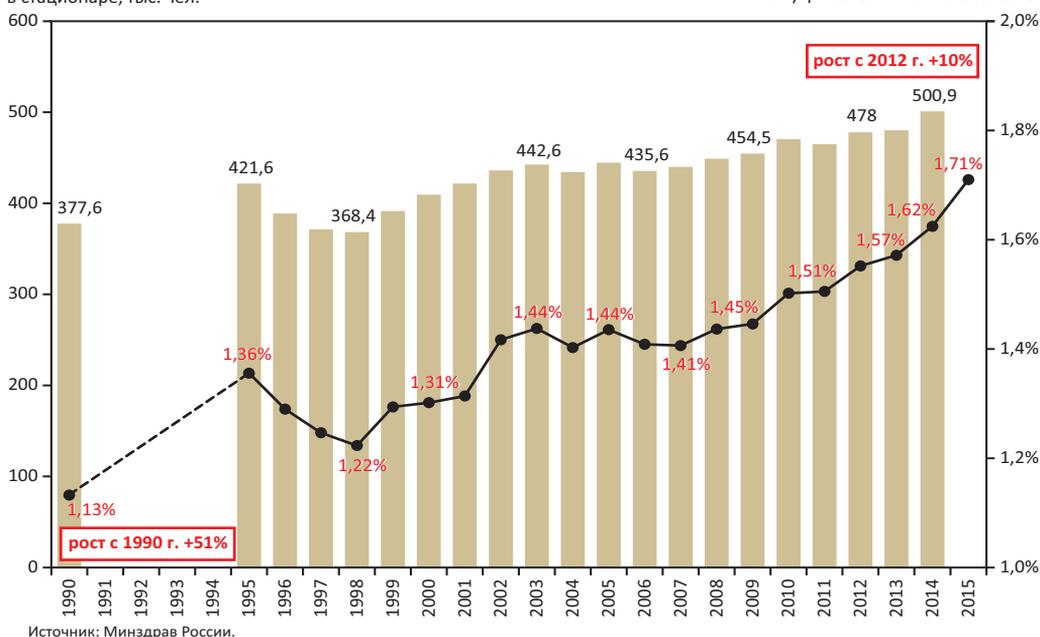


Рис. 11. Динамика внутрибольничной летальности в России

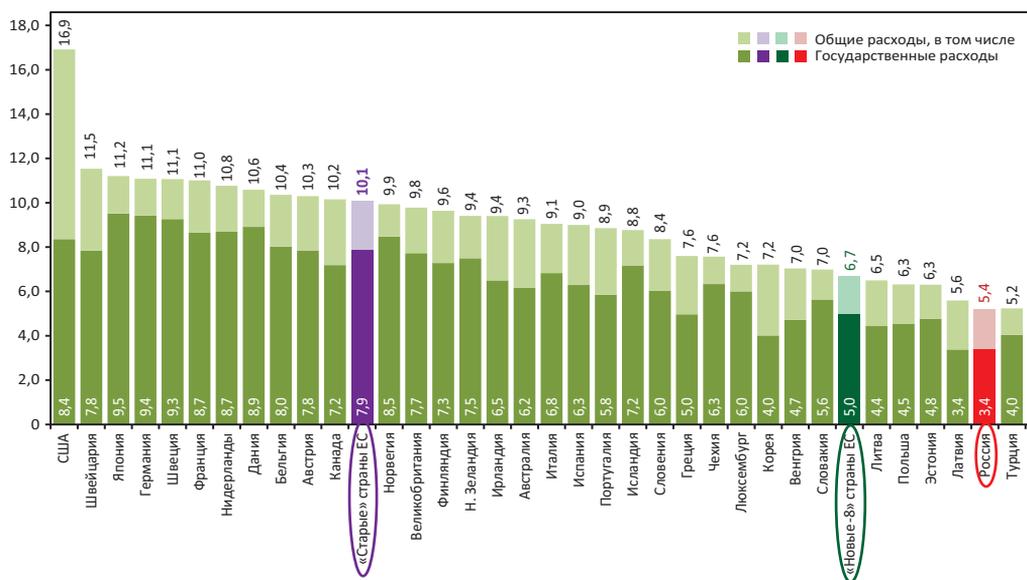
4.3. Расходы на здравоохранение

Финансирование здравоохранения складывается из государственных и частных (личных) расходов. **Государственные расходы** на здравоохранение формируются из средств бюджетов всех уровней: федерального, регионального и муниципального, а также средств ОМС. **Частные (личные) расходы** на здравоохранение складываются из взносов населения и работодателей, уплачиваемых в систему ДМС¹, а также личных средств населения, из которых оплачиваются медицинские и санаторно-курортные услуги, а также лекарственные средства (ЛС) и изделия медицинского назначения (ИМН) в амбулаторных условиях.

В России в 2015 г. общие расходы на здравоохранение составили **4,53 трлн руб.** Доля государственных из них — **63%** (2,86 трлн руб.), доля личных — **37%** (1,67 трлн руб.)². В «новых-8» странах ЕС личные расходы ниже и составляют 26%.

В 2015 г. доля государственных расходов на здравоохранение в ВВП (темная часть столбика на рис. 12) в России была в **1,5 раза ниже**, чем в «новых-8» странах ЕС, и в 2,3 раза ниже, чем в «старых» странах ЕС. Подушевые государственные расходы на здравоохранение в России в 2015 г. составили

Доля ВВП, %



«Новые-8» страны ЕС включают: Чехию, Эстонию, Венгрию, Латвию, Литву, Польшу, Словакию, Словению.
Источники: Минздрав РФ, Казначейство РФ; база данных ОЭСР «OECD.StatExtracts».

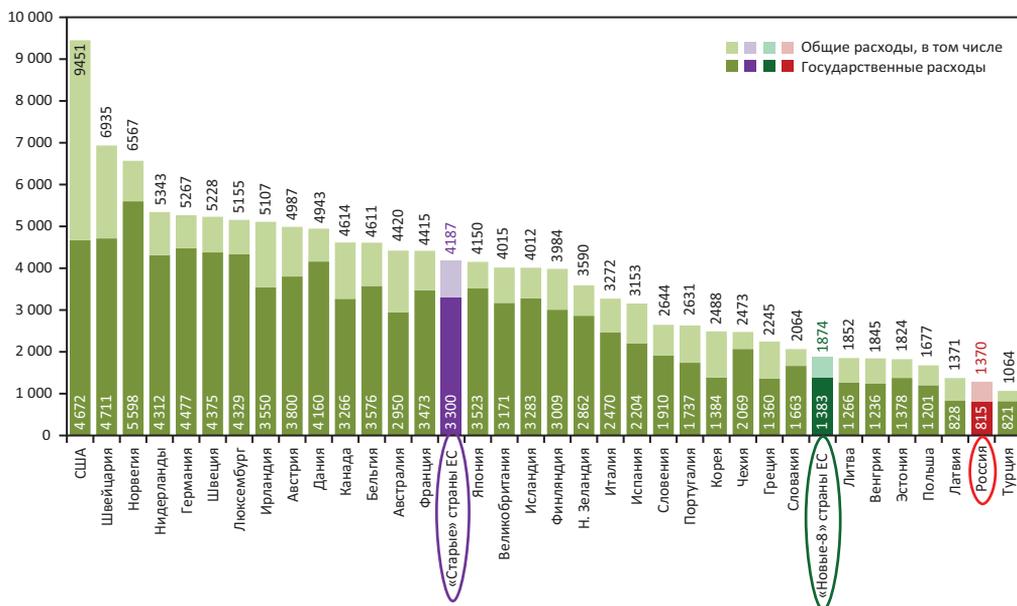
Рис. 12. Доля общих и государственных расходов на здравоохранение в ВВП в разных странах

¹ Средства, уплачиваемые работодателем в систему добровольного медицинского страхования (ДМС), строго говоря, не являются личными средствами граждан, но за рубежом считается, что предоставление работодателем «пакета» социальных услуг в форме страхования ДМС является косвенной прибавкой к заработной плате работника, т.е. условно его личными доходами.

² Данные о государственных расходах представлены согласно Федеральному Казначейству РФ, о частных расходах — согласно Росстату, ЕМИСС.

815 \$ППС¹, что в **1,7 раза ниже**, чем в «новых-8» странах ЕС, и в 4 раза ниже, чем в «старых» странах ЕС (рис. 13).

\$ППС на душу населения в год



«Новые-8» страны ЕС включают: Чехию, Эстонию, Венгрию, Латвию, Литву, Польшу, Словакию, Словению.
Источники: Минздрав РФ, Казначейство РФ; база данных ОЭСР «OECD.StatExtracts».

Рис. 13. Общие и государственные подушевые расходы на здравоохранение в разных странах

С 2012 по 2016 г. общие государственные расходы на здравоохранение в России выросли **на 37%** в текущих ценах (соответственно — с 2283 до 3124 млрд руб.²). В постоянных ценах (с учетом инфляции) они сократились **на 7%** (соответственно — с 2283 до 2133 млрд руб. в ценах 2012 г., Приложение 3).

Из фактически расходованных средств в 2016 г. на оказание медицинской помощи (программу государственных гарантий) было потрачено около 85%, или 2656 млрд руб. Из них фонд оплаты труда (ФОТ) с начислениями составил около 70% (или 1860 млрд руб.). Из этого следует, что на фоне снижения государственного финансирования здравоохранения в 2017 г. (см. раздел б) меры по дальнейшему увеличению заработной платы медицинских работников могут осуществляться только за счет дополнительных средств (в размере не менее 10% фонда оплаты труда — около 200 млрд руб.). При этом повышение оплаты труда медицинских работников необходимо сопровождать параллельным повышением требований к качеству их труда и дифференцированным подходом к его оплате.

¹ \$ППС (доллар, оцененный по паритету покупательной способности) — соотношение валют разных стран, установленное по покупательной способности этих валют применительно к определенному набору товаров и услуг (по всему ВВП).

² Предварительные данные по Федеральному Казначейству РФ (итоги расходов на 01.01.2017): <http://xn--80aaglioc0an2al0d.xn--pp1ai/ispolnenie-byudzhetov/konsolidirovannyj-byudzhet/>.

4.4. Заработная плата медицинских работников

По данным Росстата, с 2013 по 2016 г. **среднемесячная** заработная плата медицинских работников в среднем по стране (методику расчета см. далее) росла опережающими темпами по сравнению со средней заработной платой в экономике (табл. 2). Так, заработная плата в экономике выросла **на 9%** (с 30 до 32,7 тыс. руб.), заработная плата врачей — **на 20%** (с 42,3 до 50,7 тыс. руб.) в текущих ценах.

Таблица 2

Динамика оплаты труда в среднем по экономике, врачей и среднего медицинского персонала в текущих и постоянных ценах с 2013 по 2016 г.

Показатель среднемесячной начисленной заработной платы (по данным Росстата)	2013 г.	2014 г.	2015 г.	2016 г.	2016 г. к 2013 г.
Индекс потребительских цен	6,5%	11,4%	12,9%	5,4%	
Среднемесячная заработная плата в экономике в текущих ценах, руб.	29 960	32 611	30 694	32 667	+9%
Среднемесячная заработная плата в экономике в постоянных ценах, руб.	29 960	28 893	23 687	23 848	-20%
Среднемесячная заработная плата врачей в текущих ценах, руб.	42 253	46 231	47 874	50 667	+20%
Среднемесячная заработная плата врачей в постоянных ценах, руб.	42 253	40 961	36 945	36 989	-12%
Отношение заработной платы врачей к средней в экономике	141,0%	141,8%	156,0%	155,1%	
Среднемесячная заработная плата среднего медицинского персонала в текущих ценах, руб.	24 102	26 310	27 001	28 174	+17%
Среднемесячная заработная плата среднего медицинского персонала в постоянных ценах, руб.	24 102	23 311	20 837	20 568	-15%
Отношение заработной платы среднего медицинского персонала к средней в экономике	80,4%	80,7%	88,0%	86,2%	

Примечания:

1. В 2013 г. в расчеты включены врачи и работники среднего медицинского (фармацевтического) персонала (персонала, обеспечивающего условия для предоставления медицинских услуг) в учреждениях образования, науки, культуры, здравоохранения, социального обслуживания.
2. В 2014 г. в расчеты включены врачи и работники медицинских организаций, имеющих высшее медицинское (фармацевтическое) или иное высшее образование, предоставляющих медицинские услуги (обеспечивающих предоставление медицинских услуг) в учреждениях образования, науки, культуры, здравоохранения, социального обслуживания.
3. При расчетах отношения до 2014 г. учитывалась среднемесячная номинальная начисленная заработная плата работников по полному кругу организаций в целом по экономике по субъектам Российской Федерации, а с 2015 г. — среднемесячная начисленная заработная плата наемных работников в организациях, индивидуальных предпринимателей и физических лиц (среднемесячный доход от трудовой деятельности) в соответствии с Постановлением Правительства РФ от 14.09.2015 № 973.

Из табл. 2 видно, что в 2013 г. средняя оплата труда **врачей** была на **41% выше**, чем в экономике, в 2016 г. — на **55% выше**. Следует отметить, что с 2015 г. в расчет средней заработной платы по экономике стали включать индивидуальных предпринимателей, что сократило значение средней заработной платы по экономике на 2 тыс. руб. Если бы этого не произошло и расчет производился, как и в 2013–2014 гг., то в 2016 г. оплата труда врачей была бы **только на 46% выше**, чем в экономике. Но с 2013 по 2016 г. это **все равно** рост рассматриваемого отношения на **5 проц. пунктов**.

Если пересчитать динамику заработной платы врачей в реальных ценах (т.е. с учетом инфляции, 2013 г. — 100%), то в период с 2013 по 2016 г. она **сократилась на 12%** (среднего медицинского персонала — на 15%). При этом за этот же период заработная плата в экономике в реальных ценах сократилась **на 20%**, а среднедушевые денежные доходы населения — более чем **на 13%**.

Обращает внимание, что с 2013 по 2016 г. государственные расходы на здравоохранение выросли **на 35% в текущих ценах** (с 2318 до 3124 млрд руб.), что намного больше, чем выросла оплата труда врачей — **на 20%** в текущих ценах. Это значит, что темпы роста оплаты труда врачей отставали от темпов роста государственных расходов на здравоохранение. Более того, численность всех врачей, работающих в государственных и муниципальных организациях за 2013–2015 гг., **сократилась на 4%** (с 594,7 до 572,5 тыс., без учета Крыма¹), что как минимум могло бы добавить к фонду оплаты труда врачей еще около **4%**. Это означает, что дополнительные средства, как выделенные на здравоохранение, так и высвободившиеся в результате сокращения числа врачей, **лишь частично** пошли на выполнение указов Президента по повышению оплаты труда медицинских работников. Соответственно, эти дополнительно появившиеся средства были израсходованы на другие статьи. Это ставит вопрос о приоритетах расходования средств в здравоохранении.

Если бы оплата труда медицинских работников с 2013 по 2016 г. повысилась так же, как и расходы на здравоохранение — на 35%, и еще повысилась за счет сокращения числа врачей — на 4% (т.е. всего на 39%), то сегодня она составляла бы **58,7 тыс. руб. в среднем и была на 80% выше**, чем в экономике.

Согласно методике Росстата, средняя начисленная заработная плата врачей рассчитывается путем деления фонда заработной платы всех врачей в организации на среднесписочную численность этих врачей и на число месяцев. В фонд заработной платы включаются **все начисленные** работнику суммы в материальной и нематериальной форме (например, оплата питания или проезда) за отработанное и неотработанное время (например, отпуск), а также компенсационные выплаты и премии. Расчеты включают **все совместитель-**

¹ Расчеты сделаны по сравнению с базой 2012 г. Число врачей включает всех врачей, работающих в государственных и муниципальных организациях. Данные за 2015 г. для сопоставимости сравнения получены путем прибавления к показателю Минздрава, рассчитанному по новой методике (исключены аспиранты, ординаторы, интерны, преподаватели, сотрудники НИИ, аппарата органов управления здравоохранением, кадры Роспотребнадзора и Росздравнадзора), числа этих исключенных специалистов (около 37,5 тыс.).

ства (1,5 — коэффициент совместительства врачей в среднем по России) и оплату труда высокооплачиваемых руководителей учреждения.

Правильнее было бы проводить сравнения заработной платы медицинского работника не со средней по стране или региону, а оценить базовый оклад (работа на 1 ставку) по профессиональным квалификационным группам или по категориям. Первая и главная категория — «передовой фронт здравоохранения» — участковые врачи-терапевты и педиатры. Далее необходимо отдельно выделить врачей центральных районных больниц, центральных областных (краевых, республиканских), а также городских больниц и федеральных клиник. При этом разделить врачей по направлениям: терапевтическому, хирургическому, акушерско-гинекологическому и т.п. Отдельно необходимо сравнить по регионам оплату труда руководящих работников медицинских организаций (главный врач и его заместители), а также заработную плату врачей дефицитных специальностей — инфекционистов, фтизиатров и психиатров. Вот тогда мы могли бы оценить проблемы и сформировать программу дальнейших действий по повышению оплаты труда медицинских работников.

4.5. Непрерывное повышение квалификации медицинских кадров

Процесс внедрения системы непрерывного повышения квалификации медицинских кадров, начатый в 2013 г. по инициативе Минздрава России и профессиональных обществ, в настоящий момент замедлился. Это произошло из-за того, что **не предусмотрены** дополнительные финансовые ресурсы для того, чтобы медицинские работники смогли повышать квалификацию на рабочих местах (доступ к бесплатным дистанционным образовательным материалам), а также посещать региональные и столичные конференции, проводимые профессиональными обществами (средства на командировки, оплату оргвзносов). Более того, **не приняты** поправки в действующее законодательство, которые бы позволили медицинским работникам повышать квалификацию не только в рамках формальных программ, предоставляемых образовательными организациями, но и путем посещения мероприятий, проводимых профессиональными медицинскими обществами и соответствующих установленному уровню качества¹.

¹ Улумбекова Г.Э., Балкизов З.З. Непрерывное медицинское образование в России: что уже сделано и пути развития // ОРГЗДРАВ: новости, мнения, обучение. Вестник ВШОУЗ. 2016. № 3–4 (5–6). С. 37–49.

5. ЭФФЕКТИВНОСТЬ РАСХОДОВ в ЗДРАВООХРАНЕНИИ по СУБЪЕКТАМ РФ

Имеющиеся финансовые ресурсы здравоохранения **не во всех субъектах РФ тратились эффективно**, т.е. не на приоритетные нужды здравоохранения.

Эффективность означает возможность добиться лучших результатов за меньшие средства. ВШОУЗ¹ рассчитала индекс эффективности для каждого региона РФ, на основании которого построен рейтинг. Этот индекс рассчитывается на основании 4 показателей, каждый из которых имеет свой удельный вес при подсчете баллов (рис. 14).

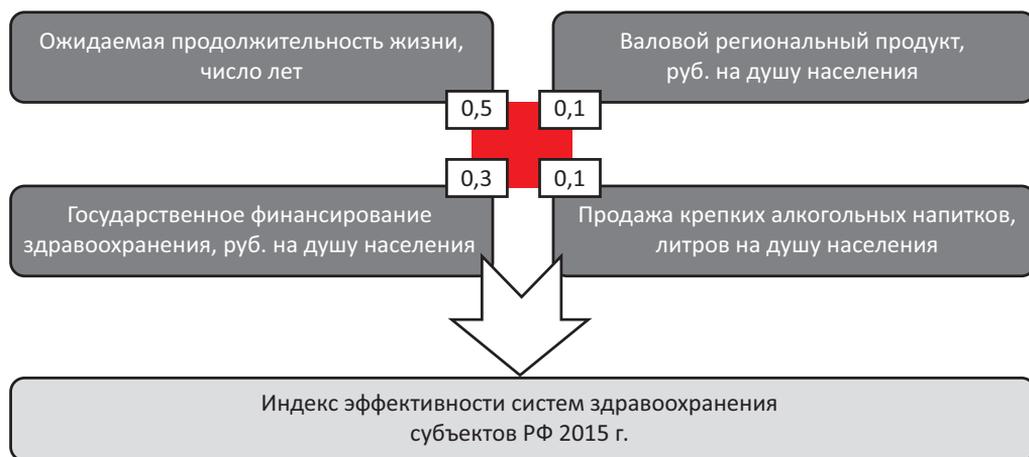


Рис. 14. Методика расчета индекса эффективности систем здравоохранения субъектов РФ

Для составления рейтинга использовались наиболее актуальные данные Росстата и Казначейства РФ. Первый и главный показатель — ожидаемая продолжительность жизни при рождении (ОПЖ). По нему судят, каково здоровье населения, соответственно, как работает система здравоохранения. Тот регион, который из всех 85 субъектов РФ имеет самое большое значение ОПЖ, получает 50 баллов, самое низкое ОПЖ — 0 баллов. Самое высочайшее ОПЖ — в Республике Ингушетия — 80,1 года, соответственно, по этому показателю регион набирает 50 баллов.

Далее анализируют три показателя, которые влияют на здоровье населения: валовой региональный продукт (ВРП), подушевые государственные расходы на здравоохранение и уровень потребления крепких алкогольных напитков в расчете на душу населения. ВРП на душу населения отражает уровень экономического развития субъекта РФ, от его значения косвенно зависят региональные расходы на здравоохранение и возможность населения платить за медицинские услуги из своего кармана. Подушевые государственные

¹ <http://www.vshouz.ru>

расходы на здравоохранение определяют объемы бесплатной медицинской помощи. Этот показатель рассчитывается без учета коэффициента дифференциации (подушевые госрасходы разделили на КД), чтобы регионы были сопоставимы между собой. Субъекты РФ, имеющие самые высокие значения ВРП и расходов на здравоохранение, получают самый низкий балл. И, наоборот, те, кто небогат и меньше всех потратил на медицинскую помощь, получают самый высокий балл. Например, самые высокие значения ВРП на душу населения в Ненецком, Ханты-Мансийском, Ямало-Ненецком автономных округах, в городах — Москва и Санкт-Петербург, Республике Татарстан, Тюменской области. Эти регионы получают самые низкие баллы по этому показателю. В этих же регионах одни из самых высоких государственных расходов на здравоохранение (выше, чем в среднем по РФ, где они составляют 16,2 тыс. руб. на душу населения). Соответственно, и по этому показателю названные регионы получают невысокие баллы.

Показатель потребления алкоголя на душу населения введен, чтобы нивелировать влияние на ОПЖ этого отрицательного фактора. Например, известно, что чем меньше уровень потребления алкоголя, тем дольше живут граждане, однако от деятельности системы здравоохранения этот показатель зависит мало. Соответственно, те регионы, где здоровье населения не отягощено высоким потреблением спиртных напитков, получают самый низкий балл. Например, меньше всего потребляют алкоголь на душу в Северо-Кавказском и Южном федеральных округах, соответственно, эти регионы и получают самый низкий балл. А выше всего потребление крепких алкогольных напитков в Дальневосточном и Уральском федеральных округах, соответственно, регионы этих округов набирают большие баллы.

Другими словами, на первых местах по эффективности здравоохранения оказываются те субъекты РФ, которые смогли добиться самых высоких показателей ОПЖ при самом низком уровне государственного финансирования здравоохранения и ВРП, а также имеющие отягощающий фактор в виде высокого потребления алкоголя (Приложение 2).

В первую десятку рейтинга входит большинство регионов Северо-Кавказского федерального округа (СКФО): Республики — Дагестан, Кабардино-Балкарская и Карачаево-Черкесская, а также Ставропольский край. Три региона из Приволжского федерального округа (ПФО) — Кировская и Пензенская области, Чувашская Республика. Из Южного федерального округа (ЮФО) в десятку вошли Республика Адыгея и Ростовская область. Из Центрального федерального округа (ЦФО) попала только Рязанская область (рис. 15). На первом месте — Республика Дагестан, в ней граждане живут до 76,4 года, почти как в «новых-8» странах ЕС (77,6 года в 2014 г.). При этом на здравоохранение в Дагестане тратится почти на 20% меньше, чем по РФ в среднем, и в 2,5 раза меньше, чем в «новых-8» странах ЕС.

Правда, в СКФО и ЮФО теплый климат и граждане ведут более здоровый образ жизни, в том числе меньше потребляют горячительные напитки. С природно-климатическими условиями гражданам точно повезло, но за

низкие значения показателей потребления алкоголя они получили вычет из суммарного балла в рейтинге.

1. Республика Дагестан	76. Республика Коми
2. Ставропольский край	77. Оренбургская область
3. Кабардино-Балкарская Р.	78. Пермский край
4. Кировская область	79. Республика Хакасия
5. Чувашская Республика	80. Камчатский край
6. Ростовская область	81. Иркутская область
7. Рязанская область	82. Еврейская автономная обл.
8. Республика Адыгея	83. Магаданская область
9. Пензенская область	84. Сахалинская область
10. Карачаево-Черкесская Р.	85. Чукотский автономный округ

Рис. 15. Десять лучших и десять худших регионов РФ по эффективности здравоохранения в 2015 г.

Интересно другое, как в десятку лучших попали субъекты, которые расположены в центральной части России — Кировская область, Чувашская Республика, Рязанская область. Как удалось, например, Рязанской области достигнуть ОПЖ в 71,5 года, что выше, чем в среднем по РФ (71,4), когда на здравоохранение в этой области тратится на 13% меньше, чем в среднем по стране. Или, например, Белгородская область, она на 17-м месте в рейтинге, в этом субъекте ОПЖ на 1,2 года выше, чем в среднем по стране (72,6 года), хотя на здравоохранение они тратят почти на 7% меньше.

Рассчитанный индекс эффективности деятельности системы здравоохранения в субъектах РФ показал, что **большинство регионов могут добиться** более высоких значений ОПЖ (как минимум увеличить **на 1 год**) **даже при имеющихся** финансовых, кадровых и материально-технических ресурсах.

6. ЭКОНОМИЧЕСКИЕ УСЛОВИЯ в 2017 г. и ДЕМОГРАФИЧЕСКИЕ ТЕНДЕНЦИИ до 2020 г.

В 2017 г. объем запланированных финансовых средств на здравоохранение из всех бюджетных источников составляет 3035,4 млрд руб.¹, что **на 3% ниже**, чем фактические расходы в 2016 г. (3124,4 млрд руб.²). При этом в реальных ценах запланированные расходы сократятся **на 7%** (при условии, что инфляция составит 4% в 2017 г.).

По прогнозам Минэкономразвития, в 2017 г. по сравнению с 2016 г. показатели, характеризующие экономическое положение страны, будут **расти**, но медленными темпами: ВВП вырастет лишь на **0,6%**, реальные располагаемые доходы населения — на **0,2%**³.

По демографическим прогнозам Росстата, с 2016 по 2020 г. число граждан трудоспособного возраста снизится **на 4%**, граждан старше трудоспособного возраста возрастет **на 7%**, число детей увеличится **на 7%** (рис. 16). Это требует соответствующих изменений в объемах медицинской помощи и в материально-кадровых ресурсах системы здравоохранения.

Млн чел.

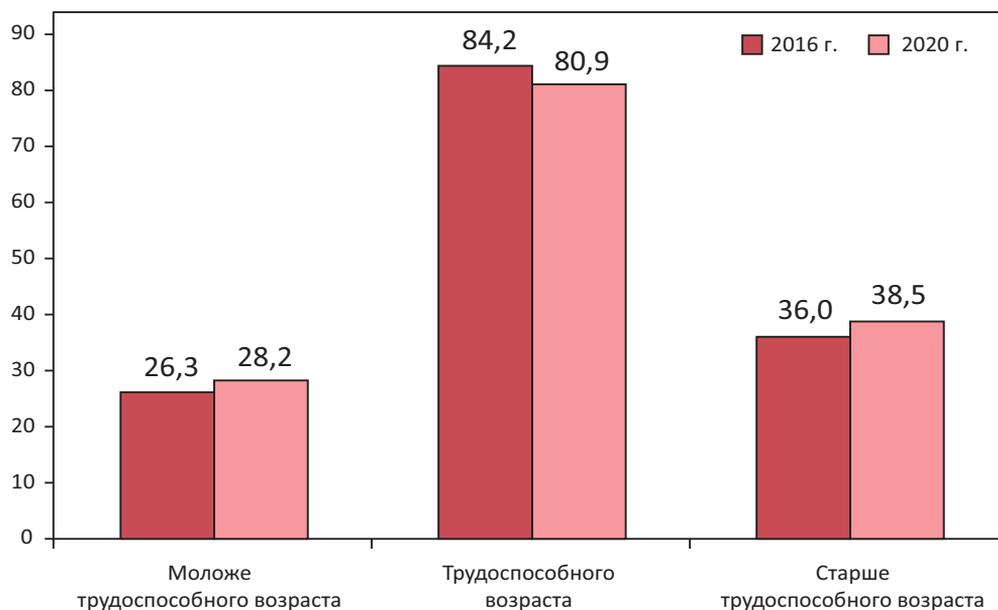


Рис. 16. Прогноз Росстата в отношении численности населения по основным возрастным группам

¹ Согласно выступлению министра здравоохранения РФ: <https://www.rosminzdrav.ru/news/2016/11/01/3244-veronika-skvortsova-konsolidirovanny-byudzhet-predusmotrenny-na-zdravoohranenie-v-2017-godu-budet-uvelichen>.

² Предварительные данные по Казначейству РФ (итоги расходов на 01.01.2017): <http://xn--80aaglic0an2al0d.xn--p1ai/ispolnenie-byudzhetov/konsolidirovannyj-byudzhet/>.

³ Прогноз социально-экономического развития Российской Федерации на 2017 год и плановый период 2018–2019 годов (письмо Минэкономразвития России от 10.10.2016 № 30792-АУ/ДОЗи).

7. НЕОТЛОЖНЫЕ МЕРЫ в СИСТЕМЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ и ПРИОРИТЕТНЫЕ НАПРАВЛЕНИЯ РАЗВИТИЯ до 2025 г.

В ситуации **ограниченных** финансовых ресурсов в системе здравоохранения в 2017–2018 гг. необходимо повышать эффективность ее деятельности. Для этого необходимо срочно приступить к реализации следующих мер.

1. **Снизить непроизводительные издержки:** уменьшить закупки и потребление малоэффективных лекарств; ввести минимальный стандарт назначений по самым распространенным заболеваниям и состояниям, что снизит излишние назначения; ввести финансовый контроль над закупками (путем создания единой системы учета финансовых затрат и отчетности в ЛПУ); устранить излишнюю отчетность в медицинских организациях; устранить страховые медицинские организации из цепочки доведения финансовых средств до ЛПУ.

2. **Перераспределить статьи расходов в здравоохранении с менее приоритетных на более приоритетные.** Например, потребуются временно остановить капитальное строительство (кроме ФАП и врачебных амбулаторий); уменьшить расходы на лечение части орфанных заболеваний (выделить для них отдельный фонд за счет средств федерального бюджета); обсудить с медицинскими специалистами акушерами-гинекологами и педиатрами возможность возвращения критерия живорождения с 500 грамм до 1 кг, тем самым устранить неэффективные расходы на выхаживание младенцев с экстремально низкой массой тела.

3. **Обеспечить безопасность пациентов и качество медицинской помощи (КМП).** Для этого потребуются: обеспечить внедрение системы непрерывного повышения квалификации медицинских кадров с соответствующими ресурсами; внедрить международные правила организации процессов в медицинских организациях, повышающих безопасность пациентов и КМП; устранить дублирующие проверки КМП, в том числе отменить штрафы по итогам проверок в медицинских организациях, которые приводят к сокрытию результатов оказания медицинской помощи.

4. **Устранить противоречия и дублирование в нормативной базе** (Приложение 1).

5. **Реализовать меры, которые будут способствовать восстановлению доверительных отношений между врачами и пациентами.**

6. Принять норму, которая предусмотрит заключение трудовых контрактов с **главными врачами** государственных и муниципальных медицинских организаций **на 5-летний срок**. Эта норма (в сочетании с перечнем случаев, при которых главный врач снимается с должности) позволит им реализовывать долгосрочные программы развития в возглавляемых ими учреждениях.

Благодаря этим мерам можно высвободить дополнительные финансовые ресурсы (около 100 млрд руб.) для повышения оплаты труда медицинских

работников и повышения доступности медицинской помощи. Это позволит за ближайшие два года увеличить ОПЖ российских граждан на 1 год до 72,5–73 лет и повысить удовлетворенность населения.

Главными приоритетами политики здравоохранения в **2017–2025 гг.** должны стать:

1. Сбережение здоровья российских мужчин. Программа **«Здоровье российских мужчин — залог экономического роста России»** совместно с работодателями.

2. Сбережение здоровья детей и подростков. Программа **«Здоровье детей — фундамент развития России»** совместно с Минобрнауки.

3. Программа по повышению эффективности работы **первичного звена здравоохранения** и доступности **медицинской помощи на селе** (по восстановлению фельдшерских пунктов и врачебных амбулаторий на селе).

4. Программа по медико-социальному уходу и реабилитации (в том числе на дому) для старшего поколения российских граждан — **«Старшему поколению — внимание и забота»**.

5. Программа по ликвидации **дефицита и диспропорции** в структуре медицинских кадров и повышению их квалификации.

6. Программа по повышению **качества медицинской помощи и безопасности** пациентов в медицинских организациях.

7. Комплексные межведомственные программы по охране здоровья российских граждан — **«Здоровый образ жизни — это стиль нашей жизни»**. Они должны включать пропаганду массовых занятий спортом, вовлечение населения в выполнение норм ГТО и другие меры в продолжение политики Президента РФ. Это потребует объединения усилий Минздрава, Минспорта, Минобрнауки, МВД, Государственной Думы РФ, крупных работодателей (ОАО «РЖД», Сбербанк, Газпром и др.), объединений работодателей (РСПП, Опора России, Деловая Россия), различных организаций в защиту детей и др.

В период 2017–2018 гг. необходимо сформировать вышеназванные программы, определив, какие ресурсы необходимы для достижения поставленных Президентом РФ целей по увеличению ОПЖ до 76 лет. Определить механизмы реализации программ и то, каким образом будут осуществляться мотивация и контроль участников системы.

Для достижения ОПЖ, равной 76 лет, ВШОУЗ сделала оценку необходимых финансовых ресурсов. Нами проведен анализ зависимости ОПЖ от душевых государственных расходов на здравоохранение в России в динамике и в развитых странах (рис. 17, 18). Из рисунков видно, что в зоне финансирования здравоохранения от 400 до 2000 \$ППС на душу населения в год есть прямая зависимость ОПЖ от этих расходов. Из этого следует, что для полномасштабной реализации вышеперечисленных программ и достижения ОПЖ в 76 лет потребуются **поэтапное повышение государственного финансирования здравоохранения в 1,5 раза** (с 850 \$ППС в 2016 г. до 1300 \$ППС).

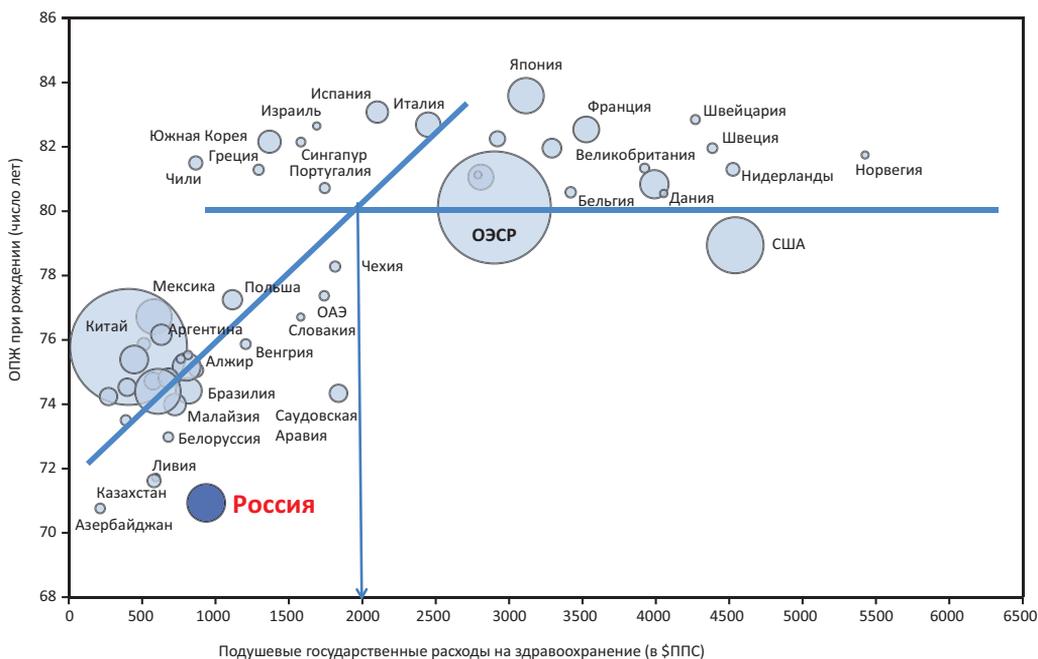


Рис. 17. Зависимость ОПЖ и подушевых государственных расходов на здравоохранение в 2014 г. в России и в странах, входящих в рейтинг Bloomberg

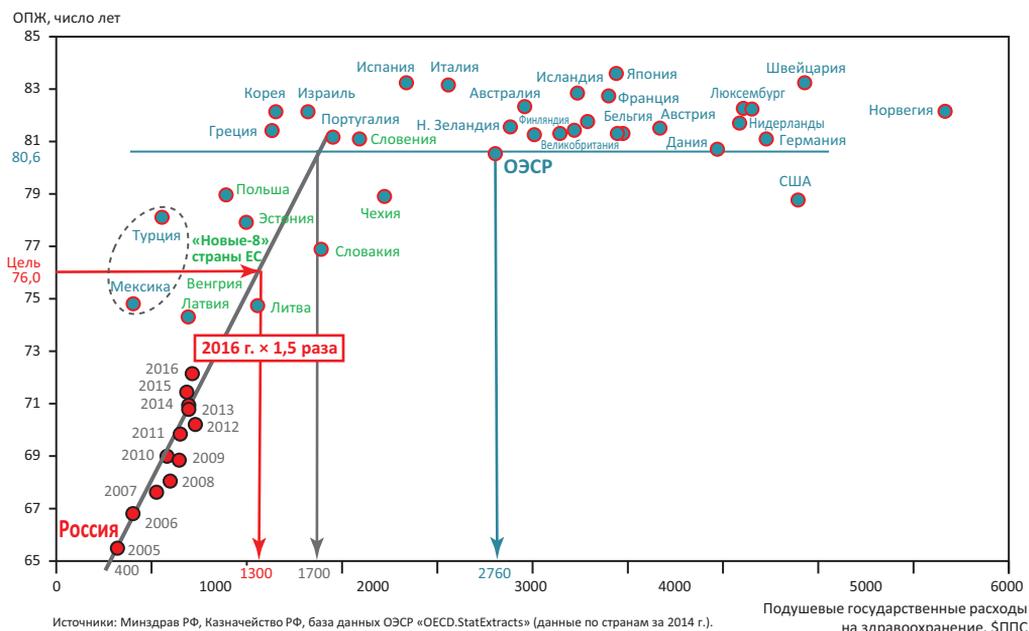


Рис. 18. Зависимость ОПЖ от подушевых государственных расходов на здравоохранение в России и разных странах

Принципы реализации приоритетных направлений стратегического развития

Реализация вышеперечисленных мер должна происходить при активном участии всех уровней системы здравоохранения — от федерального министерства и региональных органов управления здравоохранением до головных лечебных учреждений в муниципальных образованиях, проходить **под личным контролем глав субъектов РФ с активным участием глав муниципальных образований и населения.**

Для достижения поставленных целей Министерство здравоохранения РФ должно сформировать новую Программу или Стратегию развития отрасли до 2025 г. На ее основе в каждом субъекте РФ должны быть разработаны и утверждены соответствующие программы (стратегии) развития здравоохранения регионов. Далее ежегодно главы субъектов РФ и федеральный министр здравоохранения должны отчитываться за исполнение показателей этих программ (стратегий). Ежегодно на федеральном уровне и в субъектах РФ должна публиковаться «**белая книга здравоохранения**» о здоровье населения и других показателях по исполнению поставленных целей и задач (например, цены на лекарства, доля платных услуг, тарифы на медицинские услуги, безопасность пациентов в медицинских организациях и др.).

Приложение 1

Противоречия и недостатки в действующей нормативной базе и предложения по их исправлению

I. Ввести поправки в письмо Минздрава России и ФОМС от 24.12.2015 № 11-9/10/2-7938/8089/21-и «О методических рекомендациях по способам оплаты медицинской помощи за счет средств обязательного медицинского страхования». Бюджет медицинских организаций складывается из объемов помощи, помноженных на установленные тарифы. Поток больных (объемы помощи) в учреждениях I и II уровня, расположенных в сельской местности и малонаселенных, отдаленных и (или) труднодоступных населенных пунктах, — небольшой, а установленные для них тарифы вышеназванным письмом занижены. Как следствие, такие учреждения **вынуждены закрываться**. Соответственно, первое, что необходимо сделать, — это ввести особый режим финансирования для лечебных учреждений I и II уровня в сельских, малонаселенных, отдаленных и (или) труднодоступных населенных пунктах с низкой плотностью проживания населения (в арктических регионах). А именно: ввести для них дополнительные повышающие коэффициенты сложности диагностики и лечения пациентов сверх рекомендованного Минздравом России и ФОМС перечня случаев или предусмотреть оплату таких медицинских организаций по фиксированному бюджету.

II. Отменить Приказ Минздрава России от 15.07.2016 № 520н «Об утверждении критериев оценки качества медицинской помощи». По этому Приказу медицинские организации вынуждены будут отчитываться по **450 показателям**. Этот приказ существенно повысит объем непроизводительной отчетности, поскольку для оценки КМП в медицинских организациях, как правило, используется не более 10–12 ключевых показателей. И, самое главное, без системных мер по обеспечению КМП и безопасности пациентов в медицинских организациях этот приказ не приведет к положительным результатам.

III. Привести в соответствие приказы по обеспечению и контролю качества медицинской помощи. Имеющаяся сегодня нормативная база по контролю КМП **избыточна** — имеется множество действующих нормативных документов (более 14), в которых показатели КМП и методики измерения не согласованы между собой и **не соответствуют** международным нормам. Перечень некоторых документов, в соответствии с которыми в России осуществляется контроль КМП: Постановления Правительства РФ от 28.11.2014 № 1273, от 16.04.012 № 291, от 12.11.2012 № 1152; Приказы Минздрава России от 21.12.2012 № 1340н, от 28.11.2014 № 787н, от 30.12.2014 № 956н, от 28.06.2013 № 421, от 07.07.2015 № 422ан, от 15.07.2016 № 520н, от 28.06.2013 № 421в; Приказ ФОМС от 01.12.2010 № 230; Письма Минздрава России от 02.04.2015 № 17-9/10/2-1002 и от 21.05.2015 № 17-9/10/2-2324, а также предложения Росздравнадзора по ведению внутреннего контроля КМП (подробно в статье «Управление качеством медицинской помощи в РФ: от плани-

рования до улучшения», журнал «ОРГЗДРАВ: новости, мнения, обучение». № 2, 2016).

IV. Отменить письмо Минздрава России от 02.04.2015 № 17-9/10/2-1002 «О предоставлении участковыми терапевтами и врачами общей практики еженедельной и ежемесячной информации». Это письмо предусматривает **еженедельную** отчетность о смертности на участке, что значительно увеличивает объем отчетности. Такая мера может реализовываться в полугодие с последующим анализом случаев смертей на уровне медицинской организации или региона.

V. Отменить штрафы медицинских организаций по результатам проведения медико-экономического контроля (МЭК), медико-экономической экспертизы (МЭЭ) и экспертизы качества медицинской помощи (ЭКМП). Сегодня эти меры установлены Федеральным законом от 29.11.2010 № 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в РФ» (ст. 28, п. 3) и Приказом ФФОМС от 01.12.2010 № 230 «Об утверждении Порядка организации и проведения контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию». Санкции, накладываемые на медицинские организации по результатам ЭКМП, приводят к сокрытию нарушений и не улучшают КМП. Об этом свидетельствуют итоги проверок — доля нарушений (от всех проверенных случаев) остается в течение 4 последних лет практически на одном и том же уровне — около 30%. Деятельность медицинских организаций контролируется Росздравнадзором, по данным которого число нарушений в 2013 г. составляло 40%, в 2016 г. — 49% от числа проверенных случаев, число административных штрафов с 2013 по 2016 г. выросло **в 6 раз**, а сумма штрафов — в 3,7 раза. Все это говорит об избыточности контрольных мер и **отсутствии профилактики** нарушений¹.

VI. Отменить норму об обязательности исполнения медицинскими организациями порядков оказания медицинской помощи (Федеральный закон от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в РФ»), поскольку большинство этих порядков оказания медицинской помощи не согласованы с нормативами, рассчитанными на основании Программы государственных гарантий (ПГГ). Например, при оказании акушерской и гинекологической помощи согласно Порядкам оказания медицинской помощи на одного врача по расчетам приходится **10 коек**, а по ПГГ — **15 коек**, при оказании оториноларингологической помощи по ПГГ рекомендовано **12 коек** на одного врача, а по Порядкам — **20 коек**². Более того, неисполнение порядков в большинстве случаев связано с **отсутствием требуемых** кадровых и материально-технических ресурсов, что по большей части не зависит от руководства медицинской организации и упирается в системные проблемы отрасли.

¹ Доля проверок, по итогам проведения которых выявлены правонарушения, среди всех проверок, проведенных в отношении юридических лиц, индивидуальных предпринимателей (по данным Росздравнадзора). <http://www.roszdravnadzor.ru/>

² Хабриев Р.У., Шипова В.М., Маличенко В.С. Государственные гарантии медицинской помощи. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2017. 232 с.

VII. Привести нормативы сроков ожидания различных видов медицинской помощи к реальным возможностям российской системы здравоохранения. В Программе государственных гарантий установлены сроки ожидания пациентами различных видов медицинской помощи (раздел VIII). Например, консультацию врача-специалиста пациенты должны ожидать **14 календарных дней** со дня обращения, плановую госпитализацию — **30 календарных дней** со дня выдачи лечащим врачом направления. Вместе с тем, сомнительно, чтобы в России сроки ожидания медицинской помощи были бы короче, чем в Германии, где консультацию врачей-специалистов ожидают **около 30 дней**, а плановую госпитализацию — **не более 35 дней**¹. При этом в Германии², во-первых, потоки больных значительно ниже, чем в России, а финансирование государственной системы здравоохранения **в 5,2 раза выше** в сопоставимых ценах, чем в России, обеспеченность практикующими врачами — **на 11% выше**, обеспеченность стационарными койками — **на 12% выше**, чем в России.

VIII. Привести Приказ Минздрава № 290н «Об утверждении типовых отраслевых норм времени на выполнение работ, связанных с посещением одним пациентом врача-педиатра участкового, врача-терапевта участкового, врача общей практики (семейного врача), врача-невролога, врача-оториноларинголога, врача-офтальмолога и врача акушера-гинеколога» в соответствии с нормативами ПГГ и показателями обеспеченности врачами. В этом приказе указано, что время трудозатрат врача-участкового на прием пациента составляет **15 мин**, а в Программе госгарантий установлено — **20 мин** (*Информационное письмо Минздрава России от 23.12.2016 № 11-7/10/2-8304 «О формировании и экономическом обосновании территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2017 год и плановый период 2018 и 2019 годов»*). Сложившиеся на практике трудозатраты указанных врачей раньше составляли **12 мин**. Это означает, что установленные нормативы трудозатрат врачей также не соответствуют реальной численности врачей участковой службы и специалистов в поликлиниках. Далее, очевидно, что если нормативно установить большее время приема пациента (15–20 мин), то при той же численности врачей и таком же потоке пациентов это приведет к удлинению сроков ожидания. Однако сроки ожидания, установленные в Программе госгарантий, остались прежними: на прием к участковому врачу пациенты должны попасть в течение 24 ч от момента обращения.

IX. Привести нормативы Программы государственных гарантий в соответствии потребностям населения в медицинской помощи и современным технологиям оказания медицинской помощи. Нормативы ПГГ были установлены по объемам помощи, сложившимся еще в советское время, и мало изменились с тех пор. Однако в 1990 г. общая заболеваемость населения составляла 107

¹ OECD health working papers N67, “Health at glance 2013, OECD indicators” (http://www.oecd-ilibrary.org/sites/health_glance-2013-en/06/07/index.html?contentType=&itemId=/content/chapter/health_glance-2013-63-en&containerItemId=/content/serial/19991312&accessItemIds=/content/book/health_glance-2013-en&mimeType=text/html).

² База данных ОЭСР «OECD.StatExtracts».

тыс. случаев на 100 тыс. граждан, а к 2015 г. она выросла на 50% и превысила 160 тыс. случаев. Это означает, что существенно увеличились и потоки больных, нуждающихся в оказании медицинской помощи, как следствие должны были увеличиться мощности системы здравоохранения. Увеличивается и доля пожилых граждан, соответственно, для них нужно было интенсивно развивать услуги по длительному уходу или медико-социальной помощи.

Х. Привести нормативы Программы государственных гарантий и другие документы Минздрава в соответствие с современными научными данными. Так, мировой медицинской практикой доказано, что занятость больничной койки в году более **310 дней** приводит к росту инфекционных осложнений¹. Однако при формировании ТППГ Минздравом установлено, что этот показатель в российских больницах должен составлять **340 дней в году**²! Более того, по этому показателю определяется эффективность использования коечного фонда. Кроме того, в развитых странах считается, что количество **коек** на один пост медицинской сестры в хирургическом отделении более **4** также приводит к росту инфекционных осложнений³. А в Программе госгарантий РФ указан показатель — **15 коек** на пост⁴.

¹ Volatility in bed occupancy for emergency admissions. R. Jones. // British Journal of Healthcare Management. Vol. 17. N 9. 2011. P. 424–430; Tackling healthcare associated infections through effective policy action. London: British Medical Association. June, 2009. 44 p.

² Информационное письмо Минздрава России от 23.12.2016 № 11-7/10/2-8304 «О формировании и экономическом обосновании территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2017 год и плановый период 2018 и 2019 годов».

³ JAMA, October 23–30, 2002, volume 288, 16.

⁴ Информационное письмо Минздрава России от 23.12.2016 № 11-7/10/2-8304 «О формировании и экономическом обосновании территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2017 год и плановый период 2018 и 2019 годов».

Приложение 2
Эффективность систем здравоохранения РФ по субъектам, 2015 г.

Место 2013	Место 2015	Субъекты РФ	Индекс эффективности	ОПЖ при рождении (лет)	ВРП на душу населения (руб.)	Подушное госрасходование на здравоохранение, поделенное на КД (руб.)	Продажа крепких алкогольных напитков на душу населения (литров)
1	1	Республика Дагестан	88,10	76,39	180 824	13 183	2,2
4	2	Ставропольский край	78,81	73,36	193 489	14 656	2,9
2	3	Кабардино-Балкарская Республика	77,62	74,61	137 437	15 107	0,6
16	4	Кировская область	76,90	71,11	191 445	14 221	10,2
8	5	Чувашская Республика	75,95	71,35	189 736	14 385	8,6
11	6	Ростовская область	75,60	71,90	235 696	14 128	4,3
26	7	Рязанская область	74,40	71,46	261 245	14 157	5,6
10	8	Республика Адыгея	73,81	72,23	174 018	14 967	4,0
14	9	Пензенская область	73,57	72,12	219 182	14 734	4,6
13	10	Карачаево-Черкесская Республика	72,74	74,44	147 397	15 517	1,0
15	11	Республика Калмыкия	72,14	72,15	163 688	15 044	3,8
3	12	Чеченская Республика	71,43	73,45	104 019	15 493	–
9	13	Волгоградская область	70,95	71,98	278 961	14 691	3,8
37	14	Республика Мордовия	70,36	72,06	210 859	15 170	6,9

Продолжение табл.

Место 2013	Место 2015	Субъекты РФ	Индекс эффективности	ОПЖ при рождении (лет)	ВРП на душу населения (руб.)	Подушвные госрасходы на здравоохранение, поделенные на КД (руб.)	Продажа крепких алкогольных напитков на душу населения (литров)
6	15	Республика Северная Осетия – Алания	70,24	74,20	179 993	15 572	0,7
18	16	Ивановская область	69,05	70,62	145 235	14 245	7,1
21	17	Белгородская область	68,10	72,61	400 633	15 142	4,9
27	18	Томская область	66,79	71,25	399 208	14 297	5,1
35	19	Астраханская область	65,95	71,36	283 591	14 960	5,3
12	20	Саратовская область	65,60	71,40	225 375	14 867	3,2
22	21	Курская область	64,17	70,80	266 008	14 309	4,2
5	22	Республика Ингушетия	63,69	80,05	113 791	17 741	–
20	23	г. Москва	63,45	76,77	1 053 950	17 890	14,8
17	24	Республика Татарстан	62,74	72,81	434 509	16 366	9,6
19	25	Брянская область	61,79	70,36	196 342	13 996	6,2
36	26	Краснодарский край	61,19	72,53	330 100	15 715	4,5
41	27	Вологодская область	59,76	70,40	325 789	14 622	9,9
29	28	Республика Марий Эл	59,40	69,80	209 488	13 826	9,4
31	29	Новосибирская область	58,45	70,86	326 868	15 000	5,4
7	30	Тамбовская область	58,45	71,67	258 822	15 644	3,3
46	31	Костромская область	57,02	70,38	223 243	14 978	8,7
30	32	Воронежская область	56,79	71,67	304 314	15 743	4,6

Продолжение табл.

Место 2013	Место 2015	Субъекты РФ	Индекс эффективности	ОПЖ при рождении (лет)	ВРП на душу населения (руб.)	Подушное госрасходование на здравоохранение, поделенные на КД (руб.)	Продажа крепких алкогольных напитков на душу населения (литров)
45	33	Ярославская область	56,79	70,98	305 211	15 682	9,6
32	34	г. Санкт-Петербург	56,31	74,42	513 782	21 087	8,2
48	35	Удмуртская республика	55,71	70,46	291 288	15 181	9,6
42	36	Московская область	55,60	72,26	376 699	18 885	10,6
43	37	Владимирская область	53,93	69,82	232 631	14 551	8,1
39	38	Ханты-Мансийский авт. округ – Югра	53,10	72,58	1 761 159	23 947	11,1
59	39	Омская область	52,26	70,41	303 089	14 786	3,8
24	40	Архангельская область	51,90	70,70	311 471	16 138	12,7
28	41	Алтайский край	51,19	70,44	187 587	15 336	4,8
61	42	Самарская область	50,95	70,35	358 649	14 697	5,1
55	43	Орловская область	48,69	70,38	234 157	15 257	4,9
44	44	Ямало-Ненецкий авт. округ	48,57	71,70	2 985 311	20 351	9,9
47	45	Ленинградская область	48,45	71,23	403 431	17 504	10,9
25	46	Мурманская область	47,86	70,24	416 662	15 247	14,1
23	47	Ульяновская область	47,62	70,46	220 576	15 846	5,7
–	48	г. Севастополь	47,26	70,67	45 785	17 308	5,0

Продолжение табл.

Место 2013	Место 2015	Субъекты РФ	Индекс эффективности	ОПЖ при рождении (лет)	ВРП на душу населения (руб.)	Подушвные госрасходы на здравоохранение, поделенные на КД (руб.)	Продажа крепких алкогольных напитков на душу населения (литров)
34	49	Калининградская область	47,02	70,58	316 999	16 208	8,3
38	50	Липецкая область	45,71	71,07	341 455	16 597	4,9
50	51	Приморский край	45,71	69,21	332 383	14 716	8,5
54	52	Нижегородская область	44,05	70,17	310 866	15 420	7,4
56	53	Калужская область	42,86	70,73	322 517	17 941	8,5
—	54	Республика Крым	42,26	70,52	73 190	17 616	4,7
82	55	Ненецкий авт. округ	40,95	71,00	4 252 408	25 761	13,6
40	56	Челябинская область	39,88	69,90	284 191	15 554	4,9
52	57	Тулльская область	39,64	70,06	269 177	15 703	5,1
72	58	Республика Тыва	39,17	63,13	149 335	13 830	2,4
75	59	Новгородская область	38,45	68,70	331 842	15 086	9,4
51	60	Забайкальский край	38,33	67,34	209 003	14 759	7,3
57	61	Республика Алтай	38,10	68,44	184 011	15 180	8,0
60	62	Кемеровская область	37,98	68,31	273 825	14 837	7,3
65	63	Тюменская область	37,98	70,58	521 987	18 249	8,9
78	64	Амурская область	37,74	67,27	290 398	14 406	7,2
53	65	Курганская область	37,38	69,03	193 434	15 111	3,7
58	66	Республика Башкортостан	37,38	70,08	306 771	15 856	6,1

Продолжение табл.

Место 2013	Место 2015	Субъекты РФ	Индекс эффективности	ОПЖ при рождении (лет)	ВРП на душу населения (руб.)	Подушвые госрасходы на здравоохранение, поделенные на КД (руб.)	Продажа крепких алкогольных напитков на душу населения (литров)
67	67	Республика Бурятия	37,38	69,15	189 326	15 772	8,2
66	68	Республика Саха (Якутия)	36,90	70,29	690 643	16 286	9,5
62	69	Хабаровский край	35,71	68,72	410 190	15 332	11,9
33	70	Республика Карелия	35,00	69,16	293 054	16 254	13,1
70	71	Красноярский край	33,81	69,69	498 372	15 588	6,6
68	72	Тверская область	32,14	69,10	232 833	16 366	8,9
49	73	Смоленская область	32,02	69,74	242 907	17 341	7,9
76	74	Псковская область	31,67	68,48	185 526	15 784	7,4
63	75	Свердловская область	30,48	69,83	384 228	17 193	7,7
69	76	Республика Коми	28,10	69,40	553 836	17 470	14,1
71	77	Оренбургская область	26,31	69,63	364 762	16 284	3,5
77	78	Пермский край	25,71	69,09	367 087	16 410	7,7
64	79	Республика Хакасия	22,62	68,68	299 913	16 945	5,2
73	80	Камчатский край	22,50	68,56	456 482	17 459	12,9
74	81	Иркутская область	21,43	67,37	375 482	15 881	7,3
81	82	Еврейская автономная область	20,60	65,04	246 449	17 042	8,4
80	83	Магаданская область	16,43	68,11	650 273	22 648	15,8

Окончание табл.

Место 2013	Место 2015	Субъекты РФ	Индекс эффективности	ОПЖ при рождении (лет)	ВРП на душу населения (руб.)	Подушвые госрасходы на здравоохранение, поделенные на КД (руб.)	Продажа крепких алкогольных напитков на душу населения (литров)
79	84	Сахалинская область	14,05	67,99	1 620 313	25 477	14,2
83	85	Чукотский авт. округ	11,07	64,16	1 118 862	22 663	12,5
		РФ в среднем	52,82	71,39	403 179	16 207	7,3

Примечания:

1. Ранжирование проводилось по четырем критериям (по шкале от 0 до 100): ОПЖ при рождении (взвешенная 50%), ВРП на душу населения (10%), подушвые госрасходы на здравоохранение (30%) и продажа крепких алкогольных напитков на душу населения (10%). Оценка эффективности представляет собой сумму этих четырех взвешенных оценок.
 2. Для составления рейтинга использовались наиболее актуальные данные по всем показателям за 2015 г., кроме ВРП на душу населения, для которого наиболее актуальные данные имеются по состоянию на 2014 г.
 3. Оценка ВРП на душу населения по Республике Крым и г. Севастополь за 2014 г. проведена впервые, в текущих ценах и за неполный календарный год. Расчет основывается на данных, полученных от респондентов этих субъектов.
- Источники: Росстат, Федеральное казначейство РФ.

Приложение 3

Динамика государственных расходов на здравоохранение в текущих и постоянных ценах в 2012–2016 гг.

Наименование	2012 г.	2013 г.	2014 г.	2015 г.	2016 г.	2017 г.	2016 г. к 2012 г.
Инфляция	6,6%	6,5%	11,4%	12,9%	5,4%	4,0%	
Валовой внутренний продукт (ВВП) ¹ , млрд руб.	66926,9	71016,7	79199,7	83232,6	85880,6		
Численность населения, млн чел.	143,20	143,51	143,82	146,41	146,69		
Паритет покупательной способности ² , руб. к 1 \$ППС	18,46	19,42	21,28	23,98	25,07		
ГОСУДАРСТВЕННЫЕ РАСХОДЫ на здравоохранение в текущих ценах³, млрд руб.	2283,4	2318,0	2532,7	2861,0	3124,4	3035,4	+37%
Государственные расходы на здравоохранение в постоянных ценах (2012 г. – 100%), млрд руб.	2283,4	2167,3	2098,1	2064,3	2132,7	1989,0	-7%
Подушвные государственные расходы на здравоохранение, руб.	15 945	16 152	17 610	19 541	21 299		+34%
Подушвные государственные расходы на здравоохранение в постоянных ценах (2012 г. – 100%), руб.	15 945	15 102	14 588	14 100	14 538		-9%
Подушвные государственные расходы на здравоохранение, \$ППС	864	832	827	815	850		
Доля государственных расходов в ВВП	3,4%	3,3%	3,2%	3,4%	3,6%		

¹ С 2014 г. данные по ВВП и численности населения с учетом Крыма и г. Севастополя.

² Данные по курсу доллара по ППС представлены согласно базе данных Росстата, ЕМИСС.

³ Данные по государственным расходам представлены согласно Федеральному Казначейству РФ, консолидированный бюджет Российской Федерации и бюджетов государственных внебюджетных фондов. Данные за 2016 г. — предварительные (итоги расходов на 1.01.2017).

Приложение 4

Финансирование государственной программы Российской Федерации «Развитие здравоохранения», млрд руб.

Наименование	2016 г.	2017 г.	2018 г.	2019 г.	2020 г.	ИТОГО за 2017–2020 гг.	Динамика с 2016 по 2020 г.
<i>Инфляция</i>	5,4%	4,0%	4,0%	4,0%	4,0%		
Общий объем бюджетных ассигнований («было» ¹) без учета средств консолидированных бюджетов субъектов РФ, в текущих ценах	1784,2	1948,0	2144,7	2341,5	2541,0	8975,2	
Общий объем бюджетных ассигнований («стало» ²) без учета средств консолидированных бюджетов субъектов РФ, в текущих ценах	1829,5	1968,7	2166,5	2268,0	2268,0	8671,2	
<i>Разница между «было» и «стало»</i>	45,3	20,7	21,8	-73,5	-273,0	-304,0	
Общий объем бюджетных ассигнований («стало») без учета средств консолидированных бюджетов субъектов РФ, в постоянных ценах, 2016 г. – 100%	1829,5	1890,0	1996,6	2006,6	1926,3		+5%
в том числе:							
средства федерального бюджета («было»), в текущих ценах	262,9	263,3	286,9	299,2	308,1	1 157,5	
средства федерального бюджета («стало»), в текущих ценах	354,4	261,1	281,5	247,4	247,4	1 037,4	
<i>разница между «было» и «стало»</i>	91,5	-2,2	-5,4	-51,8	-60,7	-120,1	
средства федерального бюджета («стало»), в постоянных ценах, 2016 г. – 100%	354,4	250,7	259,4	218,9	210,1		-41%

¹ Постановление Правительства РФ от 15.04.2014 № 294.² Постановление Правительства РФ от 31.03.2017 № 394.

Окончание табл.

Наименование	2016 г.	2017 г.	2018 г.	2019 г.	2020 г.	ИТОГО за 2017–2020 гг.	Динамика с 2016 по 2020 г.
средства ФОМС («было»), в текущих ценах	1521,3	1684,7	1857,8	2042,3	2232,9	7817,7	
средства ФОМС («стало»), в текущих ценах	1597,2	1735,0	1911,7	2022,3	2022,3	7691,3	
разница между «было» и «стало»	75,9	50,3	53,9	-20,0	-210,6	-126,4	
средства ФОМС («стало»), в постоянных ценах, 2016 г. – 100%	1597,2	1665,6	1761,8	1789,2	1717,6		+8%
средства консолидированных бюджетов субъектов РФ («было»)	1396,6	1459,5	1525,1	1586,1	1641,6	11 079,4	
средства консолидированных бюджетов субъектов РФ («стало»)	–	–	–	–	–	–	

Примечание:

«Было» — Постановление Правительства РФ от 15.04.2014 № 294, «стало» — Постановление Правительства РФ от 31.03.2017 № 394.

Улумбекова Гузель Эрнстовна, д-р мед. наук, руководитель высшей школы организации и управления здравоохранением (ВШОУЗ), член правления и ответственный секретарь Общества по организации здравоохранения и общественного здоровья (ОПОЗиОЗ), председатель правления Ассоциации медицинских обществ по качеству медицинской помощи и медицинского образования (АСМОК).



Окончила Казанский государственный медицинский университет по специальности «врач-терапевт» с отличием. В 1994 г. основала и по 2006 г. возглавляла издательство «ГЭОТАР-Медиа» — крупнейшее медицинское издательство в РФ, определяющее информационно-образовательную политику в здравоохранении. С 2007 по 2009 г. была советником губернатора Самарской области и отвечала за разработку Стратегии развития здравоохранения Самарской области. В 2008 г. назначена ответственным секретарем комиссии по разработке «Концепции развития здравоохранения и охраны здоровья населения РФ до 2020 года» и организовывала работу этой комиссии.

С 2003 г. занимается активной экспертной деятельностью по вопросам организации здравоохранения в Общественной и Торгово-промышленной палатах РФ, Комитете ГД РФ по охране здоровья, Центре стратегических разработок при Минэкономразвития России, Совете ВОЗ по доказательной медицине и др. Проводила анализ законопроектов «Об обязательном медицинском страховании в РФ», «Об основах охраны здоровья граждан в РФ» и др.

Гузель Улумбекова — автор монографии «Здравоохранение России. Что надо делать» (2010, 2015), соавтор учебника для медицинских вузов «Общественное здоровье и здравоохранение» (2011), один из авторов и редакторов национального руководства «Общественное здоровье и здравоохранение» (2013). Тема докторской диссертации — «Научное обоснование направлений развития здравоохранения РФ на среднесрочный период» (2014).

С 2013 г. по настоящее время непосредственно участвует в разработке и внедрении системы НМО в стране, в том числе объединяет работу научных клинических центров РАН и профессиональных медицинских обществ по данному направлению.

С 2015 г. является экспертом Общероссийского народного фронта (ОНФ). За 2015–2016 гг. ею было подготовлено более 60 экспертных заключений и аналитических справок, в том числе по выполнению Указов и Поручений Президента РФ в здравоохранении, а также проведено более 70 выступлений перед медицинской общественностью практически во всех регионах страны.

В 2016 г. прошла повышение квалификации по программе обучения руководителей медицинских учреждений эффективному управлению в Институте общественного здоровья Гарвардского университета (США). В настоящее время обучается по очно-заочной программе МВА для руководителей здравоохранения высшего звена в Гарвардском университете (США).



ВШОУЗ
ВЫСШАЯ ШКОЛА
ОРГАНИЗАЦИИ И УПРАВЛЕНИЯ
ЗДРАВООХРАНЕНИЕМ

Наши контакты:

www.vshouz.ru

115035, г. Москва,
ул. Садовническая,
д. 13, стр. 11

+7 (985) 278 9235
+7 (495) 662 8096

vshouz@vshouz.ru

Повышение квалификации по специальности
«Организация здравоохранения
и общественное здоровье»

11—24 сентября 2017 г.

инновационный курс

«ЭФФЕКТИВНЫЙ РУКОВОДИТЕЛЬ ЛПУ»*

После обучения Вы:

- ◆ **ПОЙМЕТЕ** ключевые балансы здравоохранения РФ и принципы финансирования отрасли
- ◆ **СМОЖЕТЕ** внедрить в своем ЛПУ инновационные методы управления
- ◆ **УЗНАЕТЕ**, как организовать систему качества медицинской помощи и безопасности пациентов
- ◆ **НАУЧИТЕСЬ** грамотно мотивировать коллектив и решать конфликты
- ◆ **ОСВОИТЕ** принципы досудебного урегулирования претензий пациентов
- ◆ **РАЗБЕРЕТЕ** реальные случаи из практики

* По окончании курса выдается документ установленного образца



2015 г., 704 с.

Г.Э. Улумбекова

ЗДРАВООХРАНЕНИЕ РОССИИ. ЧТО НАДО ДЕЛАТЬ

ГДЕ КУПИТЬ

Фирменные магазины «Медицинская литература»:

Издательская группа

«ГЕОТАР-Медиа»

115035, Москва,
ул. Садовническая, д. 9, стр. 4.
Тел. (495) 921-39-07

www.geotar.ru

м. «Фрунзенская»

Комсомольский пр-т, д. 28
(в здании МДМ со стороны парка)
Ежедневно с 9 до 20 ч.
Тел.: +7 (499) 685-12-47,
+7 (916) 877-06-84;

**м. «Новокузнецкая»,
м. «Третьяковская»**

ул. Садовническая, д. 13, стр. 11
По будням с 10 до 19 ч.
Тел.: +7 (495) 921-39-07, доб. 602;

м. «Цветной бульвар»,

м. «Сухаревская»
ул. Троицкая, д. 9, корп. 1
(в магазине «Магнолия»)
Ежедневно с 9 до 20 ч.
Тел.: +7 (985) 387-14-57

Интернет-магазин

«Медкнигасервис»:
www.medknigaservis.ru
Тел.: 8-800-555-999-2