Г.Э. Улумбекова

ЗДРАВООХРАНЕНИЕ РОССИИ

НАДО ДЕЛАТЬ

3-е издание

ИЗДАТЕЛЬСКАЯ ГРУППА
«ГЭОТАР-Медиа»

ВЫВОДЫ

1. В РФ в период с 2012 по 2018 г. ключевой показатель, характеризующий здоровье населения, — ожидаемая продолжительность жизни (ОПЖ) — **вырос на 2,7 года** и составил **72,9 года**. Это результат реализации антиалкогольной и антитабачной политики, программ по снижению младенческой смертности и смертности от болезней системы кровообращения.
2. Однако РФ в 2018 г. по показателям здоровья **существенно отстает** от «новых-8» стран ЕС (Венгрия, Латвия, Литва, Польша, Словакия, Словения, Чехия, Эстония), близких к нашей стране по ВВП на душу населения (соответственно 29,1 и 33,1 тыс. $ППС):
   - ОПЖ в РФ **на 4,8 года меньше**, чем у них;
   - ОПЖ мужчин — **на 6,1 года меньше**;
   - смертность детей (0–14 лет) — **в 1,6 раза выше**;
   - смертность от инфекционных болезней — **в 3,5 раза выше** (стандартизованный показатель).
3. В РФ в период с 2014 по 2018 г. наблюдается **критическое снижение рождаемости** — почти **на 20%**. В сочетании с высокой **предотвратимой смертностью** это привело к отрицательным показателям естественного прироста населения — в 2018 г. число умерших превысило число родившихся **на 224,6 тыс. человек**.
4. На этом фоне в РФ растет общая заболеваемость населения — с 2012 г. она увеличивается со среднегодовым темпом **1%** (**1,4 млн случаев**). Доля впервые выявленных инвалидов трудоспособного возраста сохраняется **высокой** — **44%**. Серьезную озабоченность вызывает увеличение детской и подростковой заболеваемости и инвалидности, которая с 1991 г. выросла **почти в 6 раз**.
5. Показано, что в РФ ОПЖ определяется темпом роста ВВП — **на 37%**, образом жизни населения (потребление алкоголя) — **на 33%**, увеличением государственного финансирования здравоохранения — **на 30%**. Отсюда следует, что отставание РФ по показателям здоровья населения от развитых стран связано с:
   - низкими доходами граждан — средняя заработная плата в экономике **в 1,5 раза ниже**, чем в «новых-8» странах ЕС (по $ППС);
   - высоким потреблением алкоголя — **на 9% выше**, чем в «новых-8» странах ЕС, и **на 35% выше**, чем в Канаде и США;
   - высокой распространенностью курения — **в 1,4 раза выше**, чем в «новых-8» странах ЕС, и **2,5 раза выше**, чем в Канаде и США;
   - **существенным хроническим недофинансированием здравоохранения из государственных источников — в 1,9 раза ниже, чем в «новых-8» странах ЕС (по $ППС на душу населения).**
6. В РФ в период с 2012 по 2018 г. на фоне роста потоков заболевших и так недостаточные государственные расходы на здравоохранение в постоянных ценах **ежегодно сокращались**. В 2018 г. они были **на 4% ниже**, чем в 2012 г. Это, естественно, привело **к сокращению** мощностей системы здравоохранения. Обеспеченность практикующими врачами в государственных и муниципальных организациях по отдельным данным снизилась **на 12%** (на 46 тыс. чел.), в результате она стала на уровне «старых» стран ЕС и даже **на 14% ниже**, чем в Германии. При этом значительный дефицит медицинских работников сложился в первичном звене здравоохранения, где врачей **в 1,5 раза меньше** необходимого, средних медицинских работников — **в 1,8 раза меньше**, фельдшеров — **в 1,9 раза меньше**. Число медицинских организаций сократилось **на 8%** (на 668 МО), обеспеченность стационарными койками — **на 15%** (на 160 тыс.), в результате в РФ она стала **на 15% ниже**, чем в Германии. При этом в нашей стране имеется значительно **бóльшая** потребность в медицинской помощи, чем в названных странах.

7. В РФ в период с 2012 по 2018 г. сокращение ресурсов и мощностей системы здравоохранения привело к **снижению** гарантированных объемов массовых видов медицинской помощи: число посещений амбулаторно-поликлинических учреждений сократилось **на 12%**, госпитализаций — **на 6%**, вызовов скорой помощи — **на 3%**. Одновременно, на фоне ежегодного роста заболеваемости населения и сокращения обеспеченности медицинскими работниками, увеличилась их нагрузка, поэтому повышение среднемесячной начисленной заработной платы в постоянных ценах (2013 г. = 100%) у врачей **на 25%**, а у среднего медицинского персонала — **на 8%**, оказалось **недостаточным**.
8. Такая ситуация в здравоохранении привела к **исчерпанию резервов отрасли** и легла дополнительным бременем на бюджеты российских семей, что закономерно вызвало **недовольство** населения и медицинских работников — по опросам ВЦИОМ, сегодня здравоохранение — **проблема № 1**, которая волнует граждан РФ.

ПРЕДЛОЖЕНИЯ

1. Президентом РФ поставлена общенациональная цель — увеличение **ОПЖ до 78 лет к 2024 г**. Реализация НП «Здравоохранение» и «Демография» — важнейший шаг в этом направлении, однако для достижения цели потребуются дополнительные меры и финансовые ресурсы.
2. Показано, чтобы в РФ достичь ОПЖ **77–78 лет** при соблюдении самых благоприятных базовых условий (рост ВВП **на 4%** ежегодно и снижение потребления алкоголя **на 40%** к 2024 г.), потребуется увеличение государственного финансирования здравоохранения соответственно **на 10 и 15% ежегодно** в постоянных ценах (2018 г. = 100%). Для увеличения расходов на здравоохранение **на 10%** ежегодно потребуется в среднем **дополнительно 820 млрд руб.** в год в постоянных ценах (всего за 6 лет 5 трлн руб. дополнительно к 1,7 трлн руб., заложенных в НП «Здравоохранение»). Такой рост государственных расходов на здравоохранение к 2024 г. будет соответствовать **5% ВВП**. Это как раз тот уровень, который сегодня сложился в «новых-8» странах ЕС, где ОПЖ составляет **78 лет**.
3. Названные средства (820 млрд руб.) должны пойти на следующие приоритетные направления:
   - **Ликвидация дефицита** медицинских кадров, повышение оплаты их труда и выравнивание ее по регионам — **320 млрд руб**., при этом опережающим темпом должна расти оплата труда медицинских работников первичного звена и в сельской местности. Потребуются также новые подходы к организации ПМСП.
   - **Масштабное повышение квалификации медицинских кадров — 60 млрд руб.**, в том числе индексация оплаты труда профессорско-преподавательского состава медицинских вузов (не менее 300% к средней оплате труда в экономике); повышение их квалификации, создание условий в медицинских организациях для непрерывного образования.
   - Реализация программы **всеобщего лекарственного обеспечения** населения в амбулаторных условиях — **320 млрд руб.**
   - Реализация программ по снижению заболеваемости и смертности **детей и подростков** и смертности **от инфекционных заболеваний — по 30 млрд руб.**
   - Увеличение **тарифов** по оплате медицинских услуг для включения современных методов лечения и увеличение **объемов** медицинской помощи в связи с ростом числа заболевших — **30 млрд руб.**
   - **Обновление материально-технической базы центральных районных больниц** и межрайонных медицинских центров — **20 млрд руб.** (в 2020–2021 гг. — по 30 млрд руб., далее — по 10 млрд руб. ежегодно).
   - Реализация программ, направленных на формирование у населения здорового образа жизни — **10 млрд руб.**
4. Увеличение оплаты труда медицинских работников одновременно будет способствовать росту покупательной способности населения, а значит, и **развитию экономики** РФ. **Только** при названном увеличении финансирования и расходовании средств на обозначенные приоритеты будет возможен рост ОПЖ **до 77 лет** к 2024 г., повышение удовлетворенности населения и медицинских работников, а значит, **снижение напряженности в обществе**.

Г.Э. Улумбекова

ЗДРАВООХРАНЕНИЕ РОССИИ

ЧТО НАДО ДЕЛАТЬ

Состояние и предложения 2019–2024 гг.

3-е издание

Москва
ИЗДАТЕЛЬСКАЯ ГРУППА
«ГЭОТАР-Медиа»
2019

УДК 614.2(470+571)
ББК 51.1(2Рос)
У49

01-МОН-3498

Ответственный редактор: *А.В. Калашникова*

Улумбекова, Г. Э.

У49 Здравоохранение России. Что надо делать. Состояние и предложения: 2019–2024 гг. / Г. Э. Улумбекова. — 3-е изд. — Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2019. — 416 с. : ил. — DOI: 10.33029/9704-5417-6-3-HR-2019-1-416.

ISBN 978-5-9704-5417-6

В третьем издании монографии «Здравоохранение России. Что надо делать» обосновано, что надо делать в здравоохранении РФ на федеральном и региональном уровнях для достижения общенациональной цели, поставленной Президентом РФ, — увеличения ожидаемой продолжительности жизни с нынешних 72,9 года до 78 лет к 2024 г. В нем представлен анализ медико-демографических показателей РФ, факторов, определяющих здоровье населения, состояния и деятельности системы здравоохранения РФ с акцентом на последние 6 лет. Оценена достаточность мер, предусмотренных в Государственной программе «Развитие здравоохранения», Национальных проектах «Здравоохранение» и «Демография», для достижения общенациональной цели. Обоснованы дополнительные предложения по приоритетным направлениям развития здравоохранения на период 2019–2024 гг. и сделаны расчеты необходимого финансирования. Представлены рейтинги регионов РФ по эффективности управления системой охраны здоровья населения. Третье издание книги актуализирует и дополняет второе, содержит ссылки на те его разделы, которые не требовали изменений и не вошли в настоящее издание, поэтому желательно рассматривать их вместе.

Информация представлена наглядно – в книге 211 рисунков и 46 таблиц. Монография предназначена организаторам здравоохранения, медицинским работникам, экономистам.

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., 2019
© ООО Издательская группа «ГЭОТАР-Медиа», 2019
© ООО Издательская группа «ГЭОТАР-Медиа», оформление, 2019

ISBN 978-5-9704-5417-6

Посвящается
медицинским работникам России
и моим учителям

Нам нужен прорыв, нужно прыгнуть
в новый технологический уклад,
без этого у страны нет будущего.

В.В. Путин
Президент РФ, 2018 г.

Я думаю, что в каждую эпоху можно жить
интересно и приносить пользу.
Для этого нужно не растрачивать
бесплодно свои силы, а иметь право сказать:
«Я сделал все, что мог».

Мария Склодовская-Кюри
(1867–1934)
Дважды лауреат Нобелевской премии
по физике и химии

Выражаю искреннюю признательность учителям
и наставникам, которые оказали на меня огромное влияние
и без которых невозможно было бы написание этой книги

Моим главным учителям

Академику РАН **Стародубову** Владимиру Ивановичу
Профессору **Улумбекову** Эрнсту Галимовичу

Моим наставникам

Академику РАН **Акчурину** Ренату Сулеймановичу
Академику РАН **Баранову** Александру Александровичу
Академику РАН **Денисову** Игорю Николаевичу
Академику РАН **Измерову** Николаю Федотовичу
Академику РАН **Ильину** Леониду Андреевичу
Академику РАН **Лисицыну** Юрию Павловичу
Академику РАН **Мартынову** Анатолию Ивановичу
Академику РАН **Мухину** Николаю Алексеевичу
Профессору **Нигматулину** Булату Искандеровичу
Академику РАН **Покровскому** Валентину Ивановичу
Профессору **Рошалю** Леониду Михайловичу
Академику РАН **Савельевой** Галине Михайловне
Доктору медицинских наук **Сельцовскому** Андрею Петровичу
Профессору **Хальфину** Руслану Альбертовичу
Академику РАН **Чучалину** Александру Григорьевичу
Академику РАН **Ющуку** Николаю Дмитриевичу

Выражаю благодарность за поддержку и обсуждения при подготовке 3-го издания монографии

Доктору медицинских наук **Абрамову** Алексею Юрьевичу
Академику РАН **Амирову** Наилю Хабибулловичу
Члену-корреспонденту РАН **Атькову** Олегу Юрьевичу
Академику РАН **Багненко** Сергею Федоровичу
Члену-корреспонденту РАН **Бойцову** Сергею Анатольевичу
Академику РАН **Брико** Николаю Ивановичу
Члену-корреспонденту РАН **Бухтиярову** Игорю Валентиновичу
Кандидату медицинских наук **Вафину** Аделю Юнусовичу
Академику РАН **Величковскому** Борису Тихоновичу
Профессору **Власову** Василию Викторовичу
Академику РАН **Володину** Николаю Николаевичу
Академику РАН **Герасименко** Николаю Федоровичу
Академику РАН **Глыбочко** Петру Витальевичу
Члену-корреспонденту РАН **Голухову** Георгию Натановичу
Академику РАН **Гончарову** Сергею Федоровичу
Академику РАН **Гусеву** Евгению Ивановичу
Академику РАН **Давыдову** Михаилу Ивановичу
Академику РАН **Дедову** Ивану Ивановичу
Члену-корреспонденту РАН **Заридзе** Давиду Георгиевичу
Доктору медицинских наук **Каграманяну** Игорю Николаевичу
Академику РАН **Колесникову** Сергею Ивановичу
Профессору **Комарову** Юрию Михайловичу
Члену-корреспонденту РАН **Кучме** Владиславу Ремировичу
Профессору **Линденбратену** Александру Леонидовичу
Академику РАН **Лобзину** Юрию Владимировичу
Члену-корреспонденту РАН **Медику** Валерию Алексеевичу
Члену-корреспонденту РАН **Михайлову** Михаилу Ивановичу
Нижегородцеву Тимофею Витальевичу
Профессору **Никитину** Сергею Сергеевичу
Академику РАН **Оганову** Рафаэлю Гегамовичу
Академику РАН **Онищенко** Геннадию Григорьевичу
Академику РАН **Пальцеву** Михаилу Александровичу
Академику РАН **Покровскому** Вадиму Валентиновичу
Члену-корреспонденту РАН **Полуниной** Наталье Валентиновне
Члену-корреспонденту РАН **Пушкарю** Дмитрию Юрьевичу
Академику РАН **Разумову** Александру Николаевичу
Академику РАН **Рахманину** Юрию Анатольевичу
Академику РАН **Решетникову** Андрею Вениаминовичу
Профессору **Роговской** Светлане Ивановне
Академику РАН **Ройтбергу** Григорию Ефимовичу
Академику РАН **Румянцеву** Александру Григорьевичу

Кандидату медицинских наук **Семеновой** Татьяне Владимировне
Академику РАН **Сидорову** Павлу Ивановичу
Члену-корреспонденту РАН **Скворцовой** Веронике Игоревне
Профессору **Созинову** Алексею Станиславовичу
Академику РАН **Солодкому** Владимиру Алексеевичу
Академику РАН **Сухих** Геннадию Тихоновичу
Члену-корреспонденту РАН **Сычеву** Дмитрию Алексеевичу
Члену-корреспонденту РАН **Тахчиди** Христо Перикловичу
Академику РАН **Терновому** Сергею Константиновичу
Академику РАН **Ткачуку** Всеволоду Арсеньевичу
Академику РАН **Тутельяну** Виктору Александровичу
Кандидату медицинских наук **Федосеевой** Лидии Сергеевне
Академику РАН **Хабриеву** Рамилю Усмановичу
Академику РАН **Хаитову** Рахиму Мусаевичу
Члену-корреспонденту РАН **Хохлову** Александру Леонидовичу
Академику РАН **Чехонину** Владимиру Павловичу
Академику РАН **Чиссову** Валерию Ивановичу
Академику РАН **Шаброву** Александру Владимировичу
Кандидату экономических наук **Шейману** Игорю Михайловичу
Профессору **Шиповой** Валентине Михайловне
Доктору экономических наук **Шишкину** Сергею Владимировичу
Академику РАН **Щепину** Олегу Прокопьевичу
Члену-корреспонденту РАН **Щепину** Владимиру Олеговичу
Члену-корреспонденту РАН **Шкарину** Вячеславу Васильевичу
Профессору **Школьниковой** Марии Александровне
Члену-корреспонденту РАН **Янушевичу** Олегу Олеговичу

Коллегам по ВШОУЗ-КМК

Кандидату экономических наук **Альвианской** Нелли Владиславовне
Кандидату экономических наук **Гинояну** Аргишти Багратовичу
Гусевой Елене Сергеевне
Калашниковой Александре Владимировне
Кандидату экономических наук **Прохоренко** Николаю Федоровичу

ОГЛАВЛЕНИЕ

Предисловие 11

Список сокращений 14

Введение 17

ЧАСТЬ I. АНАЛИЗ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ЗДОРОВЬЯ НАСЕЛЕНИЯ РФ И ФАКТОРОВ, ЕГО ОПРЕДЕЛЯЮЩИХ

Глава 1. Демографические показатели и показатели здоровья населения РФ в динамике с 1980 по 2018 г. 20

1.1. Демографические показатели 20
1.2. Показатели здоровья населения 33
1.3. Смертность и заболеваемость инфекционными болезнями 36
1.4. Смертность и заболеваемость детей и подростков 55

Глава 2. Ключевые факторы, влияющие на здоровье населения РФ, в динамике с 2012 по 2018 г. 69

2.1. Факторы, определяющие здоровье населения 69
2.2. Количественная оценка влияния факторов, определяющих здоровье населения *(соавторы Нигматулин Б.И., Гиноян А.Б.)* 71
2.3. Показатели социально-экономического развития 73
2.4. Образ жизни населения 75

Глава 3. Ресурсы и деятельность системы здравоохранения РФ в динамике с 2012 по 2018 г. 79

3.1. Финансирование здравоохранения 79
3.2. Обеспеченность медицинскими кадрами и их оплата труда 89
3.3. Число медицинских организаций и коечный фонд стационаров 96
3.4. Объемы медицинской помощи 100
3.5. Лекарственное обеспечение населения 103

ЧАСТЬ II. ПРЕДЛОЖЕНИЯ ПО РАЗВИТИЮ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РФ: 2019–2024 гг.

Глава 4. Стратегические документы по развитию здравоохранения РФ 108

4.1. Нормативная база по стратегическому планированию 108
4.2. Национальный проект «Здравоохранение» 111
4.3. Национальный проект «Демография» 116
4.4. Стратегия развития здравоохранения РФ на период до 2025 г. 117
4.5. Государственная программа «Развитие здравоохранения» 120
4.6. Прогнозы динамики экономических и демографических показателей в РФ до 2024 г. 134

Глава 5. Предложения по развитию здравоохранения РФ на период 2019–2024 гг. ... 137
5.1. Сценарные условия достижения ОПЖ 78 лет и необходимые объемы финансирования здравоохранения ... 137
5.2. Декомпозиция целевых показателей ОПЖ до 2024 г. *(соавтор Гиноян А.Б.)* ... 140
5.3. Программно-целевое управление достижением в РФ ОПЖ 78 лет к 2024 г.: главные приоритеты ... 145
5.4. Обеспечение доступности и качества первичной медико-санитарной помощи ... 154
5.5. Увеличение доступности ЛС для населения РФ ... 174
5.6. Оптимизация системы обязательного медицинского страхования ... 209
5.7. Формирование у населения РФ приверженности к здоровому образу жизни *(соавтор Прохоренко Н.Ф.)* ... 225
5.8. Развитие федерального проекта «Старшее поколение» ... 232
5.9. Развитие федерального проекта «Национальные центры» ... 257
5.10. Устранение противоречий в нормативной базе здравоохранения РФ, включая вопросы обеспечения качества медицинской помощи ... 268
5.11. Показатели для оценки качества медицинской помощи на основе международного опыта ... 292
5.12. Развитие системы непрерывного медицинского образования и федерального проекта «Обеспечение системы здравоохранения квалифицированными кадрами» ... 315
5.13. Рейтинги эффективности регионов РФ: управление здравоохранением и системой охраны здоровья *(соавторы Прохоренко Н.Ф., Гиноян А.Б.)* ... 326
5.14. Развитие здравоохранения регионов Арктической зоны РФ *(соавтор Калашникова А.В.)* ... 344
5.15. Развитие здравоохранения Дальневосточного федерального округа РФ ... 376
5.16. Анкеты по оценке доступности первичной медико-санитарной помощи и приверженности населения к здоровому образу жизни ... 392
5.17. Распределение финансовых ресурсов по приоритетным направлениям развития здравоохранения на 2019–2024 гг. ... 400
Список литературы ... 406

ПРЕДИСЛОВИЕ

Уважаемые коллеги!

Перед вами **третье издание** монографии «Здравоохранение России. Что надо делать». Первое издание вышло **в 2010 г.**, второе — **в 2015 г.** Настоящее издание подготовлено, чтобы обосновать, что надо делать в здравоохранении РФ на федеральном и региональном уровнях для достижения общенациональной цели, поставленной в Указе Президента РФ от 07.05.2018 № 204[1], — увеличения ОПЖ с нынешних **72,9 года до 78 лет к 2024 г.** Третье издание актуализирует и дополняет второе, содержит ссылки на те его разделы, которые не требовали изменений и не вошли в настоящее издание. В этой связи желательно рассматривать их **вместе**.

В первом издании (2010 г.) был сделан системный анализ медико-демографических показателей РФ в динамике с 1970 г. и в сравнении с развитыми странами; факторов, определяющих здоровье населения; системы здравоохранения РФ и международного опыта реформирования здравоохранения. На этом основании был сформирован **проект Стратегии развития здравоохранения РФ до 2020 г.** Для ее реализации было обосновано необходимое финансирование — увеличение его **на 10%** ежегодно в постоянных ценах (2007 г. = 100%). В проекте Стратегии для увеличения ОПЖ и повышения доступности и качества медицинской помощи было предложено **увеличить оплату труда** медицинских работников и профессорско-преподавательского состава вузов **в 2 раза**; справедливо распределять финансовые ресурсы здравоохранения между субъектами РФ путем их **централизации в ФОМС**; развивать первичное звено здравоохранения; **увеличить в 2 раза лекарственное обеспечение** населения в амбулаторных условиях, распространив его на все категории граждан; повысить **эффективность управления здравоохранением путем предоставления автономии** государственным и муниципальным медицинским организациям; реализовать масштабную программу по снижению потребления алкоголя и табака.

Из названных предложений в период с 2010 по 2015 г. были реализованы следующие: в соответствии с майским указом Президента РФ от 2012 г. **проведено увеличение оплаты труда** медицинских работников (до 200% у врачей и до 100% у средних медицинских работников по отношению к средней оплате труда в экономике региона), **осуществлена** централизация финансирования всех средств ОМС в бюджете ФОМС, реализована **антиалкогольная концепция** (распоряжение Правительства РФ от 30.12.2009 № 2128-р), принято **антитабачное законодательство** (Федеральный закон РФ от 23.02.2013 № 15-ФЗ). В результате в РФ с 2010 по 2018 г. потребление алкоголя **снизилось на 30%**, а распространенность курения с 2012 по 2018 г. **сократилась на 21%**, что положительно сказалось на показателях здоровья. Однако увеличение оплаты труда медицинских работников **не сопровождалось** соответствующим увеличением финансирования здравоохранения, напротив, с 2012 по 2015 г.

[1] «О национальных целях и стратегических задачах развития РФ на период до 2024 г.».

оно **сократилось на 6%** в постоянных ценах (2012 г. = 100%). Более того, для изыскания дополнительных средств на оплату труда была реализована масштабная **программа «оптимизации»** (то есть сокращения ресурсов и мощностей государственной системы здравоохранения). Одновременно часть и без того недостаточных финансовых ресурсов здравоохранения была направлена в пользу строительства и обеспечения деятельности высокотехнологичных центров, в том числе перинатальных, тем самым существенно **снизились** расходы на оказание наиболее массовых видов медицинской помощи — первичной медико-санитарной, скорой и специализированной. Это, естественно, привело к росту числа недовольных системой здравоохранения почти **до 70%**, более того, в 2014 г. впервые за последние 8 лет **перестал снижаться** общий коэффициент смертности.

В этой связи **во втором издании** (2015 г.) была научно обоснована **недопустимость «оптимизации»** здравоохранения и сокращения объемов скорой и стационарной медицинской помощи. В нем были также сформированы **антикризисный план** по улучшению ситуации в здравоохранении, предложения по созданию системы обеспечения **качества медицинской помощи** в соответствии с международными стандартами, по развитию системы **непрерывного медицинского образования** с использованием дистанционных технологий, реструктуризации коечного фонда с формированием системы долговременного ухода за гражданами старшей возрастной группы и инвалидами. И вновь, как и в первом издании, **настоятельно рекомендовано увеличить государственные расходы на здравоохранение до 5% ВВП**.

В РФ в период с 2015 по 2018 г. на фоне ежегодного **снижения** государственного финансирования здравоохранения в постоянных ценах (2012 г. = 100%) было достигнуто увеличение ОПЖ **на 2,7 года**. Это результат продолжения политики по снижению потребления алкоголя и табакокурения, снижения младенческой смертности, организации трехуровневой системы оказания медицинской помощи больным с инфарктами и инсультами и, как следствие, снижения смертности от этих причин. Однако к настоящему времени из-за **длительного недофинансирования** российского здравоохранения и сокращения его ресурсной базы **все резервы** для совершения прорыва в увеличении продолжительности жизни до 78 лет и повышении доступности и качества медицинской помощи **полностью исчерпаны**. Это напрямую выражается в высоком уровне **недовольства** как со стороны пациентов, так и медицинских работников.

В этой связи очень важна реализация НП «Здравоохранение» и «Демография», предусмотренных названным Указом Президента РФ. Однако для достижения цели по увеличению ОПЖ потребуются **дополнительные меры** и финансовые ресурсы. **Третье издание** как раз посвящено вопросам анализа состояния здоровья населения и системы здравоохранения РФ **с акцентом на последние 6 лет**, оценке достаточности мер, предусмотренных в Государственной программе «Развитие здравоохранение» до 2024 г., НП «Здравоохранение» и «Демография», для достижения общенациональной цели и, главное, **научному обоснованию дополнительных предложений** по приоритет-

ным направлениям развития здравоохранения на период 2019–2024 гг. и **необходимого для их реализации финансирования**. Главные выводы и предложения монографии представлены на развороте издания.

Проделанная автором работа стала возможной благодаря неоднократному обсуждению ключевых проблем и предложений **с руководителями здравоохранения регионов РФ** — это республики Башкортостан, Татарстан, Чувашия, Якутия, ХМАО, ЯНАО, Архангельская, Иркутская, Кировская, Пензенская, Рязанская области, регионы Дальневосточного федерального округа, Арктической зоны РФ. Положения настоящего издания неоднократно обсуждались на экспертных заседаниях **Российской академии наук**, Общероссийского народного фронта, на Российском инвестиционном форуме (г. Сочи), **Петербургском международном экономическом форуме**, Восточном экономическом форуме (г. Владивосток), Международном арктическом форуме «Арктика – территория диалога», на научных семинарах и конференциях Высшей школы организации и управления здравоохранением (ВШОУЗ-КМК[1]), в том числе на ежегодной конференции для руководителей здравоохранения «**Оргздрав** — эффективное управление медицинской организацией»[2]. Всем участникам этих дискуссий автор выражает глубокую благодарность.

Хотелось бы надеяться, что к 2024 г. всем нам, кто занимается вопросами управления здравоохранением, наконец-то удастся добиться увеличения государственного финансирования здравоохранения и направить эти средства на решение приоритетных проблем, тем самым **обеспечить выход отечественного здравоохранения на траекторию взлета**.

Д-р мед. наук Г.Э. Улумбекова

[1] https://www.vshouz.ru/

[2] https://www.vshouz.ru/orgzdrav2019/

СПИСОК СОКРАЩЕНИЙ

АО — автономный округ
АПУ — амбулаторно-поликлиническое учреждение
АТХ — анатомо-терапевтическо-химическая классификация
БМКП — биомедицинский клеточный продукт
БСК — болезни системы кровообращения
ВА — врачебная амбулатория
ВВП — валовой внутренний продукт
ВЗН — высокозатратные нозологии
ВИЧ — вирус иммунодефицита человека
ВМП — высокотехнологичная медицинская помощь
ВОЗ — Всемирная организация здравоохранения
ВОП — врач общей практики
ВРП — валовой региональный продукт
ВЦИОМ — Всероссийский центр изучения общественного мнения
ВЦП — ведомственная целевая программа
ВШОУЗ-КМК — Высшая школа организации и управления здравоохранением — Комплексный медицинский консалтинг
ГРЗ — государственные расходы на здравоохранение
ГРЛС — Государственный реестр лекарственных средств
ГТО — «Готов к труду и обороне»
ДЛО — дополнительное лекарственное обеспечение
ДМС — добровольное медицинское страхование
ДПО — дополнительное профессиональное образование
ДФО — Дальневосточный федеральный округ
ЕГИСЗ — Единая государственная информационная система здравоохранения
ЕМИСС — Единая межведомственная информационно-статистическая система
ЕС — Европейский союз
ЖНВЛП — жизненно необходимые и важнейшие лекарственные препараты
ЗОЖ — здоровый образ жизни
ИМН — изделия медицинского назначения
ИМНИП — изделия медицинского назначения для недлительного индивидуального пользования
ИПЦ — индекс потребительских цен
КМД — качество медицинской деятельности
КМП — качество медицинской помощи
КПГ — клинико-профильные группы
КСГ — клинико-статистические группы
КСЖ — коэффициент смертности женщин
КСМ — коэффициент смертности мужчин

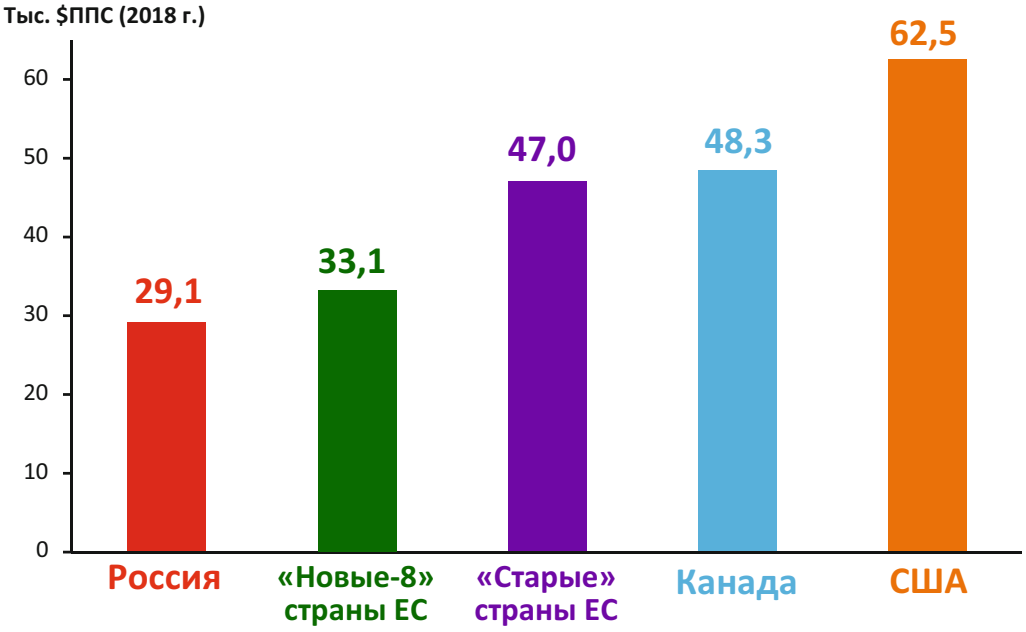
КТ — компьютерный томограф (компьютерная томография)
ЛП — лекарственный препарат
ЛПУ — лечебно-профилактическое учреждение
ЛС — лекарственное средство
МВД — Министерство внутренних дел
МИС — медицинская информационная система
МЛУ — множественная лекарственная устойчивость
ММЦ — межрайонный медицинский центр
МНН — международное непатентованное наименование
МО — медицинская организация
МРТ — магнитно-резонансный томограф (магнитно-резонансная томография)
НИЗ — неифекционное заболевание
НИИ — научно-исследовательский институт
НИОКР — научно-исследовательские и опытно-конструкторские работы
НИР — научно-исследовательская работа
НИУ ВШЭ — Национальный исследовательский университет «Высшая школа экономики»
НИЦ — научно-исследовательский центр
НКО — некоммерческая организация
НКПП — Национальный календарь профилактических прививок
НМИЦ — научный медицинский исследовательский центр
НМО — непрерывное медицинское образование
НМП — Национальная медицинская палата
НП — Национальный проект
ОКС — общий коэффициент смертности
ОМНК — обобщенный метод наименьших квадратов
ОМС — обязательное медицинское страхование
ОНЛС — обеспечение необходимыми лекарственными средствами
ОНМК — острое нарушение мозгового кровообращения
ОНФ — Общероссийский народный фронт
ОПЖ — ожидаемая продолжительность жизни
ОЭСР — Организация экономического сотрудничества и развития
ПГГ — Программа государственных гарантий
ПМСП — первичная медико-санитарная помощь
ПНП — приоритетный национальный проект
ППС — паритет покупательной способности
ПФО — Приволжский федеральный округ
РАН — Российская академия наук
РНИМУ — Российский национальный исследовательский медицинский университет
СДД — стандартная дневная доза
СЗФО — Северо-Западный федеральный округ
СКС — стандартизованный коэффициент смертности

СКФО — Северо-Кавказский федеральный округ
СМИ — средства массовой информации
СМО — страховая медицинская организация
СМП — скорая медицинская помощь
СФО — Сибирский федеральный округ
ТПГГ — территориальная программа государственных гарантий
ТФОМС — территориальный фонд обязательного медицинского страхования
УФО — Уральский федеральный округ
ФАП — фельдшерско-акушерский пункт
ФГИС — федеральная государственная информационная система
ФГОС — федеральный государственный образовательный стандарт
ФЗ — федеральный закон
ФМБА — Федеральное медико-биологическое агентство
ФОМС — Федеральный фонд обязательного медицинского страхования
ФОТ — фонд оплаты труда
ФП — федеральный проект
ФСС — Фонд социального страхования
ХМАО — Ханты-Мансийский автономный округ
ЦНИИОИЗ — Центральный научно-исследовательский институт организации и информатизации здравоохранения
ЦРБ — центральная районная больница
ЦФО — Центральный федеральный округ
ЭКГ — электрокардиограмма
ЮФО — Южный федеральный округ
ЯНАО — Ямало-Ненецкий автономный округ
AHRQ — Agency Healthcare Research and Quality (Агентство по качеству и научным исследованиям в здравоохранении)
DFLE — disability-free life expectancy
GCP — good clinical practice
GLP — good laboratory practice
GMP — Good Manufacture Products (стандарты качественного изготовления продукции)
HLY — healthy life years
QALY — quality adjusted life years
$ППС — доллар, оцененный по паритету покупательной способности

ВВЕДЕНИЕ

В монографии представлены **две большие части**. В первой части дан анализ демографических показателей и показателей здоровья населения (их **динамика с 1980 г. с акцентом на последние 6 лет**), а также факторов, определяющих эти показатели, в том числе рассмотрены состояние и деятельность **системы здравоохранения**. Во второй части даны **предложения** по развитию здравоохранения Российской Федерации (РФ) по приоритетным направлениям на период до 2024 г. для **федерального и регионального** уровней.

Для анализа показателей здоровья населения РФ выбраны «новые» страны Европейского союза (ЕС), максимально приближенные к РФ по уровню экономического развития, возрастному составу населения и климатическим условиям. Это восемь стран: Венгрия, Латвия, Литва, Польша, Словакия, Словения, Чехия, Эстония (**«новые-8»**). Они имеют сопоставимый с РФ валовой внутренний продукт (ВВП) на душу населения в год, то есть так же экономически развиты (рис. 1). Здесь и далее будет использоваться сравнение с этими «новыми-8» странами ЕС (по последнему доступному году). Средние показатели по «новым-8» странам ЕС рассчитаны ВШОУЗ-КМК[1] через средневзвешенные коэффициенты с учетом численности населения каждой страны.



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

Рис. 1. Валовой внутренний продукт на душу населения в разных странах в 2017–2018 гг.

[1] ВШОУЗ-КМК — Высшая школа организации и управления здравоохранением — Комплексный медицинский консалтинг (www.vshouz.ru).

При сравнении ресурсов российской системы здравоохранения применена международная методология классификации и учета коек, врачей и финансирования здравоохранения [по Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ) и Организации экономического сотрудничества и развития (ОЭСР)].

Для проведения сравнений по объемам помощи и обеспеченности койками использованы показатели «старых» стран ЕС. В них за прошедшие 15 лет благодаря внедрению современных технологий лечения произошло медленное (на 1,3% в год) сокращение обеспеченности койками. В результате сегодня в этих странах сложился оптимальный баланс между потоками заболевших и обеспеченностью койками, а также произошло выделение в структуре коечного фонда коек реабилитации и коек длительного лечения. Отдельно из стран ЕС выделена Германия, поскольку в ней сложились самые низкие сроки ожидания плановых госпитализаций, такие же нормативные сроки установлены в российской Программе государственных гарантий (30 дней).

Информация представлена наглядно — в книге 211 рисунков и 46 таблиц.

Часть I

АНАЛИЗ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ЗДОРОВЬЯ НАСЕЛЕНИЯ РФ И ФАКТОРОВ, ЕГО ОПРЕДЕЛЯЮЩИХ

Глава 1. Демографические показатели и показатели здоровья населения РФ в динамике с 1980 по 2018 г.

Глава 2. Ключевые факторы, влияющие на здоровье населения РФ, в динамике с 2012 по 2018 г.

Глава 3. Ресурсы и деятельность системы здравоохранения РФ в динамике с 2012 по 2018 г.

ГЛАВА 1

ДЕМОГРАФИЧЕСКИЕ ПОКАЗАТЕЛИ И ПОКАЗАТЕЛИ ЗДОРОВЬЯ НАСЕЛЕНИЯ РФ В ДИНАМИКЕ С 1980 ПО 2018 г.

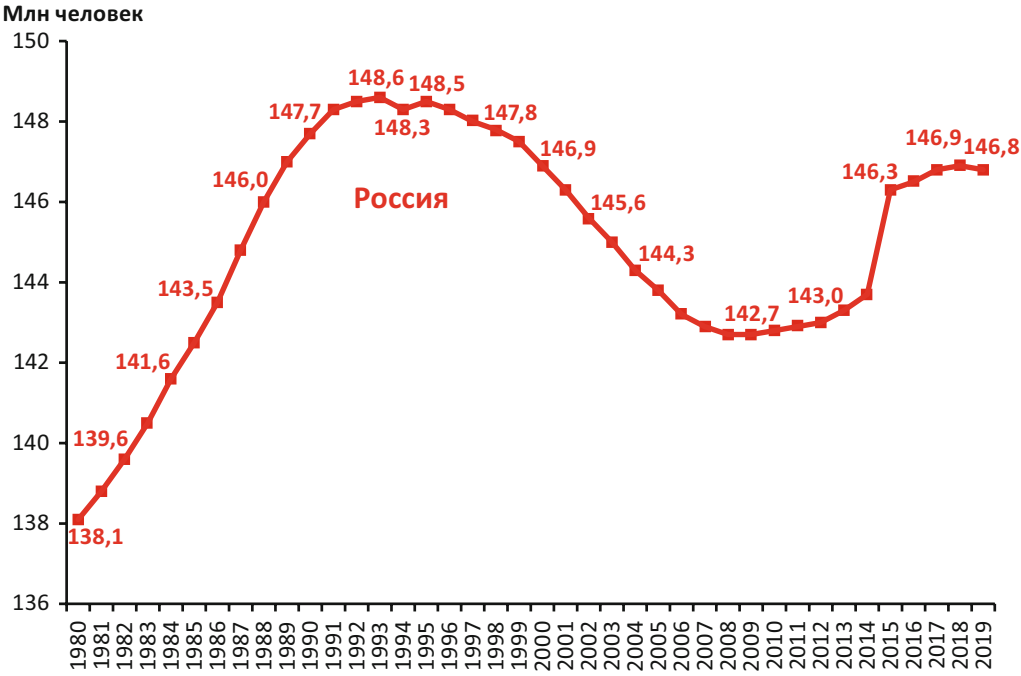
1.1. ДЕМОГРАФИЧЕСКИЕ ПОКАЗАТЕЛИ

По состоянию на 1 января 2019 г. численность населения РФ составила **146,8 млн человек** (рис. 2). С 1980 по 2019 г. (почти за 40 лет) численность населения страны возросла только **на 6%** (8,7 млн человек), а за последние **6 лет** (здесь и далее — с 2012 по 2018 г., если не указано иначе) — **на 3%** (3,8 млн человек с учетом присоединения Республики Крым и г. Севастополя). Сегодня численность населения РФ даже **на 1,8 млн человек меньше**, чем была в 1992 г. (**148,6 млн человек**).

По возрастной структуре население разделено следующим образом (на 1 января 2018 г.): трудоспособное население — **56%**, дети от 0 до 15 лет — **19%**, лица старше трудоспособного возраста (мужчины старше 60 лет и женщины старше 55 лет) — **25%**. По сравнению с 1980 г. население РФ существенно **постарело**, тогда доля детей составляла **23%**, а доля лиц старше трудоспособного возраста — **16%**.

Демографическая ситуация в РФ характеризуется **сокращением рождаемости**. На рис. 3 продемонстрирована динамика коэффициента рождаемости (число родившихся живыми на 1000 населения в год) в РФ и странах ЕС. Видно, что в РФ с 1988 по 1999 г. (за 11 лет) этот показатель **снизился почти в 2 раза**, с 1999 по 2011 г. (за 12 лет) он **вырос на 52%**. В период с 2011 по 2014 г. рождаемость оставалась на прежнем уровне, а затем, с 2014 по 2018 г., началось ее резкое снижение — **почти на 20% за 4 года**. В 2018 г. в РФ всего родилось **1,6 млн человек**, коэффициент рождаемости составил **10,9** живорожденных на 1000 населения, что практически **на уровне** «новых-8» стран ЕС (10,5 случая), и **на 11% выше**, чем в «старых» странах ЕС (9,8 случая).

На рис. 4 показано изменение суммарного коэффициента рождаемости, или фертильности (среднее количество детей, рожденных одной женщиной в детородном возрасте — 15–50 лет), в РФ и странах ЕС. В РФ данный показатель с 1980 по 2018 г. **сократился на 16%**, а за последние 6 лет — **на 6%**. В 2018 г. он составил **1,58** ребенка на одну женщину, что **на уровне** «старых» стран ЕС (1,58), и **на 4% выше**, чем в «новых-8» странах ЕС (1,52).



Источник: Росстат.

Рис. 2. Динамика численности населения РФ (на 1 января)

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

Рис. 3. Динамика общего коэффициента рождаемости в РФ, «новых-8» и «старых» странах ЕС

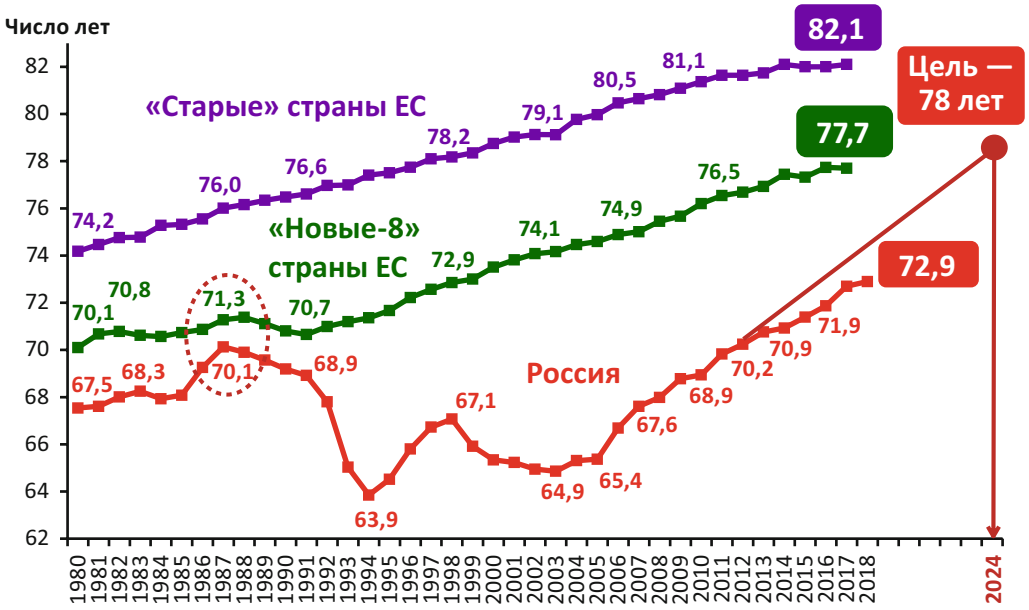
«Новые-8» страны ЕС включают: Чехию, Эстонию, Венгрию, Латвию, Литву, Польшу, Словакию, Словению.
Источники: Росстат; база данных ВОЗ «Здоровье для всех»; база данных ОЭСР «OECD.Stat».

Рис. 4. Динамика суммарного коэффициента рождаемости (фертильности) в РФ, «новых-8» и «старых» странах ЕС

Ожидаемая продолжительность жизни при рождении (ОПЖ) — это главный показатель оценки состояния здоровья населения, который рассчитывается на основании повозрастных коэффициентов смертности. ОПЖ — это количество лет, которое в среднем предстоит прожить человеку, рожденному сегодня, если на протяжении его жизни повозрастные коэффициенты смертности останутся такими же, как в год, когда вычисляется показатель. С 1990 по 2018 г. (28 лет) ОПЖ в РФ возросла всего **на 4 года** из-за существенного ее падения в период с 1988 вплоть до 2004 г. За последние 6 лет ОПЖ выросла **на 2,7 года**. Несмотря на это, в 2018 г. в РФ ОПЖ была **на 4,8 года ниже**, чем в «новых-8» странах ЕС, и **на 9,2 года ниже**, чем в «старых» странах ЕС (соответственно 72,9; 77,7 и 82,1 года). При этом в 1987 г. разница с «новыми-8» странами ЕС составляла меньше **1 года** (рис. 5).

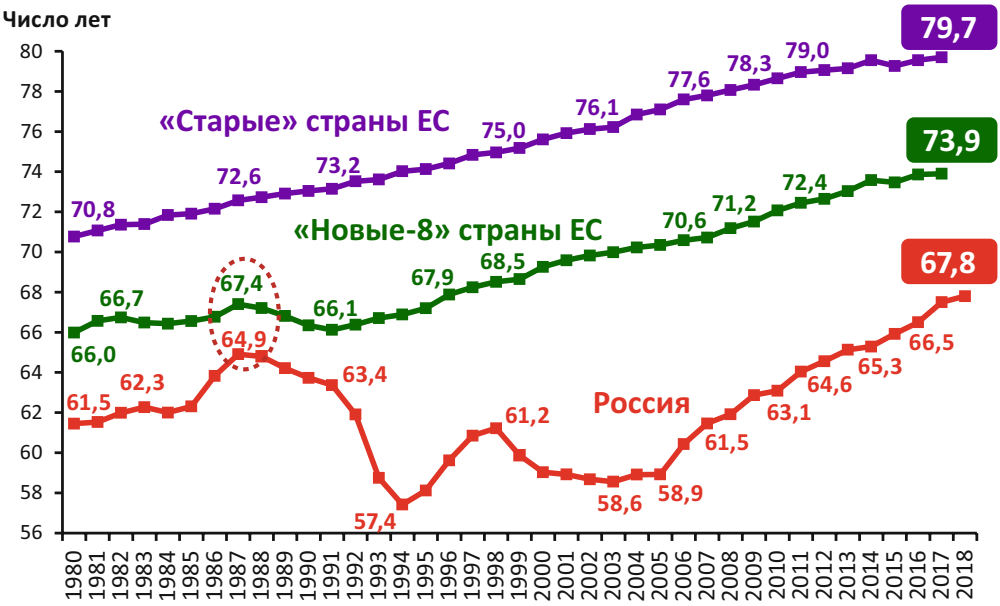
Наиболее выражена разница с развитыми странами по ОПЖ у российских мужчин. В 2018 г. ОПЖ мужчин в РФ была на **6,1 года меньше**, чем в «новых-8» странах ЕС, и на **11,9 года меньше**, чем в «старых» странах ЕС (соответственно 67,8; 73,9 и 79,7 года). В 1987 г. по сравнению с «новыми-8» странами ЕС эта разница была **только 2,5 года** (рис. 6).

Следует также отметить, что российские мужчины живут на **10 лет меньше**, чем российские женщины (соответственно 67,8 и 77,8 года). В 1986 г. эта разница была меньше и составляла **8,6 года** (рис. 7). Наблюдается также высокая разница между ОПЖ городского и сельского населения, которая в 2018 г. составила **1,6 года** (соответственно 73,3 и 71,7 года). Самая низкая разница в ОПЖ между городским и сельским населением — **0,7 года** была в 1995 г. (рис. 8).



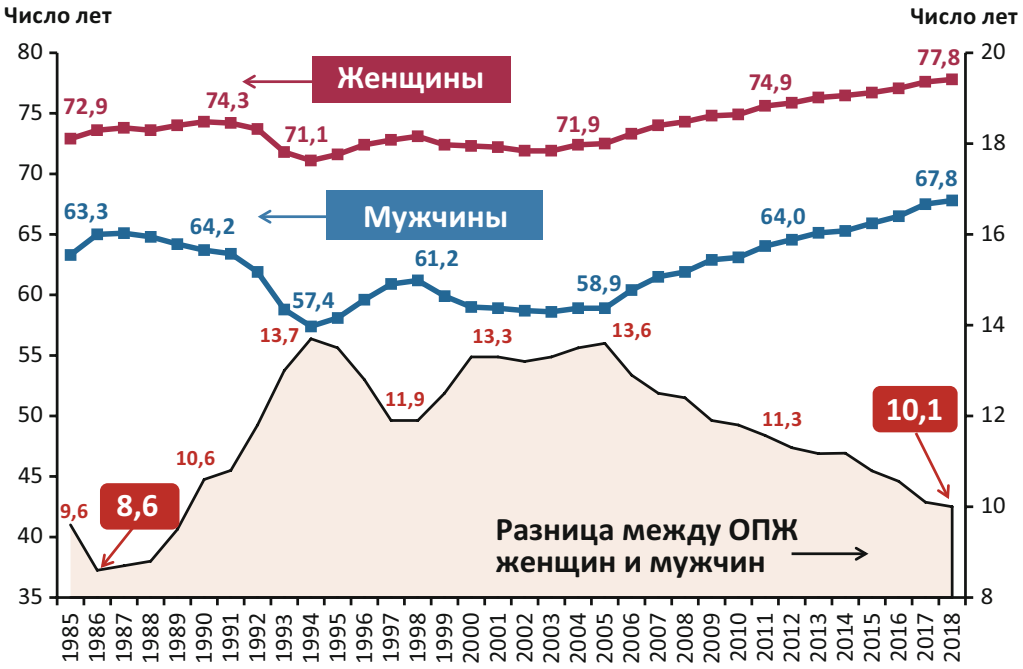
«Новые-8» страны ЕС включают: Чехию, Эстонию, Венгрию, Латвию, Литву, Польшу, Словакию, Словению.
Источники: Росстат, база данных ВОЗ «Здоровье для всех», база данных ОЭСР «OECD.Stat».

Рис. 5. Динамика ожидаемой продолжительности жизни при рождении в РФ, «новых-8» и «старых» странах ЕС



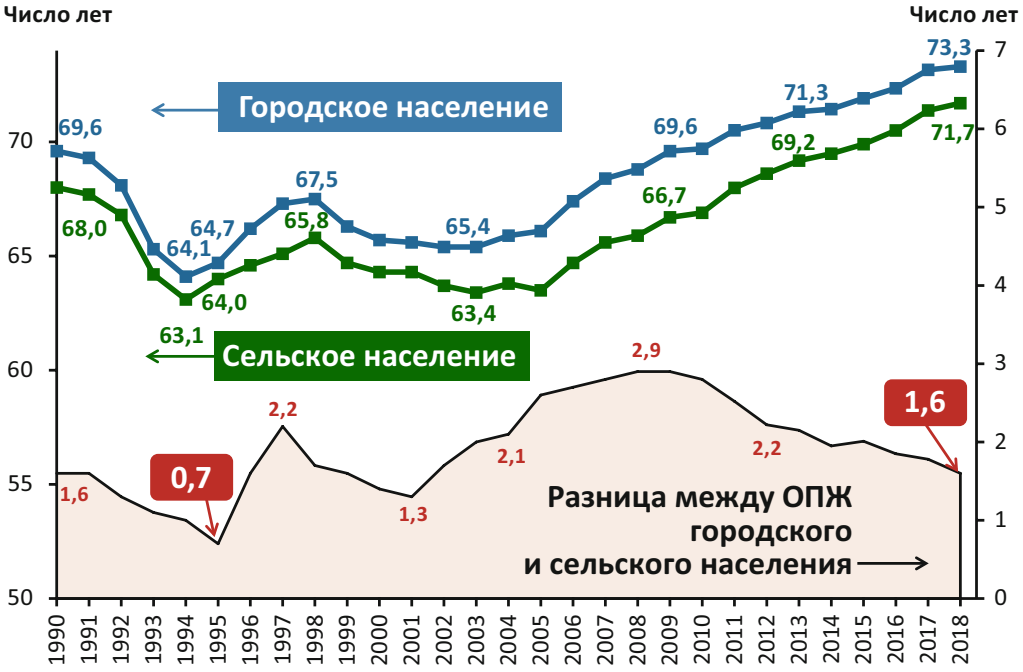
«Новые-8» страны ЕС включают: Чехию, Эстонию, Венгрию, Латвию, Литву, Польшу, Словакию, Словению.
Источники: Росстат; база данных ВОЗ «Здоровье для всех», база данных ОЭСР «OECD.Stat».

Рис. 6. Динамика ожидаемой продолжительности жизни при рождении мужчин в РФ, «новых-8» и «старых» странах ЕС



Источник: Росстат.

Рис. 7. Ожидаемая продолжительность жизни при рождении мужчин и женщин в РФ



Источник: Росстат.

Рис. 8. Ожидаемая продолжительность жизни городского и сельского населения РФ

Общий коэффициент смертности (ОКС) (число умерших на 1000 населения). Всего в РФ в 2018 г. умерло **1,8 млн человек**. С 1986 по 2018 г. (за 32 года) ОКС увеличился **на 19%**. Несмотря на то, что за последние 6 лет ОКС в РФ снизился **на 7%**, этот показатель сегодня в РФ **на 15% выше**, чем в «новых-8» странах ЕС, и **на 29% выше**, чем в «старых» странах ЕС (соответственно 12,4; 10,8 и 9,6 случая на 1000 населения). При этом в 1980–1990 гг. ОКС в РФ был **на уровне** «новых-8» стран ЕС (рис. 9).

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

Рис. 9. Динамика общего коэффициента смертности в РФ, «новых-8» и «старых» странах ЕС

Стандартизованный коэффициент смертности (СКС) показывает, сколько бы человек умерло, если бы возрастной состав населения был таким же, как и в стандарте ВОЗ (здесь и далее расчеты СКС сделаны по европейскому стандарту населения). СКС рассчитывается на 100 тыс. населения и является более адекватным показателем, чем ОКС. Он используется для сравнения разных стран и регионов между собой, а также для одной страны в динамике при изменении структуры населения. В РФ СКС от всех причин смерти с 1980 по 2018 г., в отличие от ОКС, снизился **на 30%**, а с 1986 г. — **на 22%**. За последние 5 лет (с 2012 по 2017 г.) снижение СКС составило **12%**. Несмотря на это снижение, в 2017 г. в РФ разница по СКС с развитыми странами была значительно выше, чем разница по ОКС: **в 1,3 раза выше**, чем в «новых-8» странах ЕС, и **в 1,9 раза выше**, чем в «старых» странах ЕС (соответственно 959, 722 и 507 случаев на 100 тыс. населения). При этом в 1986 г. разница по этому показателю с «новыми-8» странами ЕС была **незначительной** (рис. 10).

«Новые-8» страны ЕС включают: Чехию, Эстонию, Венгрию, Латвию, Литву, Польшу, Словакию, Словению.
Источники: Росстат (Демографический ежегодник России), ЦНИИОИЗ Минздрава России;
база данных ВОЗ «Здоровье для всех».

Рис. 10. Динамика стандартизованного коэффициента смертности в РФ, «новых-8» и «старых» странах ЕС

Коэффициент младенческой смертности (число умерших в возрасте до 1 года на 1000 родившихся живыми). В РФ этот показатель значительно снижается: с 1980 по 2018 г. — **в 4,3 раза**, за последние 6 лет — **в 1,7 раза** (*для справки*: подъем показателя в 2012 г. связан с переходом на новые критерии живорождения[1]). Однако в 2018 г. в РФ коэффициент младенческой смертности был **в 1,4 раза выше**, чем в «новых-8» странах ЕС, и **в 1,5 раза выше**, чем в «старых» странах ЕС (соответственно 5,1; 3,7 и 3,3 случая на 1000 родившихся живыми) (рис. 11). Всего умерло в возрасте до 1 года — 8,2 тыс. детей.

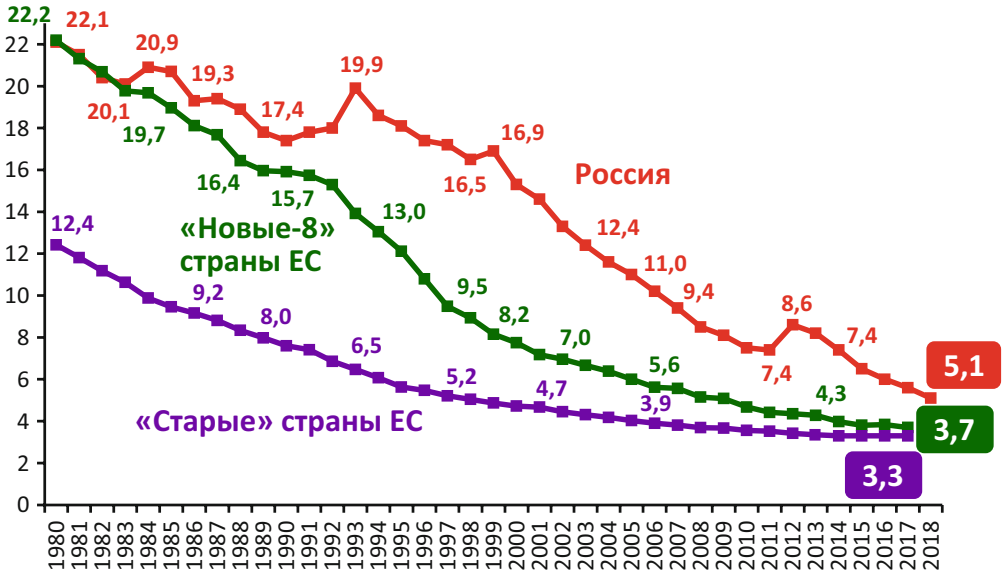
Смертность детей в возрасте от 0 до 14 лет (число случаев на 100 тыс. населения соответствующего возраста). В РФ этот показатель постоянно снижается: с 1990 по 2017 г. — **в 2,7 раза**, за последние 5 лет — **в 1,7 раза**. Однако в 2017 г. в РФ смертность детей от 0 до 14 лет была **в 1,6 раза выше**, чем в «новых-8» странах ЕС, и **в 2 раза выше**, чем в «старых» странах ЕС (соответственно 61,4; 37,6 и 31,4 случая на 100 тыс. населения соответствующего возраста) (рис. 12).

Самая большая проблема в РФ — это высокая смертность граждан **трудоспособного возраста**; в 2017 г. в этом возрасте умерло **394 тыс. человек**, в расчете на 100 тыс. населения — это 473,4 случая. По расчетам академика Российской академии наук А.Г. Аганбегяна, этот показатель в РФ **в 3,4 раза выше**, чем в странах ЕС[2]. Научные данные свидетельствуют, что в половине случаев

[1] Приказ Минздравсоцразвития России от 27.12.2011 № 1687н «О медицинских критериях рождения, форме документа о рождении и порядке его выдачи».

[2] Аганбегян А.Г. Демографическая драма на пути перспективного развития России // Народонаселение. — М.: Институт социально-экономических проблем народонаселения РАН, 2017. — № 3. — С. 4–23.

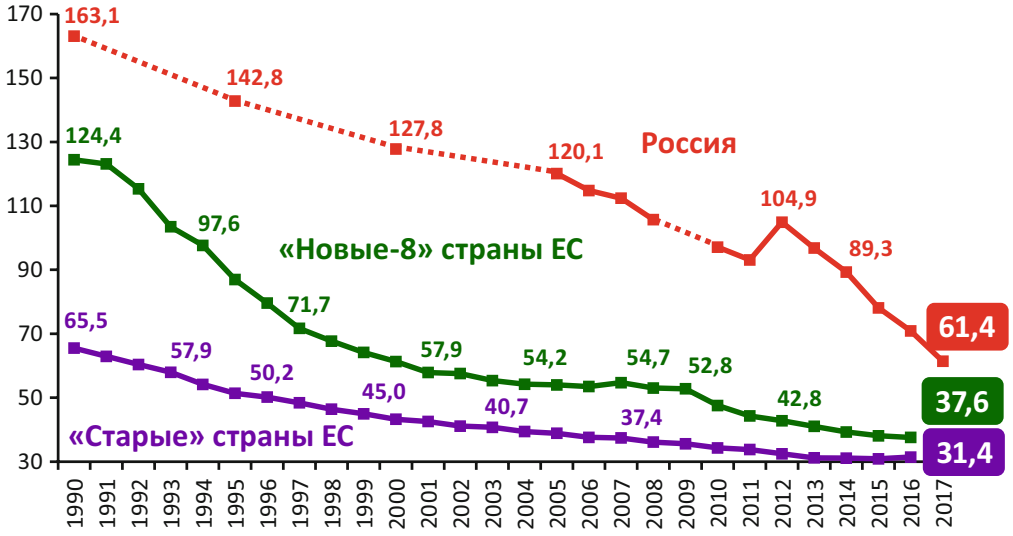
Число умерших в возрасте до 1 года на 1000 родившихся живыми



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

Рис. 11. Динамика коэффициента младенческой смертности в РФ, «новых-8» и «старых» странах ЕС

Число умерших в возрасте 0–14 лет
на 100 тыс. населения соответствующего возраста

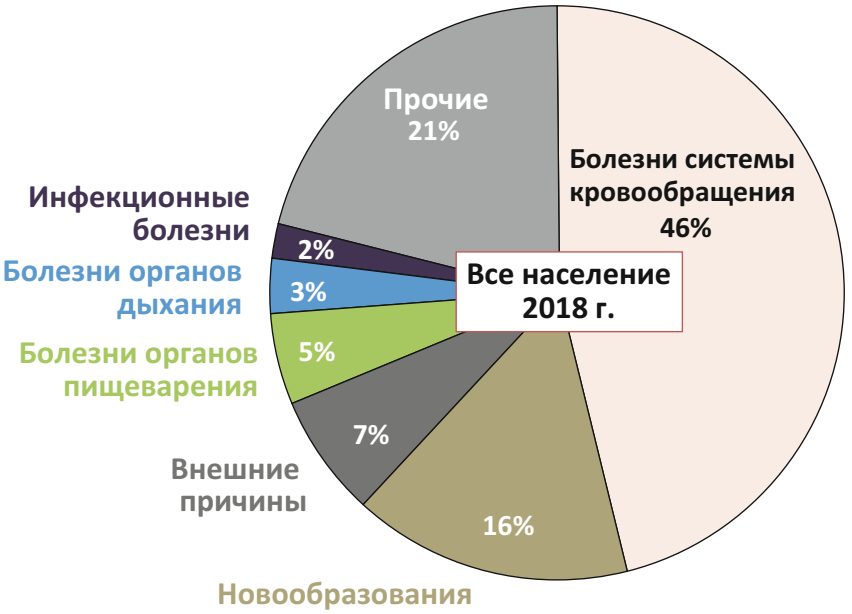


«Новые-8» страны ЕС включают: Чехию, Эстонию, Венгрию, Латвию, Литву, Польшу, Словакию, Словению.
Источники: Росстат; база данных ОЭСР «OECD.Stat».

Рис. 12. Динамика смертности детей в возрасте 0–14 лет в РФ, «новых-8» и «старых» странах ЕС

это напрямую или косвенно связано с избыточным потреблением алкоголя и табакокурением[1].

Структура смертности по основным причинам. На рис. 13 представлена структура смертности всего населения в РФ в 2018 г. Видно, что основными причинами смертности являются неинфекционные заболевания: болезни системы кровообращения (БСК) — **46%**, новообразования — **16%**, внешние причины — **7%**, болезни органов пищеварения — **5%**, болезни органов дыхания — **3%**, инфекционные болезни — **2%**.



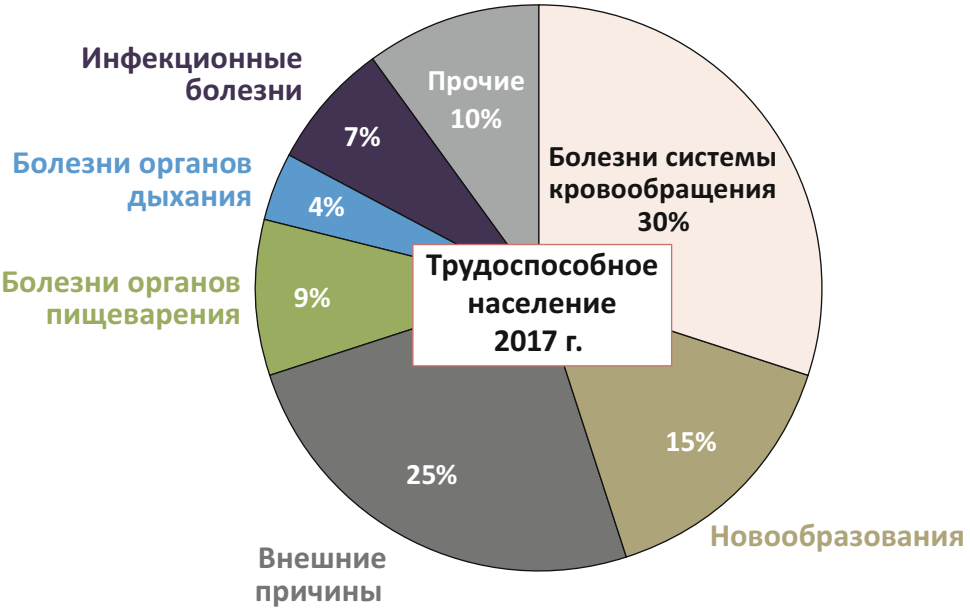
Источник: Росстат.

Рис. 13. Структура смертности всего населения в РФ в 2018 г.

На рис. 14 представлена структура смертности трудоспособного населения в РФ. Видно, что от внешних причин умирают почти столько же граждан трудоспособного возраста — **25%**, сколько и от БСК — **30%**.

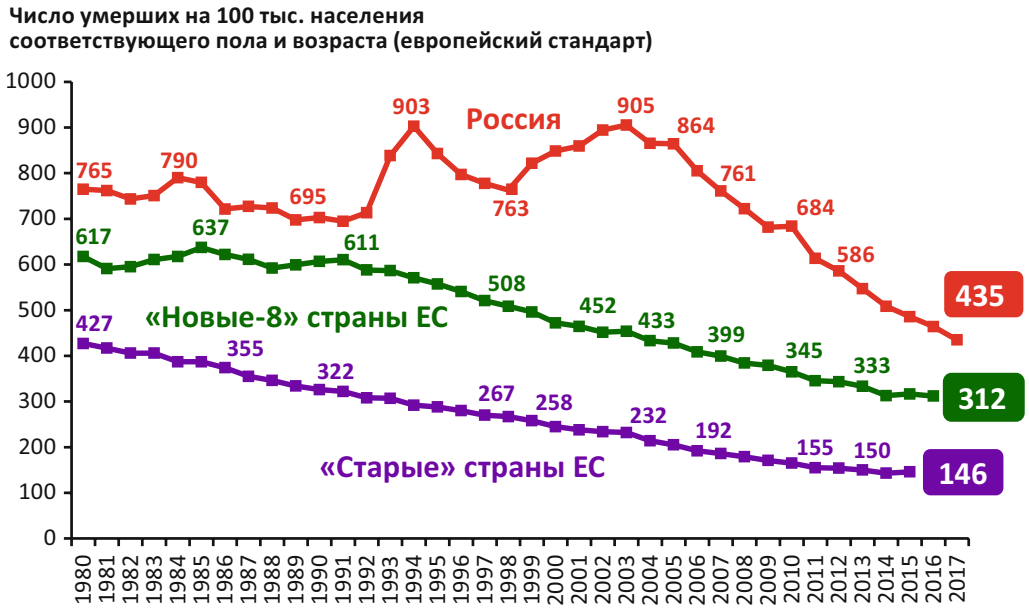
В РФ смертность **от БСК**, несмотря на снижение (с 1980 по 2017 г. — **на 43%**, за последние 5 лет — **на 26%**), является одной из самых высоких в мире. Так, в 2017 г. СКС от БСК в РФ был **в 1,4 раза выше**, чем в «новых-8» странах ЕС, и **в 3 раза выше**, чем в «старых» странах ЕС (соответственно 435, 312 и 146 случаев на 100 тыс. населения соответствующего пола и возраста) (рис. 15).

[1] http://xn----7sbbahcmgafaski8a2afibqaixke4dxd.xn--p1ai/publ/obshhestvennoe_zdorove/vlijanie_potreblenija_alkogolja_na_smertnost_trudosposobnogo_naselenija_v_rossii/18-1-0-560



Источник: Росстат.

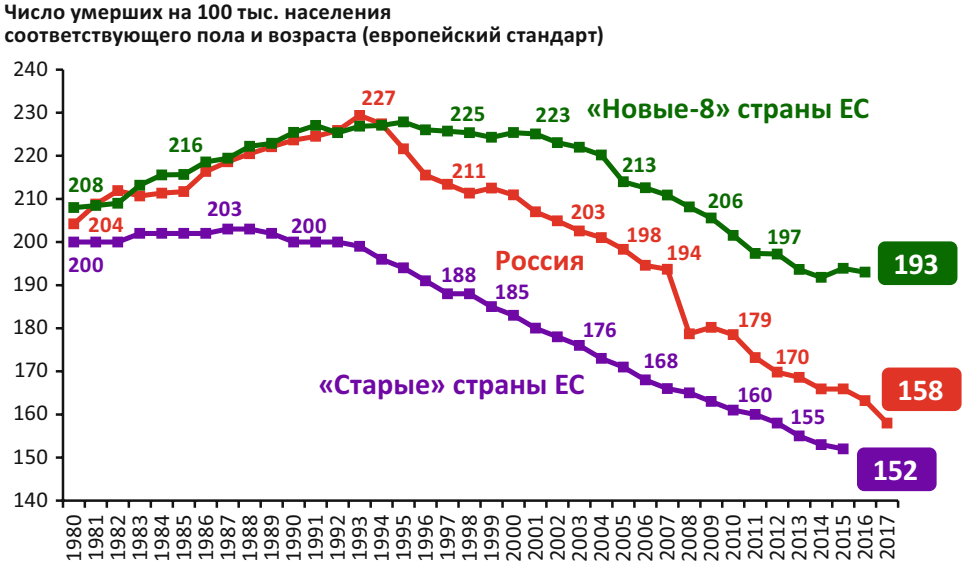
Рис. 14. Структура смертности трудоспособного населения в РФ в 2017 г.



«Новые-8» страны ЕС включают: Чехию, Эстонию, Венгрию, Латвию, Литву, Польшу, Словакию, Словению.
Источники: Росстат (Демографический ежегодник России), ЦНИИОИЗ Минздрава России;
база данных ВОЗ «Здоровье для всех».

Рис. 15. Динамика стандартизованного коэффициента смертности от болезней системы кровообращения в РФ, «новых-8» и «старых» странах ЕС

СКС **от злокачественных новообразований** в РФ с 1980 по 2017 г. снизился **на 23%**, за последние 5 лет — **на 7%**. В 2017 г. этот показатель в РФ был **на 18% ниже**, чем в «новых-8» странах ЕС, но **на 4% выше**, чем в «старых» странах ЕС (соответственно 158, 193 и 152 случая на 100 тыс. населения соответствующего пола и возраста) (рис. 16).



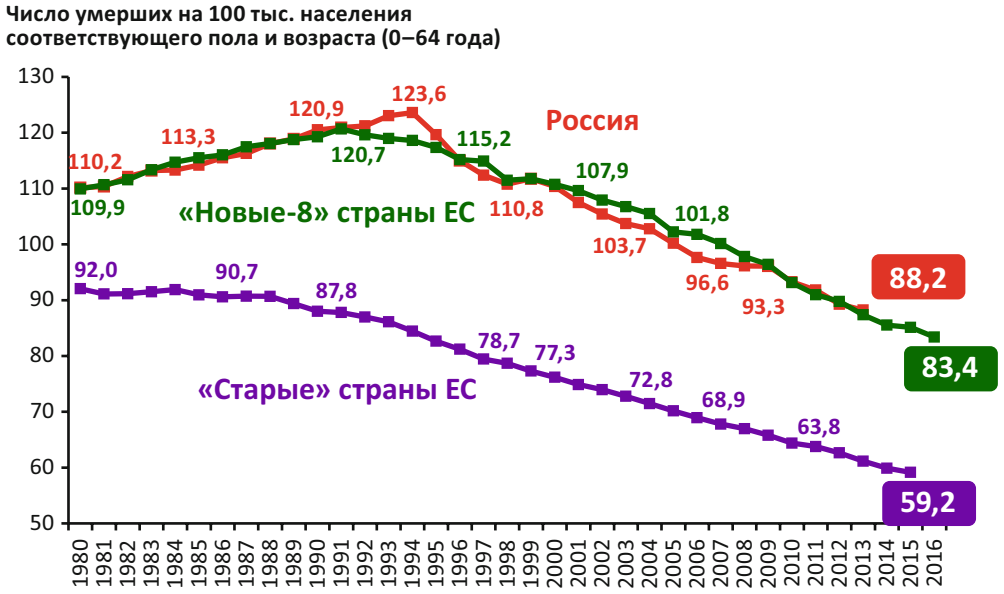
«Новые-8» страны ЕС включают: Чехию, Эстонию, Венгрию, Латвию, Литву, Польшу, Словакию, Словению.
Источники: Росстат (Демографический ежегодник России), ЦНИИОИЗ Минздрава России;
база данных ВОЗ «Здоровье для всех».

Рис. 16. Динамика стандартизованного коэффициента смертности от злокачественных новообразований в РФ, «новых-8» и «старых» странах ЕС

При сравнении СКС от злокачественных новообразований среди населения **в возрасте 0–64 года** разница со «старыми» странами ЕС более выражена. На рис. 17 видно, что в 2013 г. в РФ этот показатель был **на уровне** «новых-8» стран ЕС и **в 1,5 раза выше**, чем в «старых» странах ЕС (соответственно 88,2; 83,4 и 59,2 случая на 100 тыс. населения соответствующего пола и возраста). К сожалению, в базе данных ВОЗ не представлены данные за последние годы, вероятнее всего, сегодня СКС от злокачественных новообразований в возрасте до 64 лет в РФ по-прежнему значительно выше, чем в «старых» странах ЕС.

СКС **от внешних причин** смерти в РФ с 1980 по 2017 г. снизился **в 1,8 раза**, за последние 5 лет — **на 22%**. Несмотря на снижение, в 2017 г. СКС от внешних причин в РФ был **в 2 раза выше**, чем в «новых-8» странах ЕС, и **в 3,3 раза выше**, чем в «старых» странах ЕС (соответственно 95, 47 и 29 случаев на 100 тыс. населения соответствующего пола и возраста) (рис. 18).

СКС **от некоторых инфекционных и паразитарных болезней** в РФ с 1980 по 2017 г. снизился **всего на 8%**, а с 1990 по 2017 г. показатель **возрос в 1,7 раза**, за последние 5 лет — **на 10%**. При этом в 2017 г. СКС от инфекционных болезней в РФ был **в 3,5 раза выше**, чем в «новых-8» странах ЕС, и **в 2,3 раза выше**, чем в «старых» странах ЕС (соответственно 22,0; 6,2, и 9,6 случая на 100 тыс. населения соответствующего пола и возраста) (рис. 19).



«Новые-8» страны ЕС включают: Чехию, Эстонию, Венгрию, Латвию, Литву, Польшу, Словакию, Словению.
Источник: база данных ВОЗ «Здоровье для всех»; РФ — данные ВОЗ.

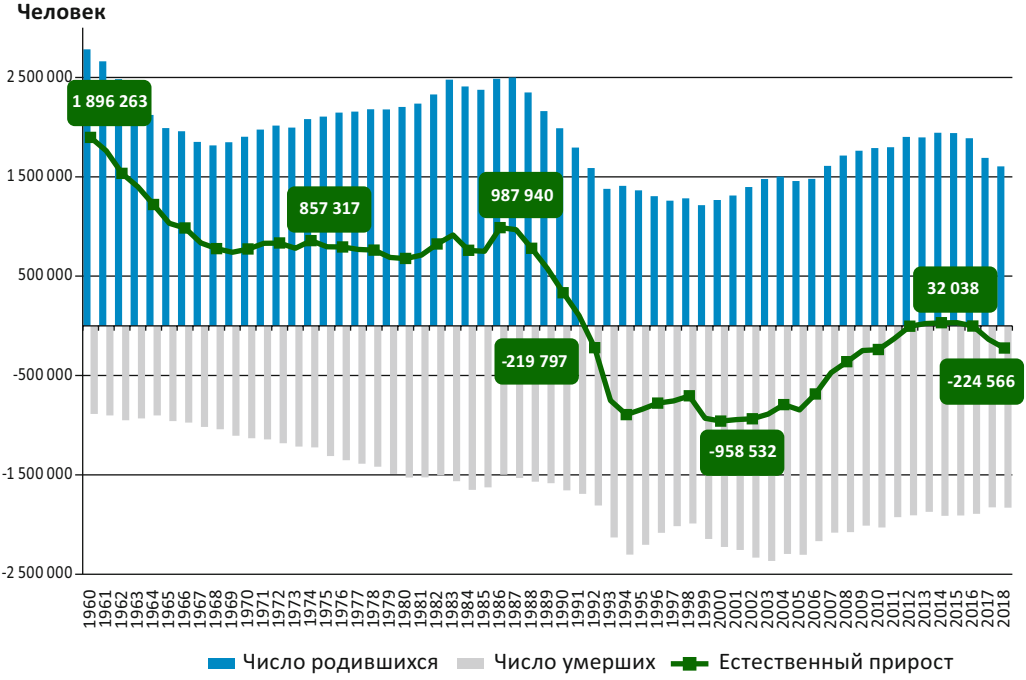
Рис. 17. Динамика стандартизованного коэффициента смертности от злокачественных новообразований среди населения в возрасте 0–64 года в РФ, «новых-8» и «старых» странах ЕС

«Новые-8» страны ЕС включают: Чехию, Эстонию, Венгрию, Латвию, Литву, Польшу, Словакию, Словению.
Источники: Росстат (Демографический ежегодник России), ЦНИИОИЗ Минздрава России;
база данных ВОЗ «Здоровье для всех».

Рис. 18. Динамика стандартизованного коэффициента смертности от внешних причин в РФ, «новых-8» и «старых» странах ЕС

«Новые-8» страны ЕС включают: Чехию, Эстонию, Венгрию, Латвию, Литву, Польшу, Словакию, Словению.
Источники: Росстат (Демографический ежегодник России), ЦНИИОИЗ Минздрава России;
база данных ВОЗ «Здоровье для всех».

Рис. 19. Динамика стандартизованного коэффициента смертности от инфекционных болезней в РФ, «новых-8» и «старых» странах ЕС



Источник: Росстат.

Рис. 20. Динамика естественного движения населения в РФ

Кроме того, в РФ наблюдается **существенная разница** между показателями смертности у мужчин и женщин. Так, СКС от БСК среди мужчин **в 1,9 раза выше**, чем среди женщин, от злокачественных новообразований — **в 2 раза выше**, от внешних причин — **в 4,1 раза выше**, от инфекционных болезней — **в 2,5 раза выше**.

Естественное движение населения РФ — это обобщенное название совокупности рождений и смертей, изменяющих численность населения так называемым естественным путем. На рис. 20 показана динамика естественного движения населения РФ. Видно, что с 1960 по 1991 г. наблюдался положительный прирост населения (зеленая кривая), а с 1992 г. — число умерших **превышало** число родившихся. Тенденция лишь немного сменилась на положительную в период 2013–2015 гг. С 2016 г. в РФ число умерших вновь начало превышать число родившихся, в 2018 г. эта разница составила 224,6 тыс. человек.

1.2. ПОКАЗАТЕЛИ ЗДОРОВЬЯ НАСЕЛЕНИЯ

Последние 30 лет **общая заболеваемость** населения (совокупность всех имеющихся среди населения заболеваний, впервые выявленных в данном году и зарегистрированных в предыдущие годы, по поводу которых больные вновь обратились в данном году, на 100 тыс. населения) в РФ постоянно **растет**. Это объясняется, с одной стороны, ростом доли пожилого населения и более эффективной выявляемостью заболеваний с помощью новых методов диагностики, с другой — ухудшением здоровья населения и неэффективностью системы профилактики и лечения заболеваний.

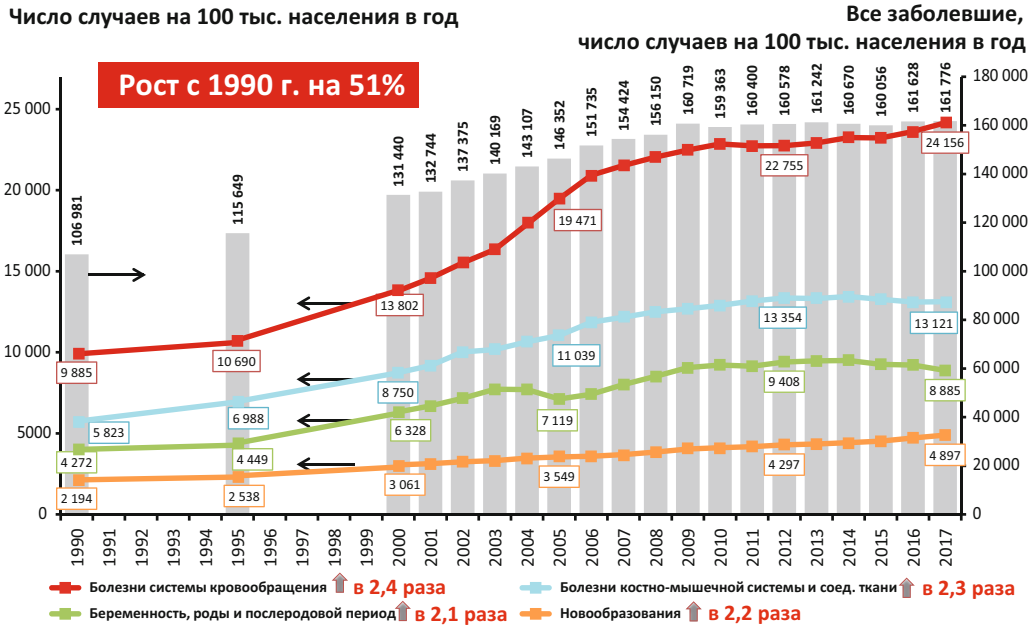
С 1990 по 2017 г. общая заболеваемость увеличилась **на 51%** (в расчете на 100 тыс. населения). За последние 5 лет ее рост составил **7,8 млн случаев** (с учетом Крыма). В 2017 г. общее число зарегистрированных заболеваний было 237,5 млн случаев. На рис. 21 видно, что с 1990 по 2017 г. возросло число случаев заболеваний, приводящих к смерти, например, количество заболеваний системы кровообращения увеличилось **в 2,4 раза**, онкологических — **в 2,2 раза**. Частота приводящей к инвалидности патологии костно-мышечной системы и соединительной ткани выросла **в 2,3 раза**, осложнения беременности, родов и послеродового периода — **в 2,1 раза**.

Следует отметить, что реальная заболеваемость, требующая врачебного вмешательства, может быть **еще выше**, чем регистрируемая. Связано это с тем, что часть населения из-за низкой доступности медицинской помощи, особенно первичной медико-санитарной, просто не обращается в медицинские учреждения.

Среди причин общей заболеваемости преобладали патология органов дыхания (**25%**), болезни системы кровообращения (**15%**), болезни костно-мышечной системы и соединительной ткани (**8%**) (рис. 22).

Всего в 2017 г. впервые было зарегистрировано 114,4 млн заболеваний. В структуре **первичной заболеваемости** (регистрируется при установлении в данном году больному диагноза впервые в жизни) населения РФ на первом

месте находятся болезни органов дыхания (**45%**), на втором — травмы и отравления (**11%**), на третьем — болезни мочеполовой системы (**6%**).



Данные с 1990 по 2004 г. — сборники Росстата «Здравоохранение России»; с 2005 по 2013 г. — база ЕМИСС Росстата; далее — сборники ЦНИИОИЗ Минздрава России.

Рис. 21. Динамика общей заболеваемости всего населения РФ

Источник: ЦНИИОИЗ Минздрава России.

Рис. 22. Структура общей заболеваемости в РФ в 2017 г.

Первичная инвалидность в нашей стране с 1990 г. значительно выросла к 2005 г. — **в 2,4 раза**. Однако с 2006 г. начала уменьшаться и в 2018 г. составила **641 тыс. человек**. Доля лиц трудоспособного возраста среди всех лиц, впервые признанных инвалидами, стабильно высока — **44%** (рис. 23). Всплеск инвалидности в 2005 г., скорее всего, был связан с введением федеральной программы дополнительного лекарственного обеспечения, когда регионы предпочли увеличить число граждан, имеющих льготы по этой программе. А последующее снижение было связано с административным регулированием этого процесса.

Источник: Росстат.

Рис. 23. Динамика лиц, впервые признанных инвалидами, в РФ

Производственный травматизм и профессиональные заболевания[1]**. Общий производственный травматизм** (численность пострадавших при несчастных случаях на производстве) в РФ начиная с 1990 г. постоянно снижался и составил в 2016 г. 1,3 случая на 1000 работающих (всего 26,7 тыс. случаев). При пересчете этого показателя по международной методике на все население число пострадавших на производстве в РФ составит 18,2 случая на 100 тыс. населения, что значительно ниже «новых-8» стран ЕС (206) и «старых» стран ЕС (786). Скорее всего, такие различия связаны с недостаточной регистрируемостью этих случаев в РФ.

Число пострадавших на производстве со смертельным исходом в РФ в 2016 г. составило 0,06 случая на 1000 работающих (всего 1,3 тыс. случаев). При пересчете этого показателя по международной методике (на все население) в РФ он составит 0,9 случая на 100 тыс. населения, что на уровне «новых-8» стран ЕС (0,9 случая) и «старых» стран ЕС (1 случай).

[1] Данные по РФ — сборник Росстата «Здравоохранение РФ», 2017 (для сопоставимости — пересчет ВШОУЗ-КМК). Данные по ЕС — база данных ВОЗ «Здоровье для всех».

Косвенно оценить состояние здоровья работающих можно по количеству дней временной нетрудоспособности — среднему **числу рабочих дней невыхода на работу по причине болезни** или травмы на одного работника в год; отпуск по беременности и родам не учитывается. Число дней невыхода на работу на одного человека в год в 2016 г. в РФ составило **5,8** (по данным ЕМИСС), в «новых» странах ЕС — **11,6 дня**, в «старых» странах ЕС — **12 дней**. В советское время этот показатель был выше и составлял **10 дней**, как и в «новых» странах ЕС сегодня. Такое низкое значение этого показателя в РФ сегодня, вероятнее всего, связано с тем, что российские граждане выходят на работу в состоянии болезни, опасаясь потерять ее, или не всегда оформляют больничные листы.

Численность лиц с впервые установленным **профессиональным заболеванием** (отравлением) резко возросла в 1990–1995 гг., затем наблюдалось ее снижение до уровня 1980 г. В 2016 г. уровень профессиональной заболеваемости составлял **12,4 случая** на 100 тыс. работающих (или **3,8** на 100 тыс. населения). Этот показатель в РФ также ниже, чем в «новых» странах ЕС (9,4) и «старых» странах ЕС (41,7). Но это не является признаком благополучия с профессиональной заболеваемостью в нашей стране, так как большинство случаев этой патологии не выявляется и/или не связывается с профессиональными вредностями (Измеров Н.Ф., 2002). Более того, такие низкие показатели профессиональной заболеваемости не коррелируют с аномально высокой смертностью трудоспособного населения (см. раздел 1.1).

1.3. СМЕРТНОСТЬ И ЗАБОЛЕВАЕМОСТЬ ИНФЕКЦИОННЫМИ БОЛЕЗНЯМИ

Смертность от инфекционных болезней

За последнее столетие взяты под контроль многие инфекционные заболевания, которые ранее были причиной смерти миллионов людей, часть инфекций искоренена или практически искоренена. Однако в последние годы сохраняются серьезные проблемы: большая распространенность и недостаточная динамика снижения заболеваемости и смертности от туберкулеза, вирусного гепатита, болезней, вызванных ВИЧ (вирусом иммунодефицита человека).

Выраженность названных проблем в РФ значительно выше, чем в развитых странах ЕС[1]. Стандартизованный по возрасту коэффициент смертности (здесь и далее — европейский стандарт) от инфекционных болезней среди мужчин в 2016 г. в РФ составил 32,8 случая на 100 тыс. населения соответствующего пола и возраста, что **в 4,2 раза выше**, чем в «новых-8» странах ЕС (7,9 случая), и **в 3 раза выше**, чем в «старых» странах ЕС (11 случаев) (рис. 24).

Среди женщин разница в показателе СКС от инфекционных болезней значительно ниже, чем среди мужчин. Так, СКС от инфекционных болезней среди женщин в 2016 г. в РФ составил 12,7 случая на 100 тыс. населения соответствующего пола и возраста, что **в 2,6 раза выше**, чем в «новых-8» странах ЕС (4,8 случая), и **в 1,6 раза выше**, чем в «старых» странах ЕС (8 случаев) (рис. 25).

[1] При анализе СКС в РФ и ЕС учитывались одинаковые классы болезней по МКБ-X (A00–A99, B00–B99).

«Новые-8» страны ЕС включают: Чехию, Эстонию, Венгрию, Латвию, Литву, Польшу, Словакию, Словению.
Источники: Росстат (Демографический ежегодник России); база данных ВОЗ «Здоровье для всех».

Рис. 24. Динамика стандартизованного коэффициента смертности от инфекционных болезней среди мужчин в РФ, «новых-8» и «старых» странах ЕС

«Новые-8» страны ЕС включают: Чехию, Эстонию, Венгрию, Латвию, Литву, Польшу, Словакию, Словению.
Источники: Росстат (Демографический ежегодник России); база данных ВОЗ «Здоровье для всех».

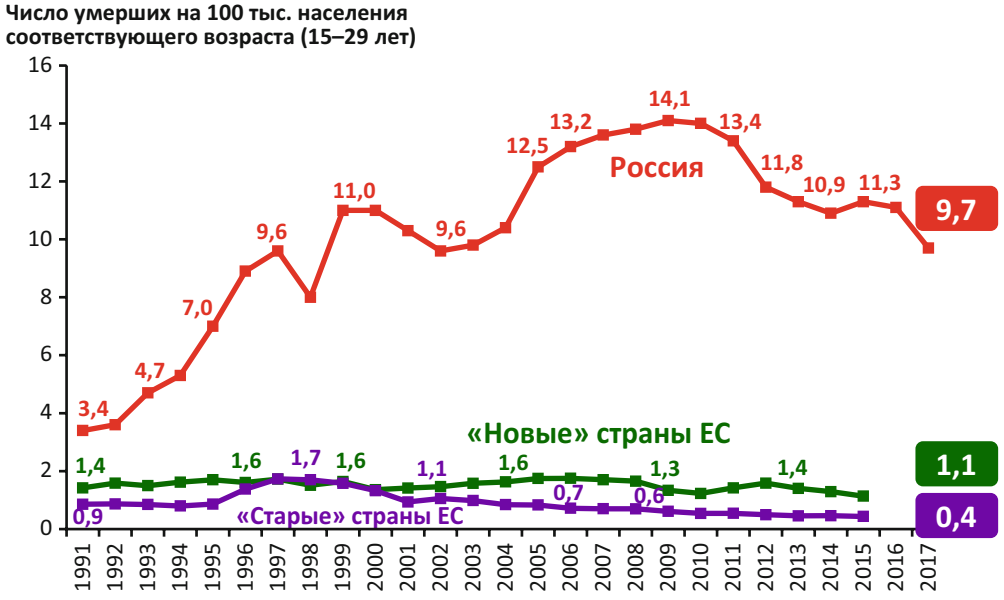
Рис. 25. Динамика стандартизованного коэффициента смертности от инфекционных болезней среди женщин в РФ, «новых-8» и «старых» странах ЕС

Разница в смертности от инфекционных болезней особенно **значительна среди населения молодого возраста**. Так, СКС от инфекционных болезней среди населения в возрасте 15–29 лет в 2017 г. в РФ составил 9,7 случая, что **в 8,8 раза выше**, чем в «новых» странах ЕС (1,1 случая), и **в 24 раза выше**, чем в «старых» странах ЕС (0,4 случая) (рис. 26).

Еще большая разница в показателях наблюдается среди населения в возрасте 30–44 года: СКС от инфекционных болезней среди населения в этом возрасте в 2017 г. в РФ составил 55,4 случая, что **в 16,3 раза выше**, чем в «новых» странах ЕС (3,4 случая), и почти **в 28 раз выше**, чем в «старых» странах ЕС (2,0 случая) (рис. 27).

В более старших возрастных группах разница значений СКС от инфекционных болезней в РФ и странах ЕС постепенно снижается, хотя остается по-прежнему **высокой**. Среди населения в возрасте 45–59 лет этот показатель в 2017 г. в РФ составил 27,3 случая, что **в 3,2 раза выше**, чем в «новых» странах ЕС (8,5 случая), и **в 4 раза выше**, чем в «старых» странах ЕС (6,8 случая).

В РФ смертность от инфекционных болезней в трудоспособном возрасте в 2017 г. составила 94% всех смертей (29 тыс. из 31 тыс. умерших). Она также **значительно выше** среди мужчин, чем среди женщин — **в 2,4 раза**, в 2002 г. эта разница была **5,5 раза** (рис. 28). Снижение разницы произошло за счет стремительного роста смертности от инфекций среди женщин в трудоспособном возрасте: с 2002 по 2017 г. она выросла **в 2,1 раза**, при этом среди всего населения этот показатель возрос **на 7%**, а среди мужчин снизился **на 9%**.



Источники: ЦНИИОИЗ Минздрава России (сборник «Медико-демографические показатели»); база данных ВОЗ «Здоровье для всех».

Рис. 26. Динамика стандартизованного коэффициента смертности от инфекционных болезней среди населения в возрасте 15–29 лет в РФ, «новых» и «старых» странах ЕС

Источники: ЦНИИОИЗ Минздрава России (сборник «Медико-демографические показатели»); база данных ВОЗ «Здоровье для всех».

Рис. 27. Динамика стандартизованного коэффициента смертности от инфекционных болезней среди населения в возрасте 30–44 года в РФ, «новых» и «старых» странах ЕС

Источник: Демографический ежегодник России (Росстат).

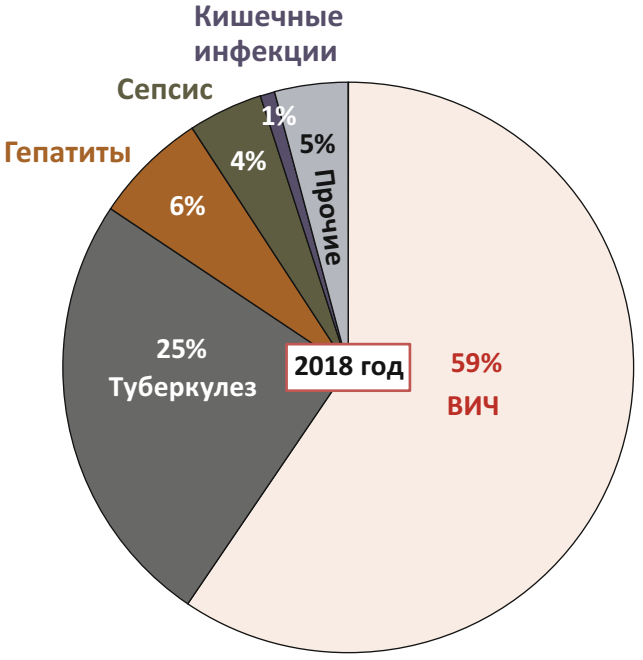
Рис. 28. Динамика коэффициентов смертности от инфекционных болезней среди населения трудоспособного возраста в РФ

На рис. 29 представлена **структура смертности** от инфекционных болезней в РФ в 2018 г. Видно, что почти 90% всех причин смертей вызвано: вирусом иммунодефицита человека (ВИЧ) — **59%**, туберкулезом — **25%** и вирусными гепатитами — **6%**.

На рис. 30 представлена динамика коэффициентов смертности от основных видов инфекционных болезней в РФ. Видно, что смертность от туберкулеза к 2018 г. снизилась до уровня 1990-х гг. Вместе с тем в период с 2003 по 2018 г. существенно возросла смертность от ВИЧ — почти **в 32 раза**, а от вирусных гепатитов — **в 3 раза**.

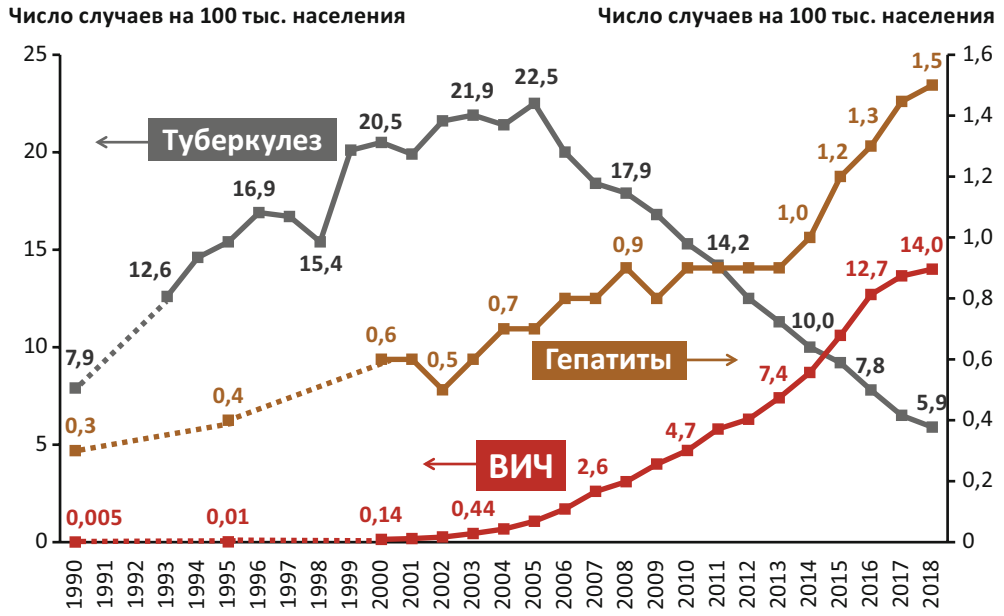
В РФ с 1990 по 2017 г. на фоне роста смертности (ОКС) от инфекционных болезней **в 1,8 раза** первичная и общая заболеваемость инфекционными болезнями снизились соответственно **на 22 и 15%** (рис. 31). Это говорит о том, что в РФ большинство инфекционных заболеваний своевременно **не выявляются и не лечатся**.

Смертность и заболеваемость туберкулезом. На рис. 32 представлен СКС от туберкулеза среди всего населения. В РФ данный показатель с 2005 г. значительно снизился, но в 2017 г. составил 5,9 случая на 100 тыс. населения соответствующего пола и возраста, что **в 5,4 раза выше**, чем в «новых-8» странах ЕС (1,1 случая), и почти **в 20 раз выше**, чем в «старых» странах ЕС (0,3 случая).



Источник: Росстат.

Рис. 29. Структура смертности от инфекционных болезней в РФ в 2018 г.



Источники: Росстат (Демографические ежегодники России).

Рис. 30. Динамика коэффициентов смертности от туберкулеза, вирусных гепатитов и ВИЧ-инфекции в РФ

Источники: Росстат, ЦНИИОИЗ Минздрава России.

Рис. 31. Динамика первичной и общей заболеваемости по классу «Инфекционные болезни» и общего коэффициента смертности от инфекционных болезней в РФ

«Новые-8» страны ЕС включают: Чехию, Эстонию, Венгрию, Латвию, Литву, Польшу, Словакию, Словению.
Источники: по России до 2013 г. — данные ВОЗ, с 2013 г. — ЦНИИОИЗ Минздрава России;
база данных ВОЗ «Здоровье для всех».

Рис. 32. Динамика стандартизованного коэффициента смертности от туберкулеза среди всего населения в РФ, «новых-8» и «старых» странах ЕС

Первичная заболеваемость туберкулезом в РФ в 2018 г. составила 44,4 случая на 100 тыс. населения, что **в 3,2 раза выше**, чем в «новых-8» странах ЕС (13,8 случая), и **в 5,8 раза выше**, чем в «старых» странах ЕС (7,6 случая) (рис. 33). По оценке ВОЗ, распространенность туберкулеза в РФ хотя и снижается, но в 2014 г. была **в 4,7 раза выше**, чем в «новых-8» странах ЕС, и почти **в 10 раз выше**, чем в «старых» странах ЕС (соответственно 109, 23 и 11 случаев на 100 тыс. населения) (рис. 34).

Заболеваемость ВИЧ-инфекцией[1]. Первичная заболеваемость ВИЧ-инфекцией с 2003 по 2015 г. в РФ выросла **в 3 раза**. С 2015 по 2018 г. наблюдается снижение первичной заболеваемости (на 15%). Однако сегодня этот показатель в РФ составил 58,5 случая, что **в 15,4 раза выше**, чем в «новых-8» странах ЕС (3,8 случая), и **в 9,3 раза выше**, чем в «старых» странах ЕС (6,3 случая) (рис. 35).

[1] Оценка уровня распространенности и заболеваемости ВИЧ-инфекцией осуществляется на основе данных о доле положительных результатов лабораторной диагностики в выборке лиц, принявших участие в исследовании. Если это группы повышенного риска, то применяются соответствующие понижающие коэффициенты при экстраполяции данных на все население.

«Новые-8» страны ЕС включают: Чехию, Эстонию, Венгрию, Латвию, Литву, Польшу, Словакию, Словению.
Источники: Сборник Росстата «Здравоохранение России», ЦНИИОИЗ Минздрава России;
база данных ВОЗ «Здоровье для всех».

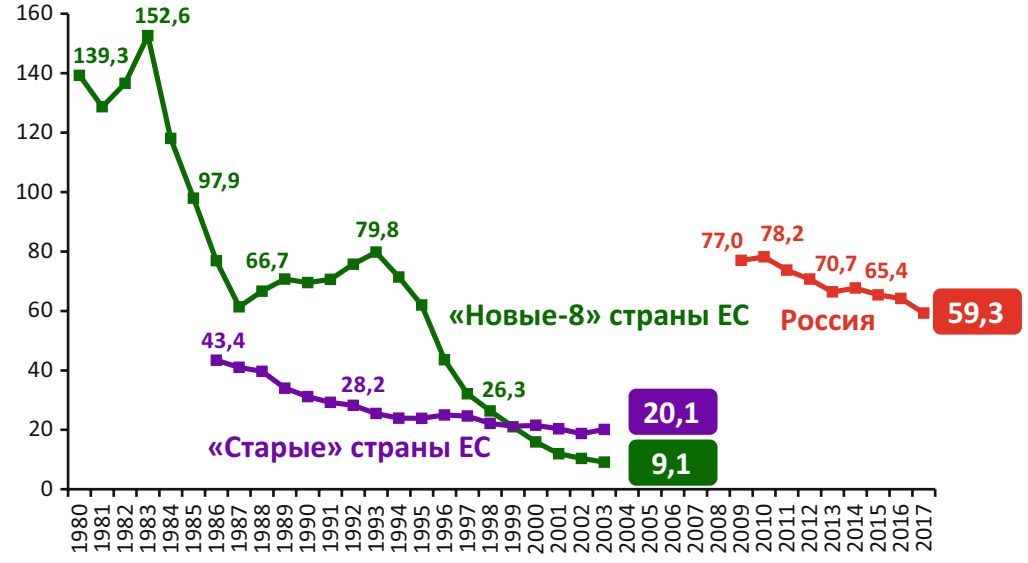
Рис. 33. Динамика первичной заболеваемости туберкулезом в РФ, «новых-8» и «старых» странах ЕС

«Новые-8» страны ЕС включают: Чехию, Эстонию, Венгрию, Латвию, Литву, Польшу, Словакию, Словению.
Источник: база данных ВОЗ «Здоровье для всех».

Рис. 34. Динамика распространенности туберкулеза в РФ (по данным ВОЗ), «новых-8» и «старых» странах ЕС

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

Рис. 35. Динамика первичной заболеваемости ВИЧ-инфекцией в РФ, «новых-8» и «старых» странах ЕС



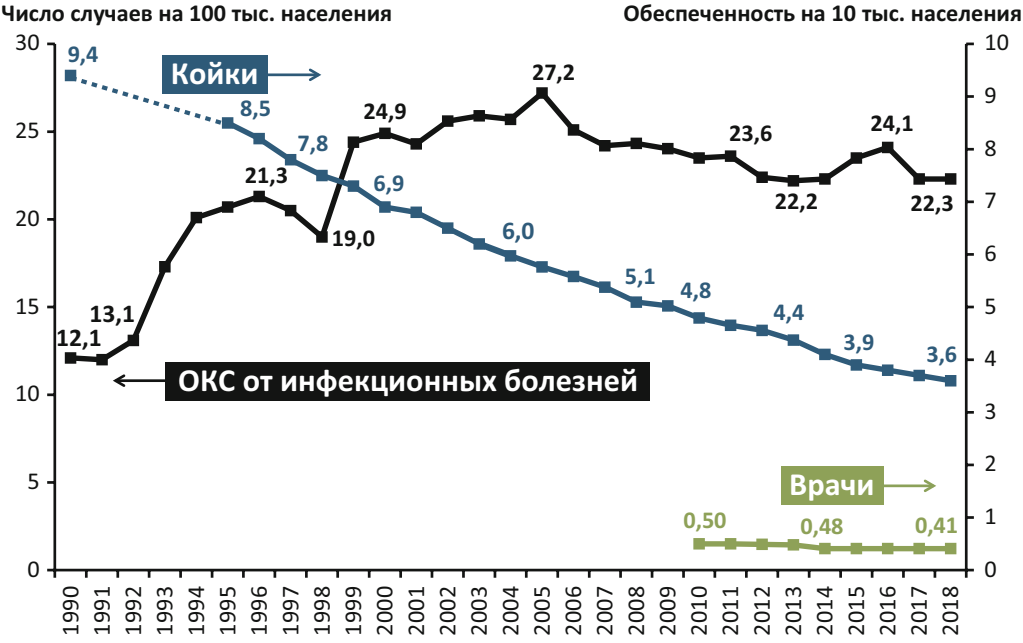
«Новые-8» страны ЕС включают: Чехию, Эстонию, Венгрию, Латвию, Литву, Польшу, Словакию, Словению.
Источники: ЦНИИОИЗ Минздрава России; база данных ВОЗ «Здоровье для всех».

Рис. 36. Динамика первичной заболеваемости вирусными гепатитами в РФ, «новых-8» и «старых» странах ЕС

Заболеваемость вирусными гепатитами. Первичная заболеваемость вирусными гепатитами в 2017 г. в РФ составила 59,3 случая, что **в 6,5 раза выше**, чем в «новых-8» странах ЕС (9,1 случая в 2003 г.), и **в 3 раза выше**, чем в «старых» странах ЕС (20,1 случая в 2003 г.) (рис. 36).

Таким образом, по всем трем основным причинам смертей от инфекционных болезней (туберкулеза, ВИЧ-инфекции и вирусных гепатитов) наблюдается **гораздо более высокая** первичная заболеваемость, чем в странах ЕС. Это говорит **о недостаточных мерах** по профилактике (в том числе на популяционном уровне) и лечению этих заболеваний. Во многом это связано с недостаточными мощностями инфекционной службы.

Ресурсы инфекционной службы. В РФ обеспеченность инфекционными койками с 1990 по 2018 г. сократилась **в 2,6 раза**, обеспеченность врачами-инфекционистами с 2010 по 2018 г. сократилась **на 18%** (более ранних данных нет). И это произошло на фоне роста коэффициента смертности (ОКС) от инфекционных болезней с 1990 по 2018 г. **в 1,8 раза** (рис. 37).



Источники: Росстат, ЦНИИОИЗ Минздрава России.

Рис. 37. Динамика обеспеченности инфекционными койками, врачами-инфекционистами и общего коэффициента смертности от инфекционных болезней в РФ

Смертность от инфекционных болезней по регионам РФ. На рис. 38 представлен СКС от инфекционных болезней по всем регионам РФ. Видно, что более высокие показатели в 2017 г. сложились в Сибирском (СФО) и Уральском федеральных округах (УФО).

СКС от туберкулеза по регионам представлен на рис. 39. Видно, что более высокие показатели в 2017 г. сложились в СФО и Дальневосточном феде-

ральном округе (ДФО). Что касается показателя СКС от вирусных гепатитов, то наиболее высокие показатели в 2017 г. были в СФО, ДФО, а также в Северо-Западном федеральном округе (СЗФО) (рис. 40).

Смертность от ВИЧ-инфекции (ОКС) по регионам представлена на рис. 41. Видно, что самые высокие значения показателя в 2016 г. были в СФО, УФО и что удивительно — в Приволжском федеральном округе (ПФО).

Заболеваемость инфекционными болезнями по регионам РФ. Первичная заболеваемость туберкулезом по субъектам РФ представлена на рис. 42. Видно, что самые высокие показатели сложились в СФО и ДФО.

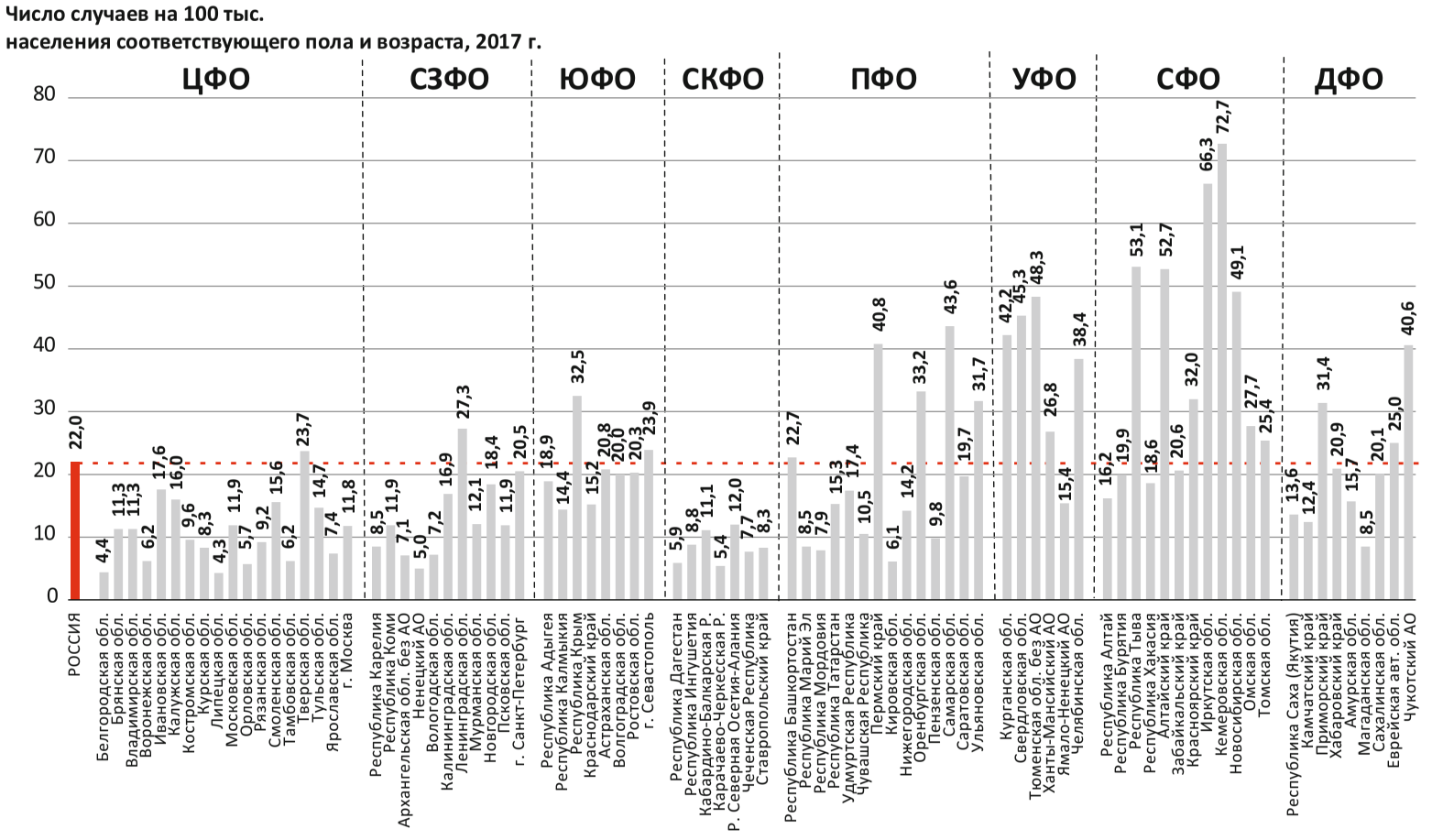
Первичная заболеваемость ВИЧ-инфекцией по субъектам РФ представлена на рис. 43. Высокие показатели в 2017 г. были отмечены в СФО, ДФО (Чукотском АО), УФО, а также ПФО.

Выявляемость антител к ВИЧ-инфекции на 1000 обследованных по субъектам РФ в 2016 г. представлена на рис. 44. Этот показатель введен в связи с необходимостью мониторинга числа обследованных на ВИЧ по «Государственной стратегии противодействия распространению ВИЧ-инфекции в РФ на период до 2020 г. и дальнейшую перспективу»[1]. При обнаружении антител к ВИЧ проводится исследование на вирусные антигены, подтверждающее наличие ВИЧ. Динамика показателя при неизменном качестве исследований позволяет судить о тяжести эпидемиологической обстановки в стране (регионе). Увеличение выявляемости также может свидетельствовать об улучшении качества обследования. Самые высокие показатели по выявляемости антител к ВИЧ-инфекции сложились в ПФО (Пермском крае и Ульяновской области) и в СФО (Новосибирской и Кемеровской областях).

Показатели состоящих на учете с ВИЧ-инфекцией по субъектам РФ в 2016 г. представлены на рис. 45. Самые высокие показатели сложились в ПФО, УФО и СФО.

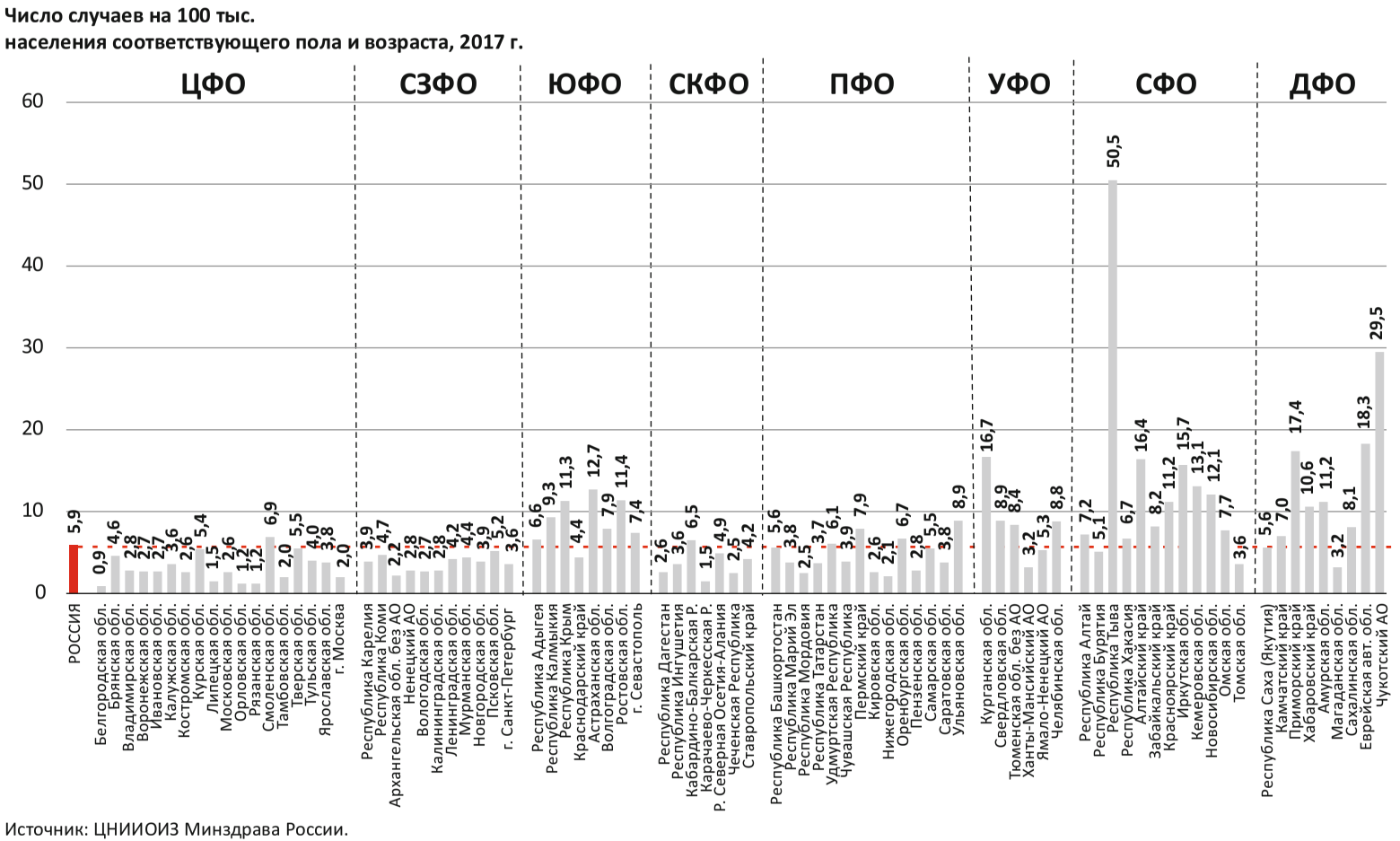
Существенное неблагополучие по заболеваемости и смертности от инфекционных заболеваний в РФ по сравнению со странами ЕС требует немедленной разработки и реализации целевой государственной программы, направленной на решение этой проблемы. А выраженные различия в смертности и заболеваемости от инфекций среди регионов РФ диктуют необходимость применения дифференцированных подходов к формированию этой государственной программы. Целью программы должно стать снижение смертности от инфекционных болезней в РФ к 2024 г. как минимум **в 2 раза** (с 22 до 11 случаев на 100 тыс. населения).

[1] Утверждена Распоряжением Правительства РФ от 20.10.2016 № 2203-р.



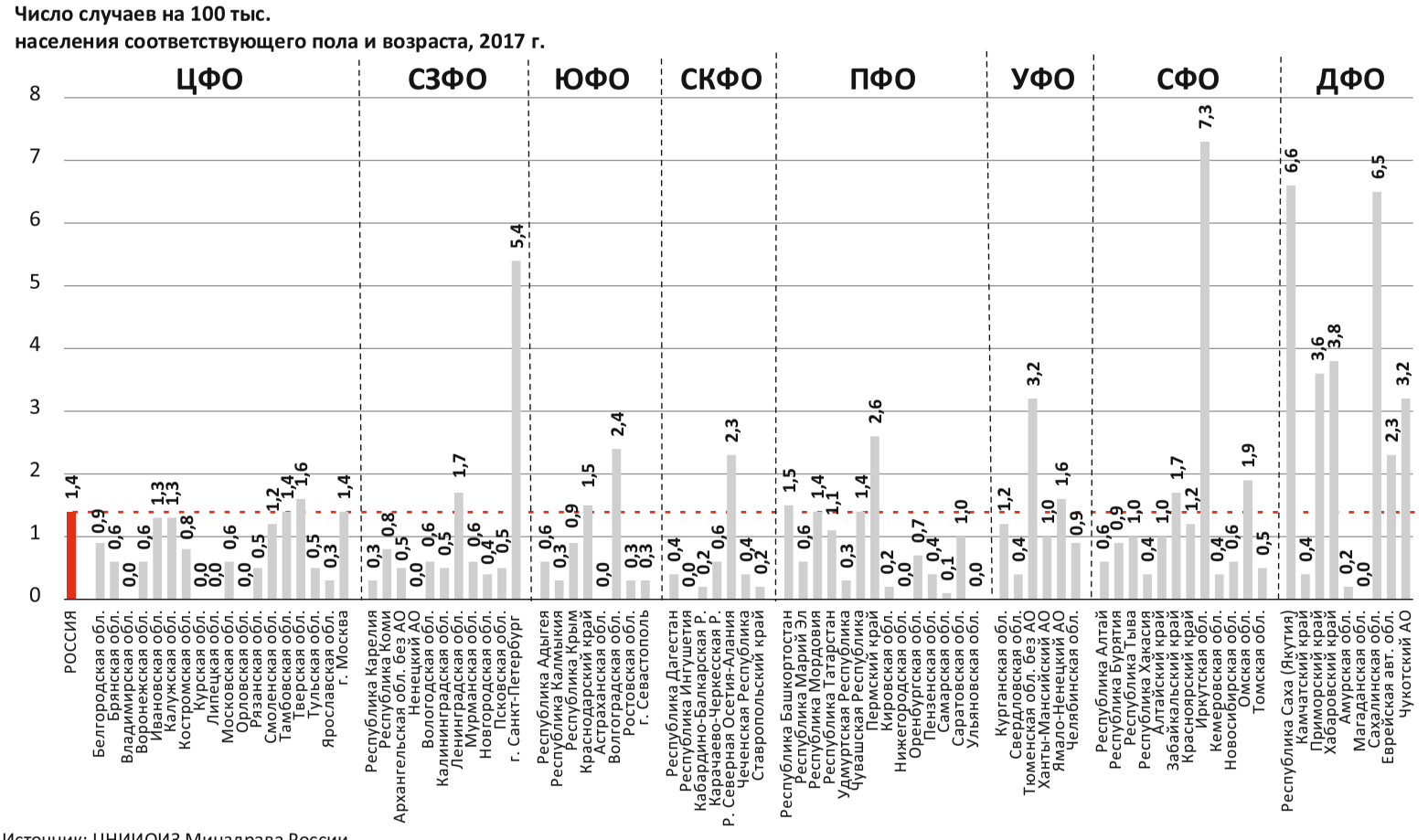
Источник: ЦНИИОИЗ Минздрава России.

Рис. 38. Стандартизованный коэффициент смертности от инфекционных болезней по субъектам РФ в 2017 г.



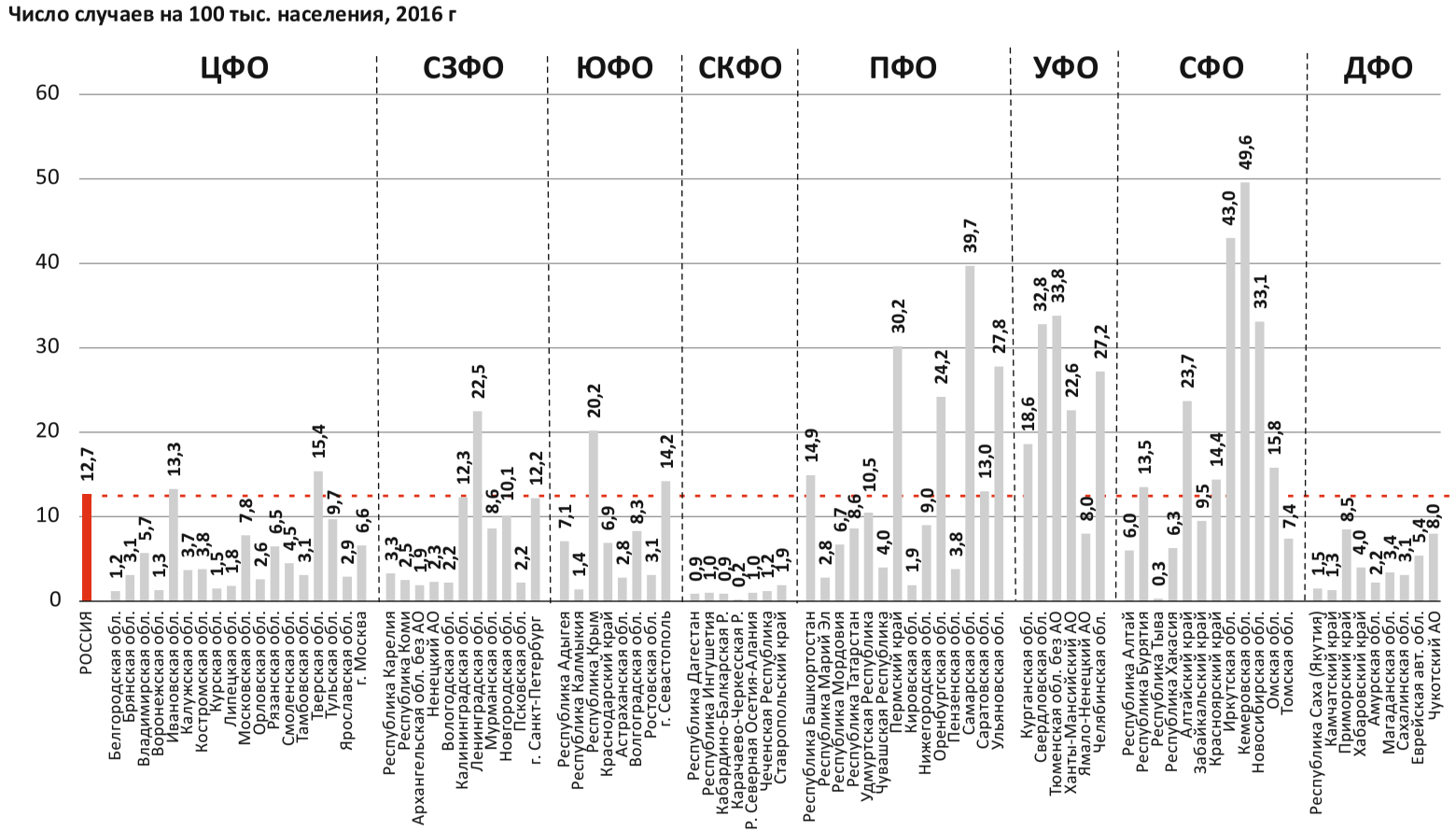
Источник: ЦНИИОИЗ Минздрава России.

Рис. 39. Стандартизованный коэффициент смертности от туберкулеза по субъектам РФ в 2017 г.



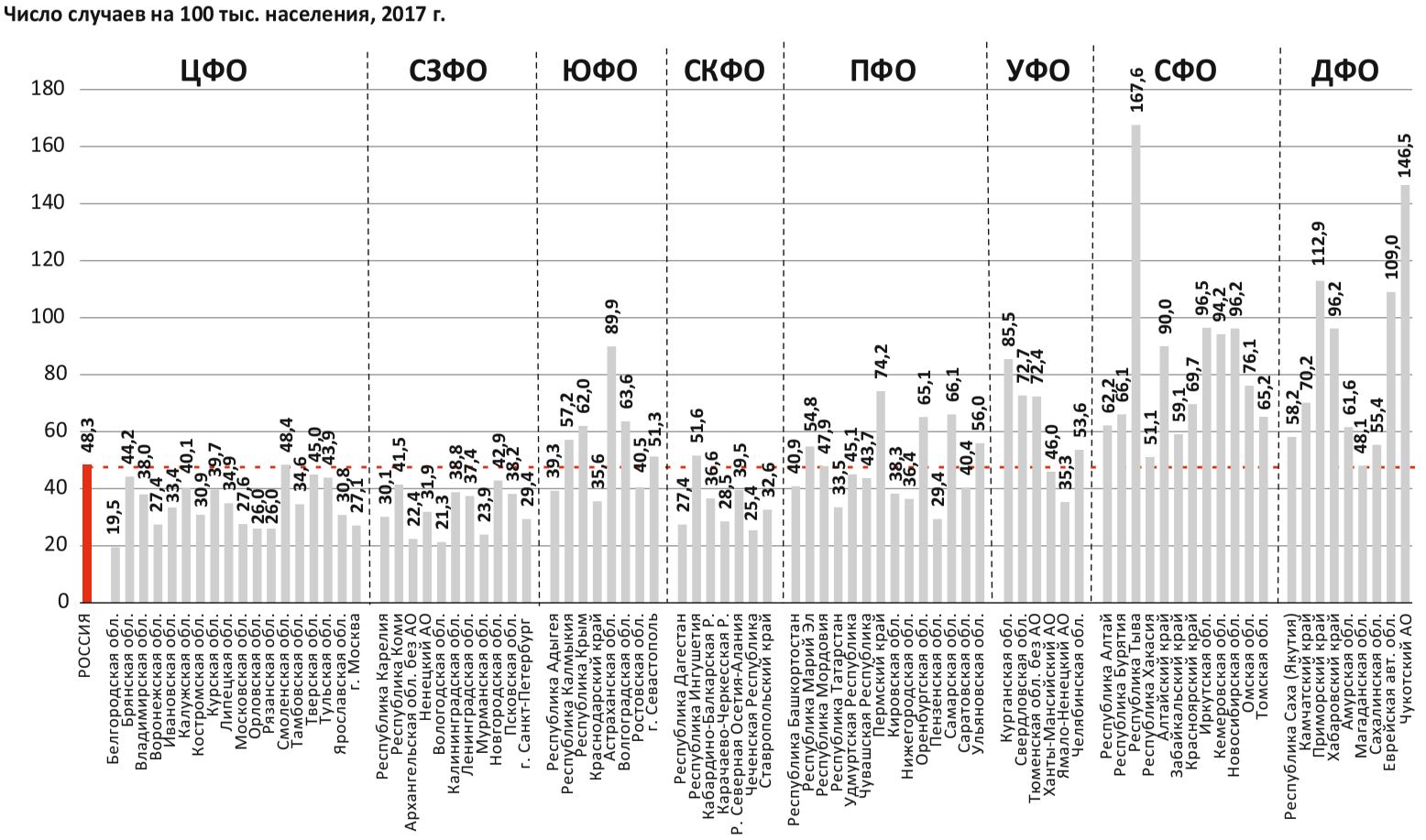
Источник: ЦНИИОИЗ Минздрава России.

Рис. 40. Стандартизованный коэффициент смертности от вирусных гепатитов по субъектам РФ в 2017 г.



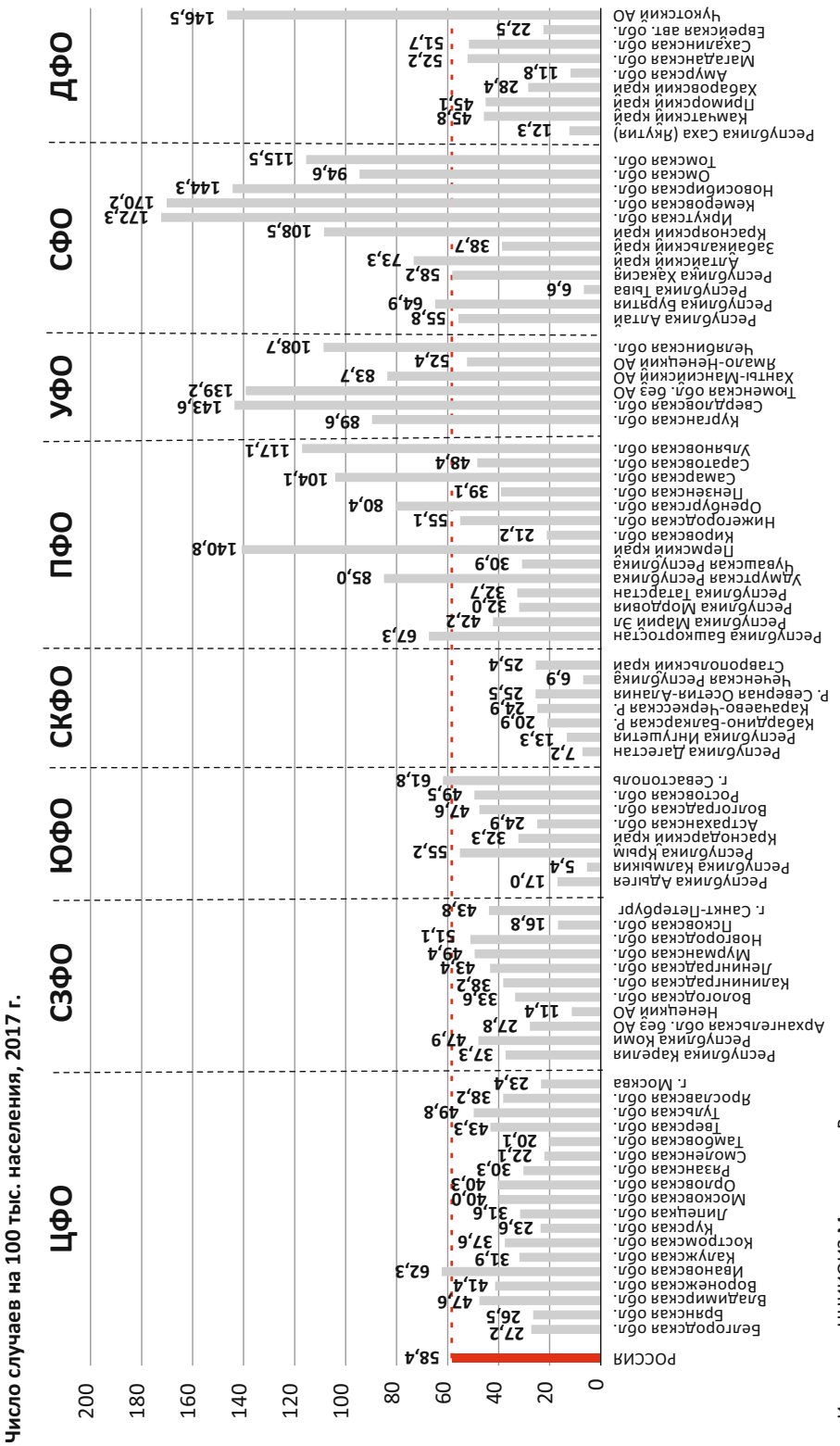
Источник: ЦНИИОИЗ Минздрава России.

Рис. 41. Общий коэффициент смертности от ВИЧ-инфекции по субъектам РФ в 2016 г.



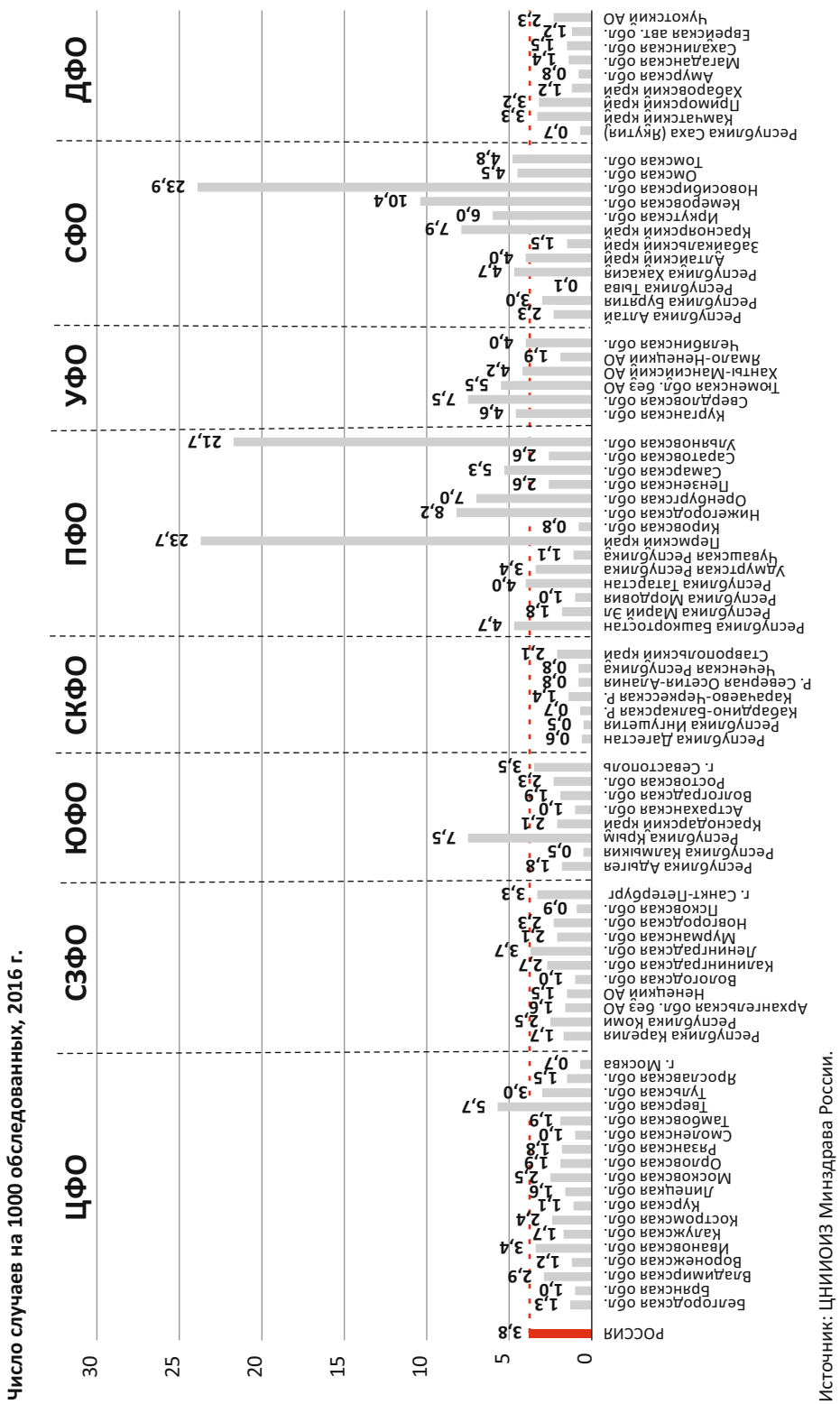
Источник: ЦНИИОИЗ Минздрава России.

Рис. 42. Первичная заболеваемость туберкулезом по субъектам РФ в 2017 г.



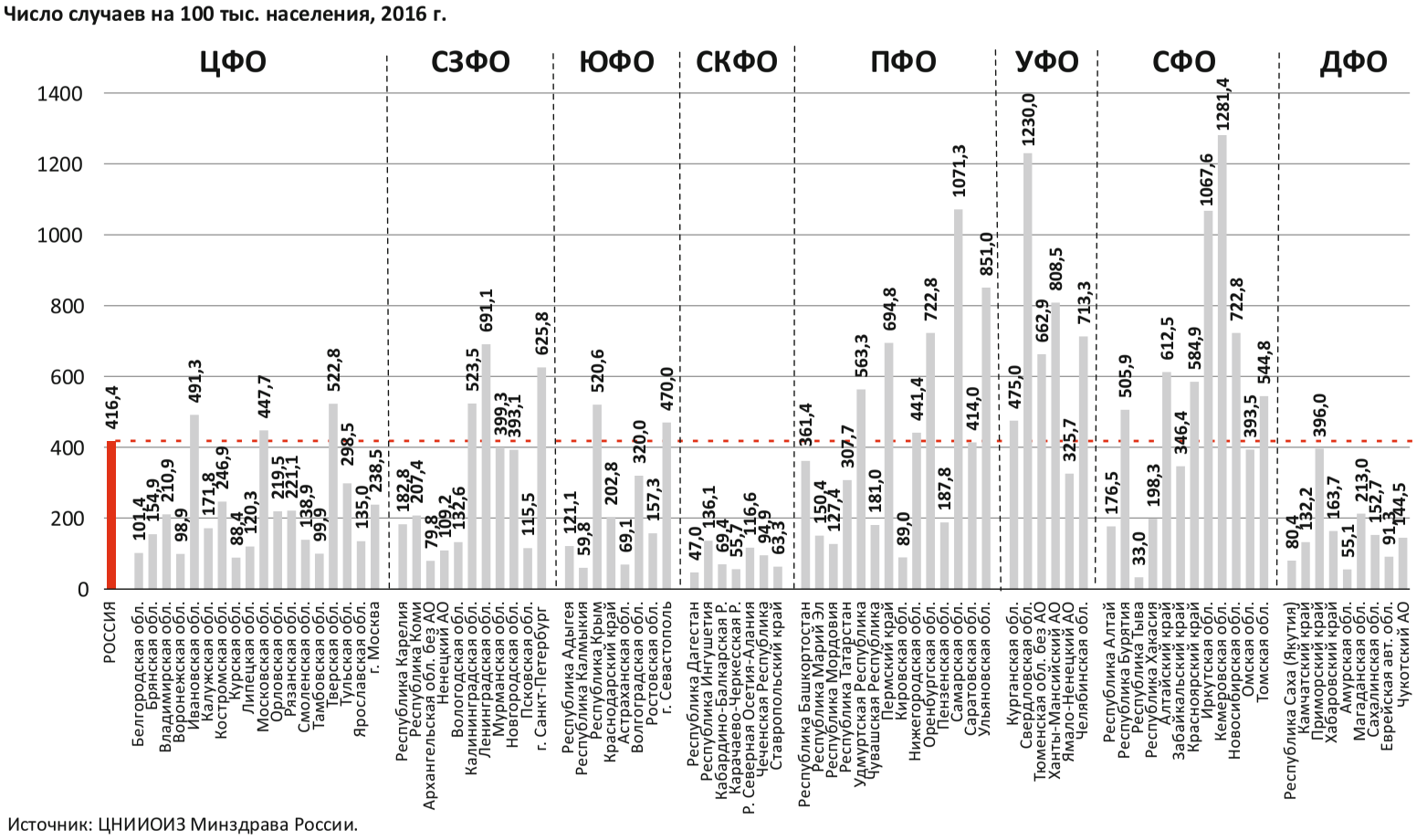
Источник: ЦНИИОИЗ Минздрава России.

Рис. 43. Первичная заболеваемость ВИЧ-инфекцией по субъектам РФ в 2017 г.



Источник: ЦНИИОИЗ Минздрава России.

Рис. 44. Выявляемость антител к ВИЧ-инфекции по субъектам РФ в 2016 г.



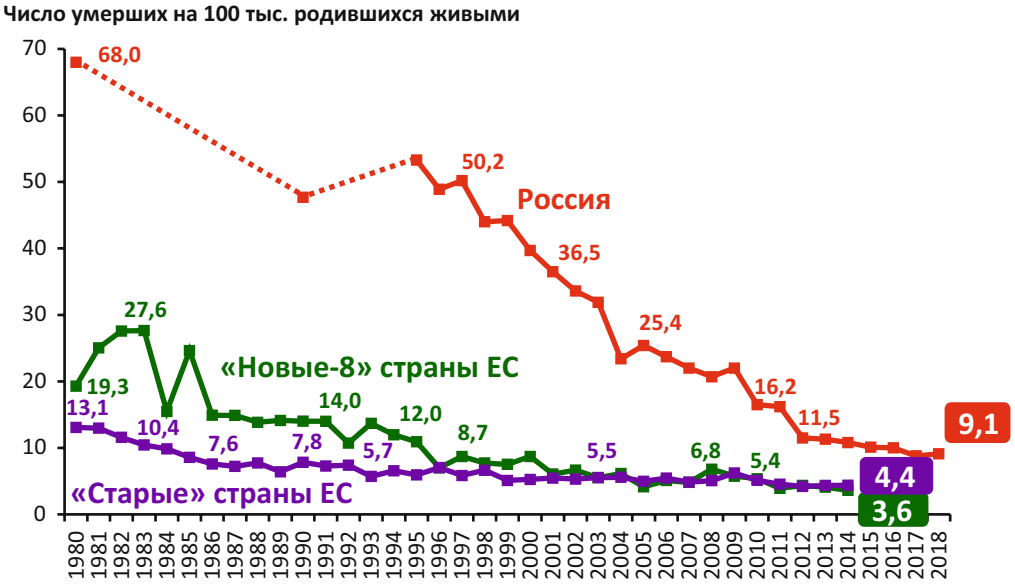
Источник: ЦНИИОИЗ Минздрава России.

Рис. 45. Состоящие на учете с ВИЧ-инфекцией по субъектам РФ в 2016 г.

1.4. СМЕРТНОСТЬ И ЗАБОЛЕВАЕМОСТЬ ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ

Материнская смертность и смертность детей

Всего в РФ в 2018 г. умерло 146 рожениц. **Коэффициент материнской смертности** на 100 тыс. родившихся живыми снижается, но в 2018 г. в РФ составил 9,1 случая, что **в 2,5 раза выше**, чем в «новых-8» странах ЕС (3,6 случая), и **в 2,1 раза выше**, чем в «старых» странах ЕС (4,4 случая) (рис. 46).



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

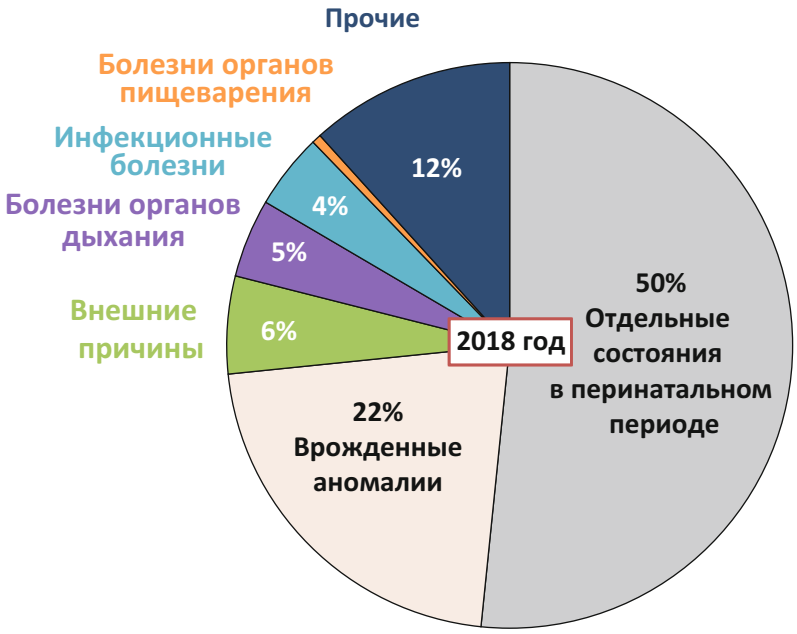
Рис. 46. Динамика коэффициента материнской смертности в РФ, «новых-8» и «старых» странах ЕС

Всего прерываний беременности в РФ в 2017 г. было совершено **780 тыс. Частота абортов** на 1000 родившихся живыми с 1990 по 2017 г. снизилась **в 4,5 раза**. Однако в 2017 г. этот показатель в РФ составил 461 случай, что **в 1,8 раза выше**, чем в «новых-8» странах ЕС (256 случаев), и **в 2,2 раза выше**, чем в «старых» странах ЕС (210 случаев) (рис. 47).

Показатели младенческой смертности были рассмотрены в разделе 1.1. **Структура причин** младенческой смертности представлена на рис. 48. Видно, что более **2/3** случаев смерти приходится на перинатальный период и врожденные аномалии, то есть на заболевания, связанные со здоровьем матери. Около **15%** причин приходится на внешние причины, болезни органов дыхания и пищеварения, а также на инфекционные болезни.

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

Рис. 47. Динамика частоты абортов в РФ, «новых-8» и «старых» странах ЕС



Источник: Росстат.

Рис. 48. Структура младенческой смертности в РФ в 2018 г.

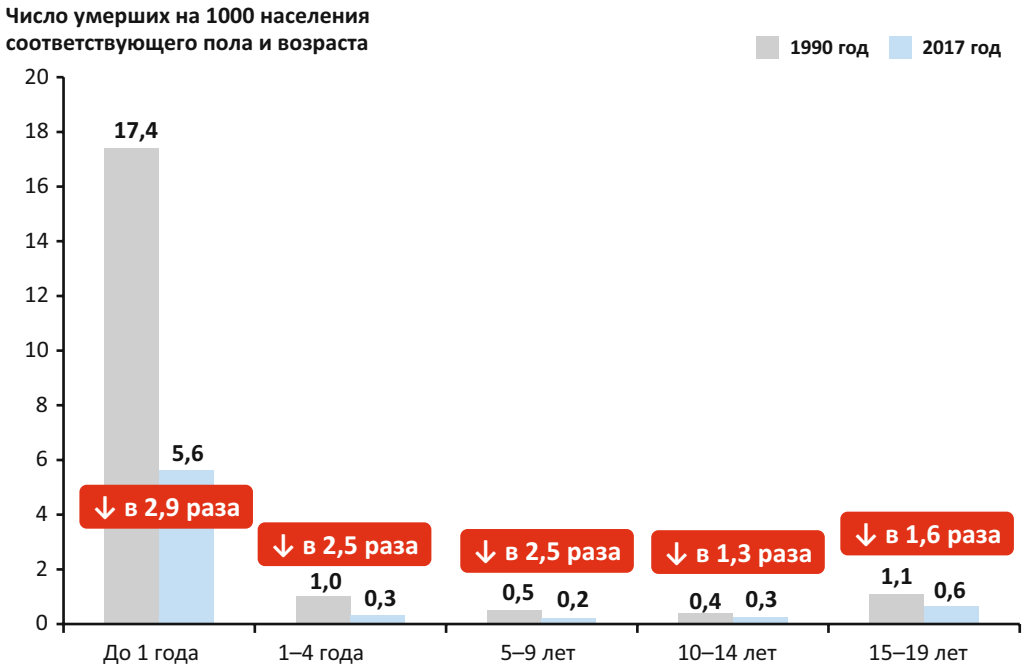
Перинатальная смертность включает случаи мертворождения, а также ранней младенческой смертности (то есть до 7 полных суток от рождения) на 1000 родившихся живыми и мертвыми. Динамика этого показателя в РФ, в «новых-8» и «старых» странах ЕС с 1980 г. представлена на рис. 49. По сравнению с 1980 г. коэффициент перинатальной смертности снижается во всех странах: в РФ — **в 2,1 раза**, в «новых-8» странах ЕС — **в 3,9 раза**, в «старых» странах ЕС — **в 2 раза**. Однако этот показатель в 2017 г. в РФ составил 7,5 случая, что **в 1,7 раза выше**, чем в «новых-8» странах ЕС (4,3 случая), и **на 19% выше**, чем в «старых» странах ЕС (6,3 случая) (рис. 49).

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

Рис. 49. Динамика коэффициента перинатальной смертности в РФ, «новых-8» и «старых» странах ЕС

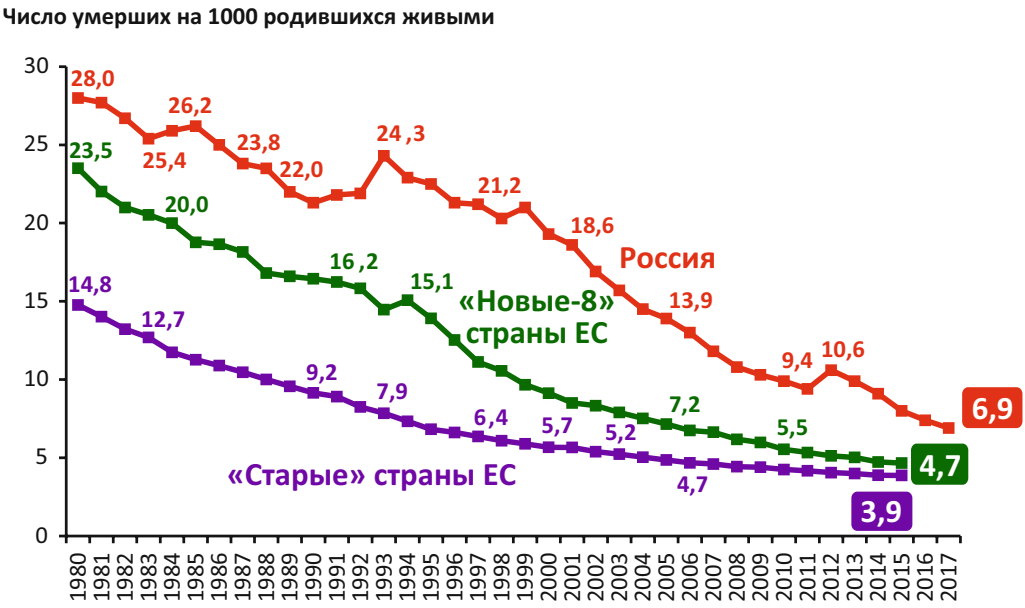
Показатели детской смертности. С 1990 по 2017 г. (за 27 лет) коэффициенты смертности детей и подростков снизились во всех группах детей и подростков (рис. 50). Наиболее интенсивное снижение наблюдалось в возрастных группах от 0 до 9 лет — **в 2,5–2,9 раза**, от 10 до 19 лет — **в 1,3–1,6 раза**. Всего в 2017 г. умерло детей и подростков (0–19 лет) 20 тыс. человек.

Вероятность смерти детей в возрасте до 5 лет на 1000 родившихся живыми с 1980 по 2017 г. в РФ снизилась **в 4 раза** (рис. 51). Существенное снижение этого показателя произошло и в странах ЕС: в «новых-8» странах — **в 5 раз**, в «старых» странах — **в 3,8 раза**. Однако его значение в 2017 г. в РФ составило 6,9 случая на 1000 родившихся живыми, что **в 1,5 раза выше**, чем в «новых-8» странах ЕС (4,7 случая), и **в 1,8 раза выше**, чем в «старых» странах ЕС (3,9 случая).



Источник: Росстат.

Рис. 50. Динамика возрастных коэффициентов смертности детей и подростков в РФ

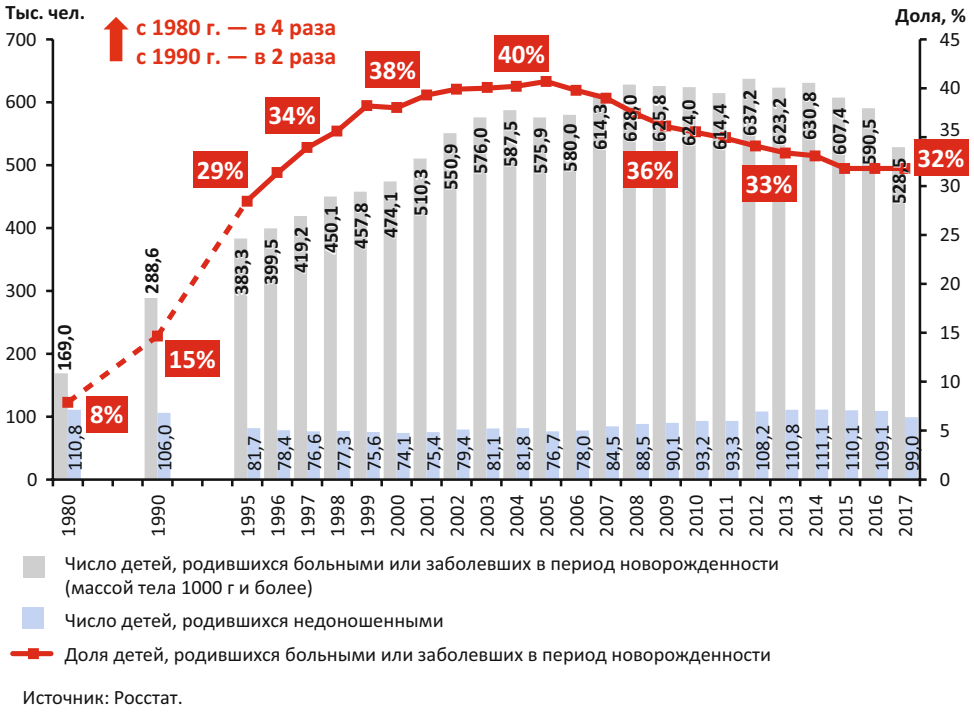


«Новые-8» страны ЕС включают: Чехию, Эстонию, Венгрию, Латвию, Литву, Польшу, Словакию, Словению.
Источники: Росстат «Демографический ежегодник»; база данных ВОЗ «Здоровье для всех».

Рис. 51. Динамика вероятности смерти до 5 лет в РФ, «новых-8» и «старых» странах ЕС

Заболеваемость детей и подростков

Заболеваемость детей в возрасте 0–14 лет. С 1980 г. отмечается резкое увеличение числа детей, родившихся больными или заболевших в период новорожденности. В 2017 г. этот показатель составил **32%** (528,5 тыс. детей), то есть возрос **в 4 раза** с 1980 г. и **в 2 раза** — с 1990 г. (рис. 52).

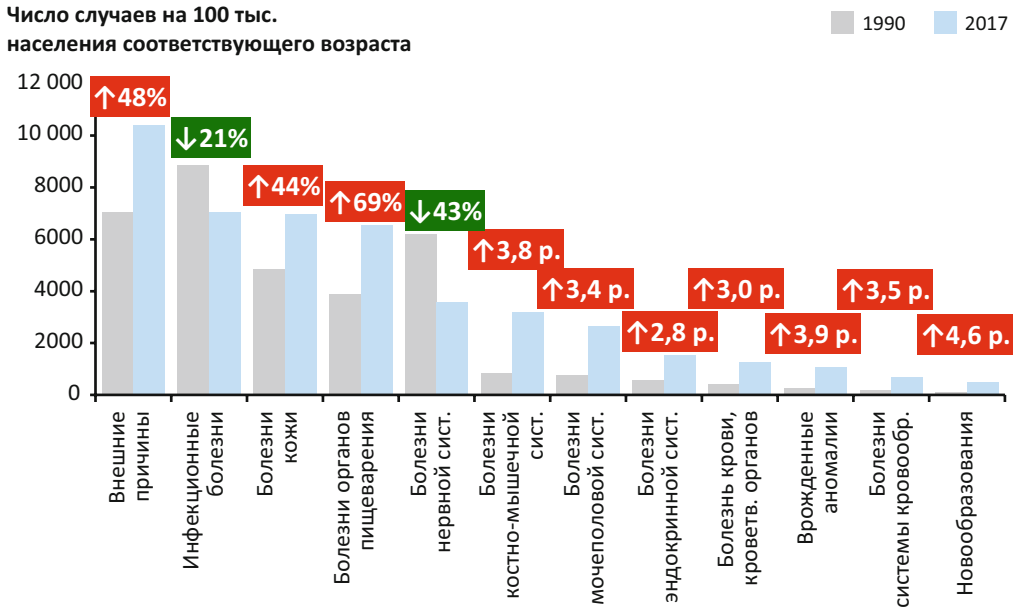


Источник: Росстат.

Рис. 52. Динамика доли и числа детей, родившихся больными или заболевших в период новорожденности, в РФ

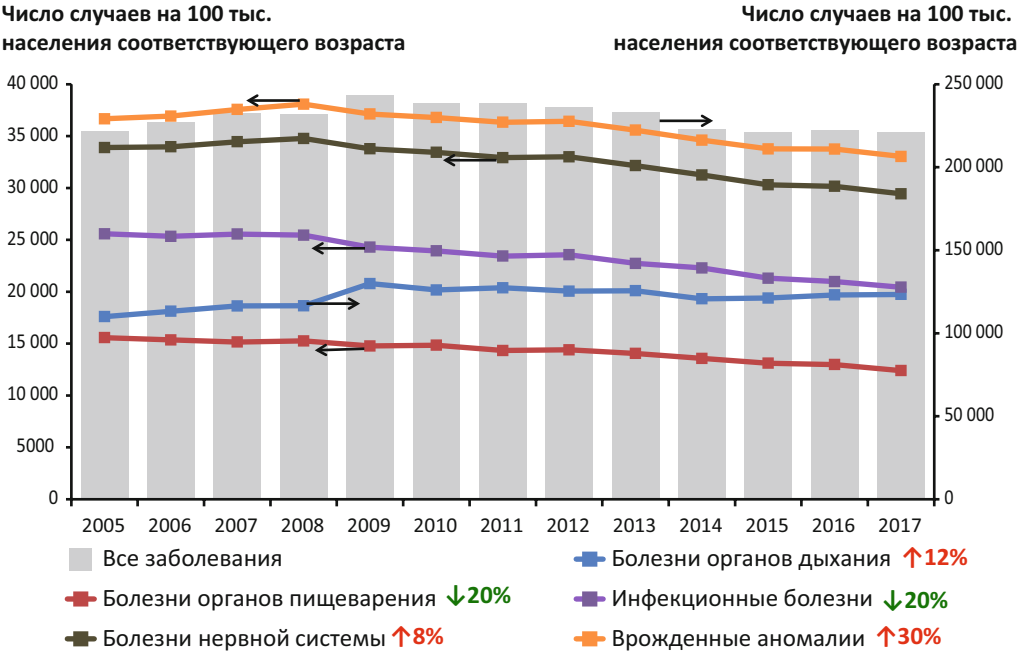
Первичная заболеваемость детей. Всего в РФ в 2017 г. впервые выявлено заболевших детей в возрасте 0–14 лет **44,9 млн человек**. Первичная заболеваемость в расчете на 100 тыс. населения соответствующего возраста с 1990 по 2017 г. **выросла по всем классам болезней** на 55%. Первичная заболеваемость детей по классу «новообразования» увеличилась **в 4,6 раза**, по классу «врожденные аномалии» — **в 3,9 раза**, «болезни костно-мышечной системы и соединительной ткани» — **в 3,4 раза**, «болезни системы кровообращения» — **в 3,5 раза** (рис. 53). Сокращение наблюдалось только по классам «инфекционные болезни» и «болезни нервной системы» соответственно **на 21** и **43%**.

Общая заболеваемость детей. Всего в РФ в 2017 г. заболевших детей в возрасте 0–14 лет было **56,5 млн** человек. Общая заболеваемость в расчете на 100 тыс. населения соответствующего возраста с 2005 по 2017 г. осталась на одном уровне (рис. 54). Вместе с тем наблюдается существенный рост общей заболеваемости по классу «врожденные аномалии» — **на 30%**, «болезни органов дыхания» — **на 12%**, «болезни нервной системы» — **на 8%**. За этот период общая заболеваемость сократилась по следующим классам болезней: «инфекционные болезни» — **на 20%**, «болезни органов пищеварения» — **на 20%**.



Источники: Росстат, ЦНИИОИЗ Минздрава России.

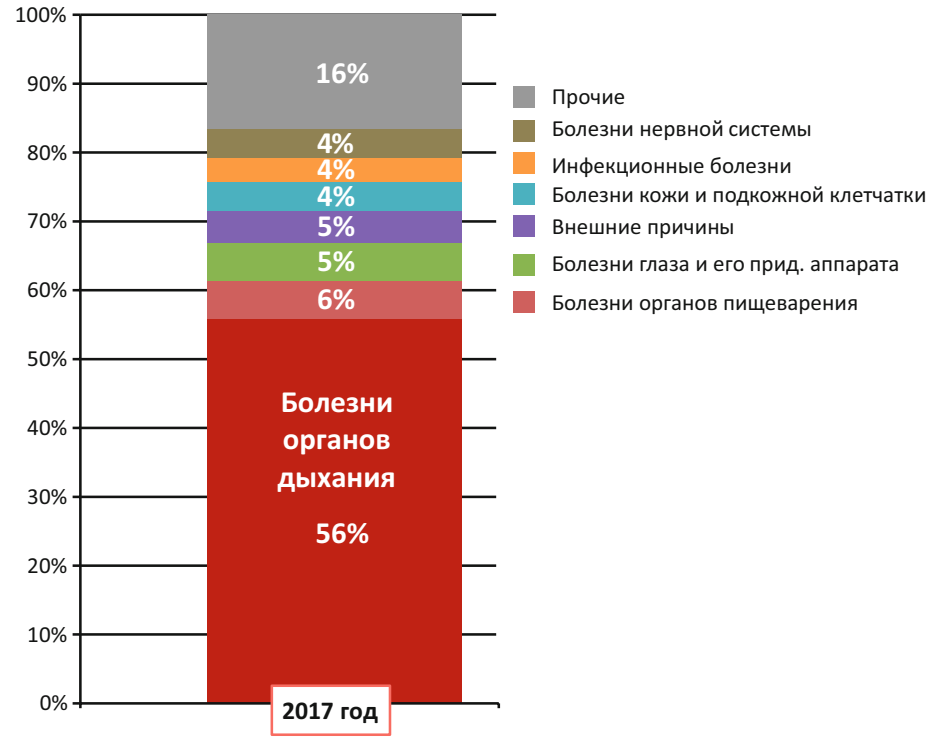
Рис. 53. Динамика первичной заболеваемости детей (0–14 лет) в РФ



Источники: Росстат, ЦНИИОИЗ Минздрава России.

Рис. 54. Динамика общей заболеваемости детей (0–14 лет) в РФ

Структура общей заболеваемости детей в возрасте 0–14 лет в РФ в 2017 г. представлена на рис. 55. Наиболее распространенными заболеваниями среди детей являются болезни органов дыхания (**56%**), болезни органов пищеварения — **6%**, болезни глаза — **5%**, внешние причины — **5%**, болезни кожи — **4%** и т.п.

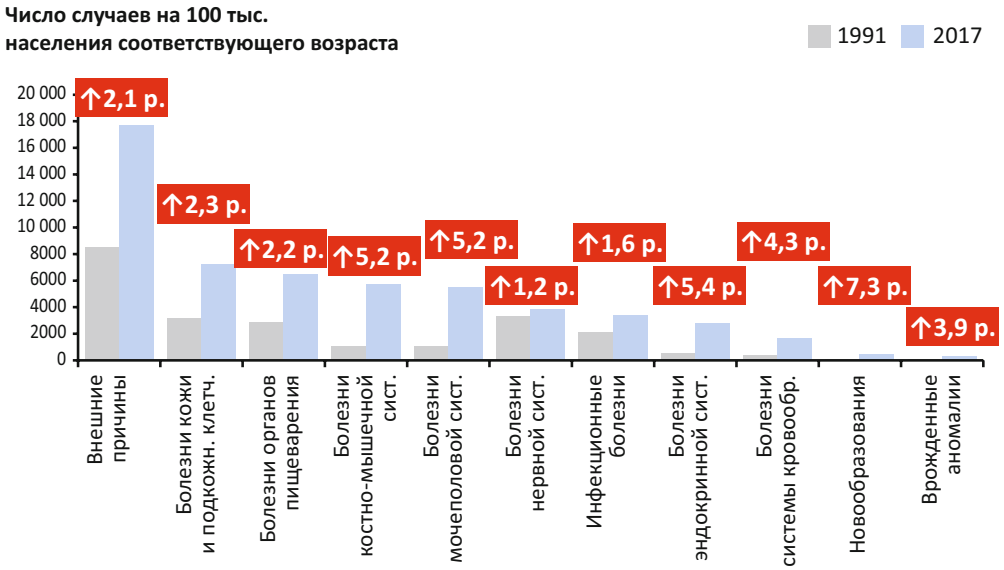


Источник: ЦНИИОИЗ Минздрава России.

Рис. 55. Структура общей заболеваемости детей (0–14 лет) в РФ в 2017 г.

Заболеваемость подростков. Всего в 2017 г. в РФ впервые выявлено **5,6 млн** заболевших подростков (15–17 лет). Первичная заболеваемость подростков в расчете на 100 тыс. населения соответствующего возраста с 1991 по 2017 г. **существенно выросла** по всем классам болезней (рис. 56). Наиболее интенсивно увеличилась первичная заболеваемость подростков по классу «новообразования» — **в 7,3 раза**, «болезни мочеполовой системы» — **в 5,2 раза**, «болезни эндокринной системы» — **в 5,4 раза** и «болезни костно-мышечной системы» — **в 5,2 раза**.

Общая заболеваемость подростков. Всего в РФ в 2017 г. зарегистрировано **9 млн** заболевших подростков. Общая заболеваемость по всем классам болезней с 2005 по 2017 г. выросла **на 21%** (рис. 57). Рост наблюдается по всем классам болезней, кроме инфекционных. Наиболее интенсивно возросла общая заболеваемость по классу «новообразования» — **на 84%**, «внешние причины» — **на 42%**, «болезни уха и сосцевидного отростка» — **на 37%**, «болезни нервной системы» — **на 33%** и т.д.



Источники: Росстат, ЦНИИОИЗ Минздрава России.

Рис. 56. Динамика первичной заболеваемости подростков (15–17 лет) в РФ

Источники: Росстат, ЦНИИОИЗ Минздрава России.

Рис. 57. Динамика общей заболеваемости подростков (15–17 лет) в РФ

Структура общей заболеваемости подростков в РФ в 2017 г. представлена на рис. 58. Так же как и у детей, у подростков наиболее распространенными

являются болезни органов дыхания — **35%**, болезни глаза и его придаточного аппарата — **10%**. По **8%** в структуре общей заболеваемости занимают болезни костно-мышечной системы, внешние причины и болезни органов пищеварения. Примерно по **5%** приходится на болезни мочеполовой системы, болезни кожи и болезни нервной системы.

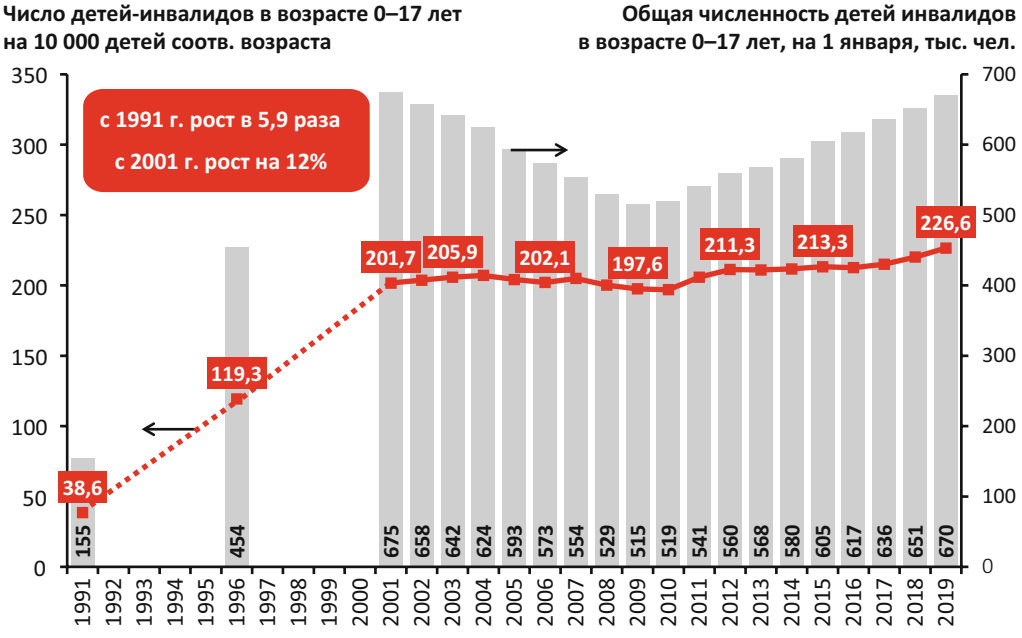
Источник: ЦНИИОИЗ Минздрава России.

Рис. 58. Структура общей заболеваемости подростков (15–17 лет) в РФ в 2017 г.

Детская инвалидность

Всего детей-инвалидов[1] в РФ на 1 января 2019 г. было **670 тыс. человек**. Ежегодно впервые признаются инвалидами **76 тыс. человек**. На рис. 59 представлена динамика общего числа детей-инвалидов в РФ. Видно, что их общая численность с 1991 по 2019 г. возросла **в 4,3 раза**, при расчете на 10 тыс. детей рост составил **5,9 раза**. С 2012 по 2019 г. общая численность детей-инвалидов увеличилась **на 7%**. Такое увеличение инвалидности говорит о серьезном неблагополучии в отношении профилактики и лечения заболеваний у детей.

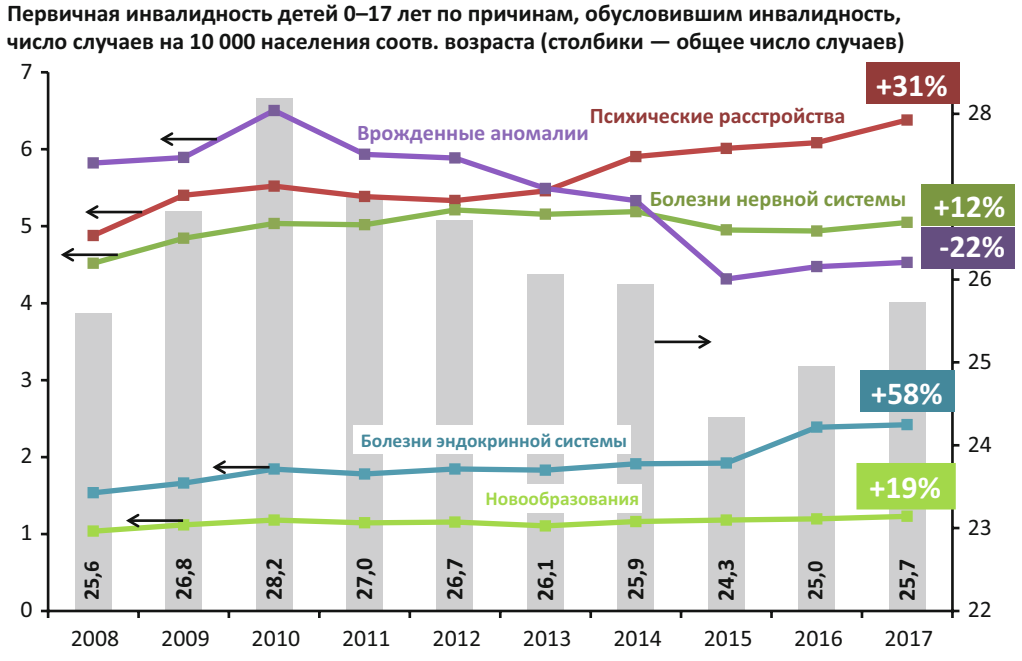
[1] В общую численность инвалидов включаются лица, состоящие на учете и получающие пенсию в системе Пенсионного фонда РФ, Министерстве обороны РФ, Министерстве внутренних дел РФ, Федеральной службе безопасности РФ и Федеральной службе исполнения наказаний Минюста России. С 2015 г. данные с учетом численности инвалидов в Республике Крым и г. Севастополь. С 2018 г. приведены данные из федеральной государственной информационной системы «Федеральный реестр инвалидов» без учета г. Байконур.



** Данные за 1991 и 1996 гг. по детям в возрасте 0–15 лет.*

Источник: Росстат.

Рис. 59. Динамика общей детской инвалидности в РФ



Источник: Минтруд России, расчет ВШОУЗ-КМК.

Рис. 60. Динамика первичной детской инвалидности по классам болезней в РФ

Динамика первичной детской инвалидности (0–17 лет) по причинам, обусловившим инвалидность, представлена на рис. 60. С 2008 по 2017 г. она была на одном и том же уровне. Однако по ряду причин наблюдается значительный рост: болезни эндокринной системы — **на 58%**, психические расстройства — **на 31%**, новообразования — **на 19%**, болезни нервной системы — **на 12%**. По некоторым классам болезней произошло снижение первичной детской инвалидности: врожденные аномалии — **на 22%**.

В структуре причин первичной детской инвалидности (0–17 лет) в 2017 г. преобладали психические расстройства — **26%** и болезни нервной системы — **20%** (рис. 61). Врожденные аномалии составили **18%**, болезни эндокринной системы — **10%**, болезни костно-мышечной системы и новообразования — **по 5%**.

Источник: Росстат (Минтруда России).

Рис. 61. Структура первичной детской инвалидности в РФ в 2017 г.

Ресурсы педиатрической службы РФ

На рис. 62 показана динамика показателей обеспеченности детского населения педиатрическими койками и педиатрами, а также врачами-педиатрами участковыми. Видно, что с 2000 по 2018 г. обеспеченность педиатрическими койками **сократилась в 2,1 раза** (с 35,5 до 16,9). С 2010 по 2018 г. обеспеченность врачами педиатрами сократилась **в 1,3 раза** (с 20,8 до 16,3). С 2007 г. на-

блюдается также снижение обеспеченности детского населения врачами-педиатрами участковыми **на 12%** (с 10,5 до 9,2). И это сокращение мощностей педиатрической службы произошло на фоне роста заболеваемости и инвалидности детей и подростков.

Источник: ЦНИИОИЗ Минздрава России.

Рис. 62. Динамика обеспеченности педиатрическими койками, врачами-педиатрами и врачами-педиатрами участковыми в РФ

Особенно опасно сокращение врачей-педиатров участковых. Сегодня количество врачей-педиатров участковых в РФ составляет **27,6 тыс.** Расчеты показывают, что таких врачей необходимо **37,2 тыс.** Расчет сделан следующим образом: численность прикрепленного детского населения от 0 до 17 лет на одном педиатрическом участке по нормативам составляет 800 чел[1]. Тогда врачей-педиатров участковых необходимо 37,2 тыс. (29,78 млн ÷ 800), где 29,78 млн — численность детского населения в возрасте от 0 до 17 лет. Таким образом, в РФ на сегодняшний день **не хватает 9,6 тыс.** врачей-педиатров участковых. По прогнозам Росстата[2], к 2024 г. численность детей и подростков возрастет на 0,8 млн человек, или на 3%, что усугубит дефицит врачей-педиатров участковых.

[1] Приказ Минздравсоцразвития России от 16.04.2012 № 366н «Об утверждении Порядка оказания педиатрической помощи».

[2] Средний вариант прогноза от 03.10.2018.

ВЫВОДЫ К ГЛАВЕ 1

- Несмотря на положительную динамику ОПЖ (ключевого показателя, характеризующего здоровье населения), достигнутую с 2006 по 2018 г., в РФ **сохраняется отставание** от развитых стран по этому показателю. ОПЖ сегодня в РФ составляет **72,9 года**, что **на 4,8 года ниже**, чем в «новых-8» странах ЕС, близких к РФ по уровню экономического развития. В 1986–87 гг. этот показатель в РФ был практически **на уровне** этих стран. Особенно выражено отставание по ОПЖ среди мужчин: российские мужчины живут **на 6,1 года меньше**, чем в «новых-8» странах ЕС, и **на 10 лет меньше**, чем российские женщины.

- Отставание по ОПЖ связано с высоким уровнем смертности от предотвратимых причин — болезней системы кровообращения (БСК), новообразований и внешних причин, которые вместе обусловливают **70%** смертей в РФ. Так, СКС от БСК в РФ **в 1,4 раза выше**, чем в «новых-8» странах ЕС, а смертность от внешних причин — **в 2 раза выше**, чем у них. Особенно высокий уровень смертности сложился в трудоспособном возрасте — **в 3,4 раза выше**, чем в развитых странах.

- Ситуация с высокой предотвратимой смертностью в РФ сопровождается **критическим** снижением рождаемости: коэффициент рождаемости с 2014 по 2018 г. **снизился почти на 20%**. Это привело к отрицательным показателям естественного прироста населения начиная с 2016 г., в 2018 г. число умерших превысило число родившихся **на 224,6 тыс. человек**.

- С 1990 г. общая заболеваемость в РФ увеличилась **на 51%**, что существенно увеличило поток пациентов на систему здравоохранения и должно было сопровождаться соответствующим увеличением ее мощностей. Доля лиц трудоспособного возраста среди всех лиц, впервые признанных инвалидами, с 1995 г. **выросла на 16%** и стабильно высока (**44%**), что говорит о **неадекватности мер** по раннему выявлению и предотвращению прогрессирования заболеваний.

- Несмотря на снижение детской смертности, в 2017 г. смертность детей (0–14 лет) в РФ была **в 1,6 раза выше**, чем в «новых-8» странах ЕС. Серьезную озабоченность вызывает **увеличение** детской и подростковой заболеваемости и инвалидности. Так, с 1990 г. в РФ **удвоилось** число детей, родившихся больными или заболевших в период новорожденности. С 1990 по 2017 г. первичная заболеваемость детей (0–14 лет) и подростков (15–17 лет) **выросла** практически по всем классам болезней. Общая заболеваемость подростков в РФ с 2005 по 2017 г. **выросла на 21%**. Число детей-инвалидов (в пересчете на 10 тыс. детей) с 1991 г. **выросло в 5,9 раза**. На этом фоне в РФ произошло существенное сокращение ресурсов педиатрической службы: с 2000 по 2018 г. обеспеченность педиатрическими койками сократилась **в 2,1 раза**; с 2010 по 2018 г. обеспеченность врачами-педиатрами сократи-

лась **в 1,3 раза**; с 2007 по 2018 г. обеспеченность врачами-педиатрами участковыми сократилась **на 12%**.

- Обращает на себя внимание **неблагополучная** ситуация со смертностью и заболеваемостью **инфекционными болезнями**. СКС от инфекционных болезней в РФ **в 3,5 раза выше**, чем в «новых-8» странах ЕС. Первичная заболеваемость туберкулезом, ВИЧ-инфекцией и вирусными гепатитами, которые вместе составляют 90% в структуре смертности от инфекционных болезней, **в несколько раз выше**, чем в странах ЕС. Более того, в РФ с 1990 по 2017 г. СКС от инфекционных болезней вырос **в 1,7 раза** и продолжает расти, причем сегодня **90%** всех умерших от этой причины — граждане трудоспособного возраста. На этом фоне первичная и общая заболеваемость инфекционными болезнями снизились, что говорит о том, что в РФ большинство инфекционных заболеваний своевременно не выявляются и недостаточно лечатся, что напрямую связано с **сокращением** ресурсов, определяющих мощности инфекционной службы: обеспеченность инфекционными койками с 1990 по 2018 г. **сократилась в 2,6 раза**, обеспеченность врачами-инфекционистами с 2010 по 2018 г. **сократилась на 18%**.

ГЛАВА

2 КЛЮЧЕВЫЕ ФАКТОРЫ, ВЛИЯЮЩИЕ НА ЗДОРОВЬЕ НАСЕЛЕНИЯ РФ, В ДИНАМИКЕ С 2012 ПО 2018 г.

2.1. ФАКТОРЫ, ОПРЕДЕЛЯЮЩИЕ ЗДОРОВЬЕ НАСЕЛЕНИЯ

Анализ мирового опыта по оценке влияния различных факторов на показатели здоровья населения на популяционном уровне показывает, что здоровье определяется социально-экономическими факторами, образом жизни граждан, условиями внешней среды, доступностью и качеством медицинской помощи, которая напрямую зависит от уровня финансирования и эффективности работы системы здравоохранения (рис. 63). Иногда эти факторы называются **детерминантами** здоровья.

Источник: County Health Rankings model 2014, UWPHI.

Рис. 63. Факторы, влияющие на здоровье населения

Например, с учетом этих факторов рассчитывается индекс здоровья населения Европы (EURO-HEALTHY PHI, Atlas of Population Health in European Union Regions[1]). В США приняты аналогичные подходы к измерению факторов, влияющих на здоровье населения (Healthy People, 2020[2]). Эти расчеты позволяют оперативно определять влияние отрицательного воздействия на здоровье населения некоторых из этих факторов, принимать меры по их коррекции и строить научно обоснованные прогнозы динамики показателей здоровья.

Общепринято считать, что на макроуровне (т.е. по странам) влияние окружающей среды на здоровье населения не превышает **10%**. Остальное влияние определяется наиболее значимыми факторами, а именно уровнем экономического развития (выражается через ВВП на душу населения), образом жизни населения (потребление алкоголя, распространенность табакокурения), доступностью и качеством медицинской помощи, которые выражаются через уровень финансирования здравоохранения.

Каждый из факторов в определенной степени влияет на здоровье населения: для ЕС эта степень влияния одна, для РФ — другая. Например, в странах, где система здравоохранения длительное время хорошо финансируется, степень ее воздействия на здоровье будет меньшей по сравнению со странами, где есть резервы роста в этом направлении. Например, в РФ увеличение финансирования и повышение эффективности деятельности системы здравоохранения в большей степени повлияют на улучшение здоровья населения, чем это произойдет в странах ЕС. Это было доказано на примере реализации Приоритетного национального проекта (ПНП) «Здоровье» в 2005–2012 гг. и других целевых программ, инициированных руководством страны в этот период.

При построении моделей для количественной оценки влияния факторов на здоровье населения используют показатель ОПЖ, данные по которой публикуются ежегодно (см. раздел 1.2). Показатель продолжительности здоровых лет жизни является более точной характеристикой здоровья (QALY[3]), однако он делается 1 раз в несколько лет и не публикуется в разрезе субъектов РФ.

---

[1] Santana P., Freitas A., Costa C. et al. Atlas of Population Health in European Union Regions. — Imprensa da Universidade. — November, 2017. — Электронный доступ: https://www.researchgate.net/publication/321361767_Atlas_of_Population_Health_in_European_Union_Regions

[2] https://www.healthypeople.gov/2020/data-search/About-the-Data

[3] Количество QALY (*Quality-Adjusted Life Year*) — это годы жизни больного с учетом влияния лечения и прогрессирования заболевания на качество жизни. QALY позволяет интегрировать смертность и заболеваемость для оценки статуса здоровья с точки зрения лет жизни, прожитых качественно.

2.2. КОЛИЧЕСТВЕННАЯ ОЦЕНКА ВЛИЯНИЯ ФАКТОРОВ, ОПРЕДЕЛЯЮЩИХ ЗДОРОВЬЕ НАСЕЛЕНИЯ

(соавторы Нигматулин Б.И.[1], Гиноян А.Б.[2])

По результатам проведенного ВШОУЗ-КМК исследования с помощью эконометрического моделирования были определены главные факторы, влияющие на состояние здоровья населения РФ, и дана количественная оценка воздействия этих факторов на ОПЖ при рождении[3]. В данной работе среди множества факторов демографического и социально-экономического характера, в том числе образа жизни населения, выбраны три главных: валовой региональный продукт (ВРП) на душу населения, подушевые государственные расходы на здравоохранение (ГРЗ) и потребление алкогольных напитков на душу населения (АЛК)[4]. Уравнение регрессии, в котором оценивается влияние выбранных независимых переменных на ОПЖ при рождении, имеет следующий вид:

$$\log(ОПЖ)it = \beta_0 + \beta_1 \log(ВРП)_{it} + \beta_2 \log(ГРЗ)_{it} + \beta_3 \log(АЛК)_{it} + \mu_i + \varepsilon_{it},$$

где μ_i — фиксированный эффект конкретного региона; ε_{it} — остаточный член (стандартная ошибка прочих факторов, не оказывающих существенного влияния на итоговый результат).

Переменные преобразованы в логарифмическую форму (натуральные логарифмы), поскольку результаты всех предыдущих исследований показывают нелинейную зависимость между показателями последствий для здоровья и объясняющими переменными, а нелинейность охватывается с помощью логарифмического преобразования.

Данные по ВРП на душу населения и потреблению крепких алкогольных напитков на душу населения[5] были взяты из баз данных Федеральной службы государственной статистики РФ[6], данные по государственным расходам на здравоохранение на душу населения — из реестра открытых данных Федерального казначейства РФ[7]. Показатели ВРП на душу населения и ГРЗ на душу населения были переведены в постоянные цены 2011 г. двумя

[1] Б.И. Нигматулин — доктор технических наук, профессор, советник вице-президента по маркетингу и развитию бизнеса АО «Русатом Оверсиз Инк», генеральный директор Института проблем энергетики.

[2] А.Б. Гиноян — кандидат экономических наук, ведущий научный сотрудник Научно-исследовательского центра по анализу деятельности системы здравоохранения ВШОУЗ-КМК.

[3] Улумбекова Г.Э., Гиноян А.Б., Чабан Е.А. Количественный анализ факторов, влияющих на состояние здоровья населения в Российской Федерации // Медицинское образование и профессиональное развитие. 2016. № 2. С. 107–120.

[4] В отличие от статьи в предыдущей сноске, выборка которой охватывала 2011–2014 гг. и 83 региона Российской Федерации, оценки данной работы охватывают период 2011–2016 гг. и 85 регионов (включая Республику Крым и г. Севастополь).

[5] Алкогольные напитки включают водку и ликеро-водочные изделия.

[6] Валовой региональный продукт на душу населения [Электронный ресурс] // Федеральная служба государственной статистики. URL: https://fedstat.ru/indicator/42928. Продажа алкогольных напитков в расчете на душу населения (в натуральном выражении) [Электронный ресурс] URL: https://fedstat.ru/indicator/31432

[7] Государственные расходы на здравоохранение включают расходы на здравоохранение консолидированных бюджетов субъектов Российской Федерации и территориальных государственных внебюджетных фондов. URL: http://www.roskazna.ru/ispolnenie-byudzhetov/konsolidirovannye-byudzhety-subektov

способами: первый — с использованием индексов физического объема ВРП на душу населения, второй — с помощью дефлирования, используя для этого индексы потребительских цен на товары и услуги в субъектах РФ.

Результаты оценки уравнения регрессии представлены в табл. 1. Обращаем внимание, что уравнение регрессии рассчитано на динамическом ряде за 2011–2016 гг., что обеспечивает наибольшую точность модели, доступную на текущий момент. Данные за 2017 г. представляют собой конечную точку динамического ряда официальных статистических данных со значительным отклонением по сравнению с предыдущим периодом, поэтому при предварительном расчете они были использованы в виде соотношений разницы показателей с 2016 и 2018 гг. При получении официальных данных за 2018 г. по ВРП (остальные данные имеются) может быть проведено уточнение коэффициентов уравнения регрессии.

Таблица 1. Количественная оценка влияния на ОПЖ при рождении основных факторов, влияющих на состояние здоровья населения, 2011–2016 гг.

Зависимая переменная: ОПЖ при рождении	
Независимые переменные	**ОМНК (ФЭ)**
Валовой региональный продукт на душу населения	0,050* (0,005)
Государственные расходы на здравоохранение на душу населения	0,035* (0,004)
Потребление крепких алкогольных напитков на душу населения	–0,040* (0,001)
Постоянная	2,521* (0,106)
Коэффициент детерминации (R_2)	0,96
Число наблюдений	499

Примечания: устойчивые стандартные ошибки даны в скобках; ОМНК (ФЭ) — обобщенный метод наименьших квадратов с фиксированными эффектами.
* Показатель значим на уровне 1%.

Как следует из табл. 1, коэффициенты эластичности всех независимых переменных являются статистически значимыми на 1%-м уровне, а коэффициент детерминации равен 0,96 (96%), что свидетельствует о том, что зависимая переменная (ОПЖ) довольно точно описывается построенной моделью.

Таким образом, исследования ВШОУЗ-КМК показали, что для РФ доля влияния факторов, определяющих здоровье населения, распределялась следующим образом: темп роста ВВП определял ОПЖ **на 37%**, снижение потребления алкоголя — **на 33%**, увеличение государственного финансирования здравоохранения — **на 30%** (рис. 64).

Далее проанализированы факторы, которые влияют на ОПЖ в РФ: в данной главе — экономические факторы и образ жизни, в главе 3 — состояние и деятельность системы здравоохранения.

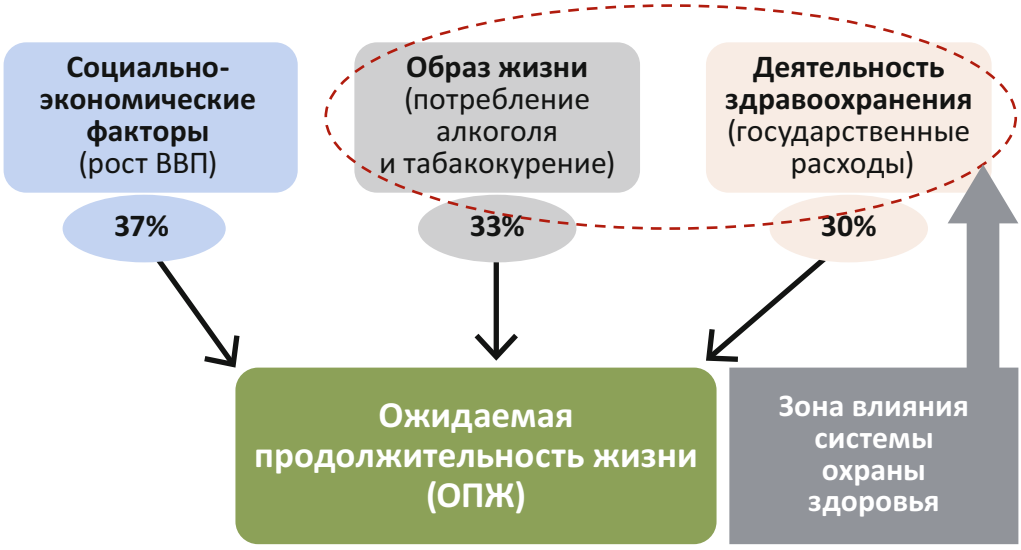


Рис. 64. Влияние факторов на ожидаемую продолжительность жизни в РФ

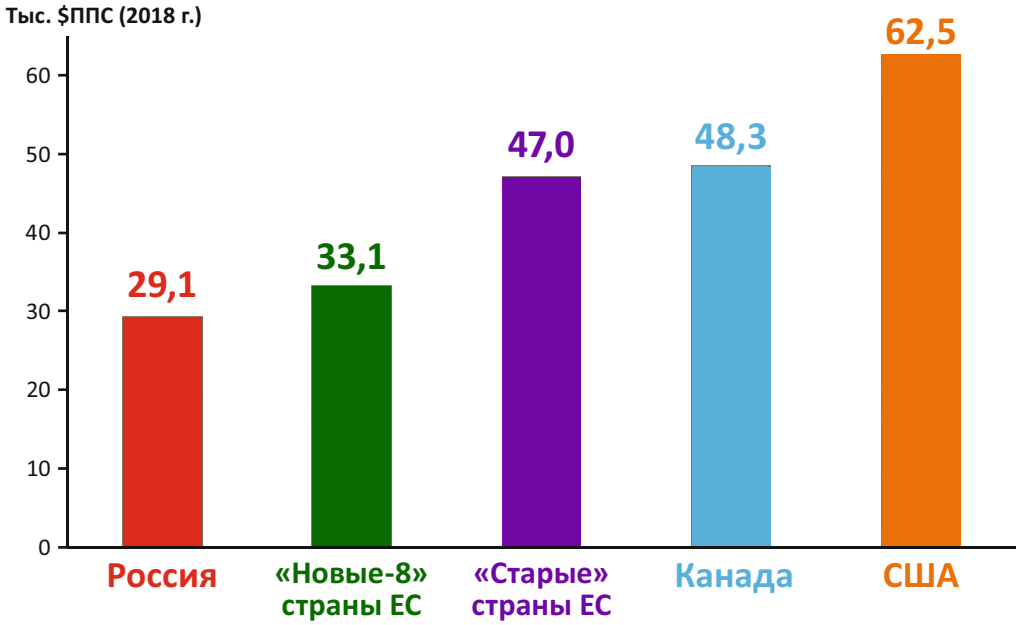
2.3. ПОКАЗАТЕЛИ СОЦИАЛЬНО-ЭКОНОМИЧЕСКОГО РАЗВИТИЯ

ВВП является ключевым макроэкономическим показателем. В РФ в 2018 г. он составил **707,5 тыс. рублей** на душу населения, что в пересчете на доллар по ППС[1] — 29,1 тыс. $ППС. Это значение практически **на уровне** «новых-8» стран ЕС (33,1 тыс.) и **в 1,6 раза ниже**, чем в «старых» странах ЕС (47,0 тыс.) (рис. 65).

Одним из важных социально-экономических показателей является **средняя заработная плата** по стране во всех отраслях экономики в среднем. В РФ данный показатель в 2017 г. составил **39,2 тыс. рублей** на душу населения, или 1600 $ППС, что **в 1,5 раза ниже**, чем в «новых-8» странах ЕС (2351 $ППС), и **в 2,5 раза ниже**, чем в «старых» странах ЕС (3952 $ППС) (рис. 66).

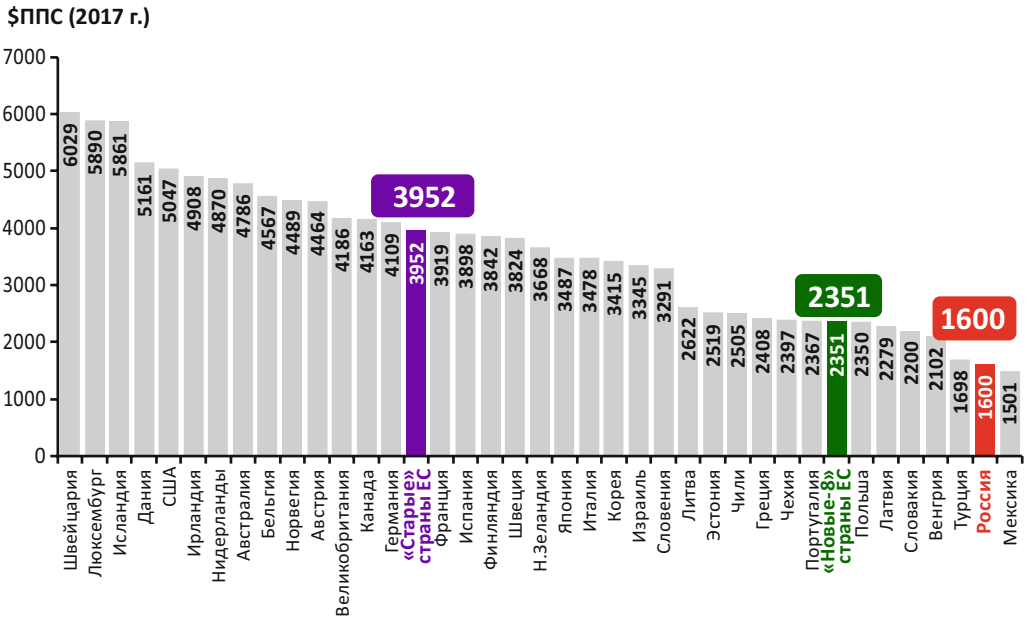
Следует также отметить, что сегодня в РФ **51%** населения проживает на доходы менее **25 тыс. рублей в месяц** и только **10%** населения имеет доходы выше **60 тыс. рублей**. Такая ситуация сложилась при стагнации реальных доходов населения с 2014 г. и постоянном росте расходов на другие первоочередные статьи затрат семейного бюджета: ЖКХ, продукты питания, транспорт, образование детей и др. В этих условиях доступность бесплатной медицинской помощи для населения имеет принципиальное значение.

[1] Доллар по ППС ($ППС) — доллар, оцененный по паритету покупательной способности. Представляет собой количество единиц валюты, необходимое для покупки стандартного набора товаров и услуг, который можно приобрести за одну денежную единицу базовой страны (доллар США).



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

Рис. 65. Валовой внутренний продукт на душу населения в разных странах



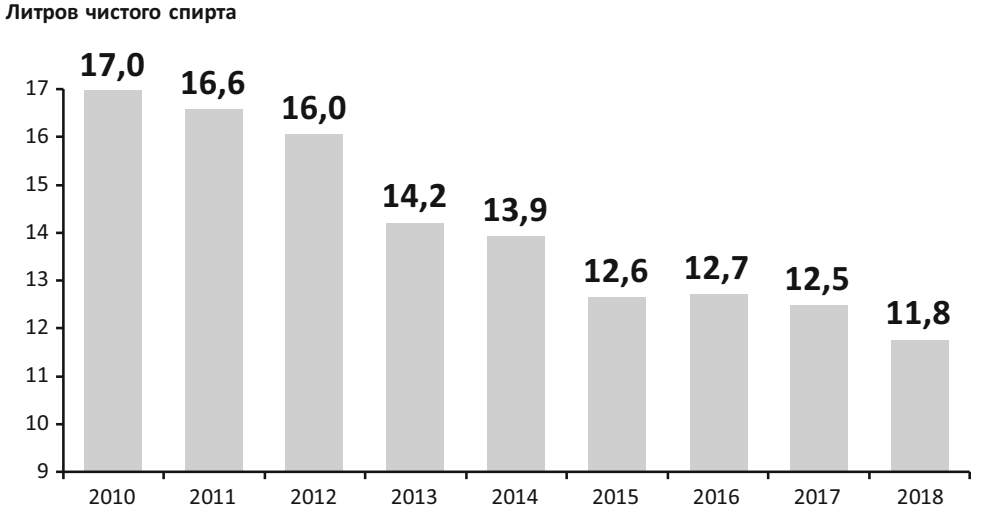
«Новые-8» страны ЕС включают: Чехию, Эстонию, Венгрию, Латвию, Литву, Польшу, Словакию, Словению.
Источники: Росстат; база данных ОЭСР «OECD.Stat».

Рис. 66. Среднемесячная заработная плата в РФ, «новых-8» и «старых» странах ЕС

2.4. ОБРАЗ ЖИЗНИ НАСЕЛЕНИЯ

Злоупотребление алкоголем — это важнейшая проблема общественного здоровья, причина катастрофически высокого уровня смертности (особенно мужской) в РФ. Основные последствия злоупотребления алкоголем в РФ включают: сверхсмертность, снижение продолжительности жизни, потерю здоровья, снижение рождаемости, ухудшение наследственности и здоровья детей, деградацию социальной и духовно-нравственной среды, распад семей. Экономические потери от разрушения человеческого потенциала многократно превышают доходы от производства и оборота алкоголя. Злоупотребление алкоголем увеличивает вероятность смертности от сердечно-сосудистых заболеваний (ишемической болезни сердца, повышенного артериального давления, геморрагического инсульта, аритмии, кардиомиопатии), несчастных случаев, травм и внезапной остановки сердца.

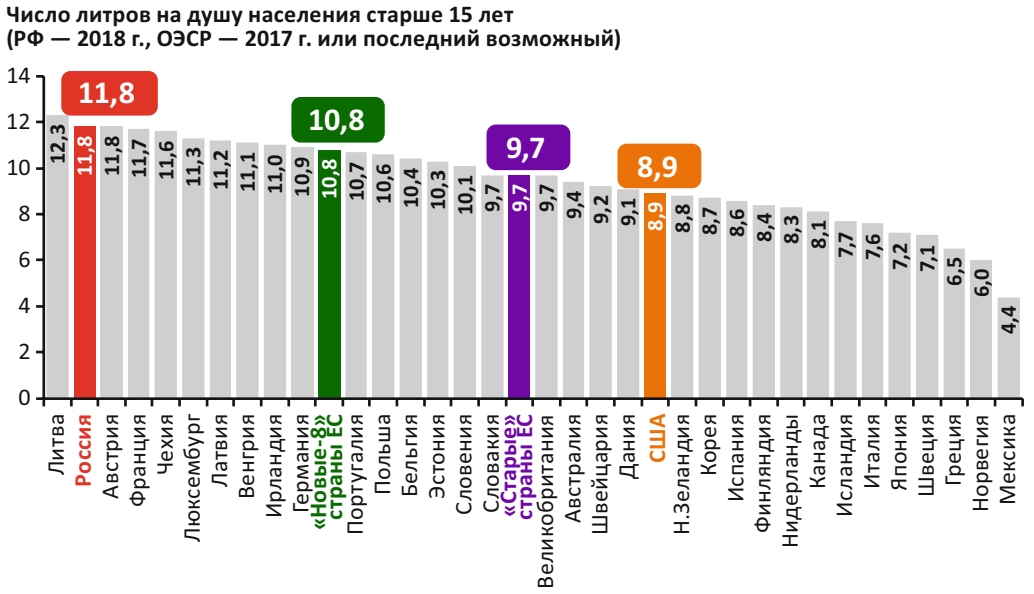
Антиалкогольная концепция, принятая в РФ в 2009 г. (Распоряжение Правительства РФ от 30.12.2009 № 2128-р), с 2010 по 2018 г. привела к снижению потребления алкоголя **на 30%** (рис. 67).



Источники: Государственная программа РФ «Развитие здравоохранения»; Минздрав России.

Рис. 67. Динамика потребления алкоголя на душу населения среди лиц старше 15 лет в РФ

Однако показатель потребления алкоголя в РФ (число литров чистого спирта на душу населения среди лиц старше 15 лет) остается одним из самых высоких среди стран ОЭСР — 11,8 л в 2018 г., что **на 9% выше**, чем в «новых-8» странах ЕС (10,8 л), **на 22% выше**, чем в «старых» странах ЕС (9,7 л), и **на 33% выше**, чем в США (8,9 л) (рис. 68).



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

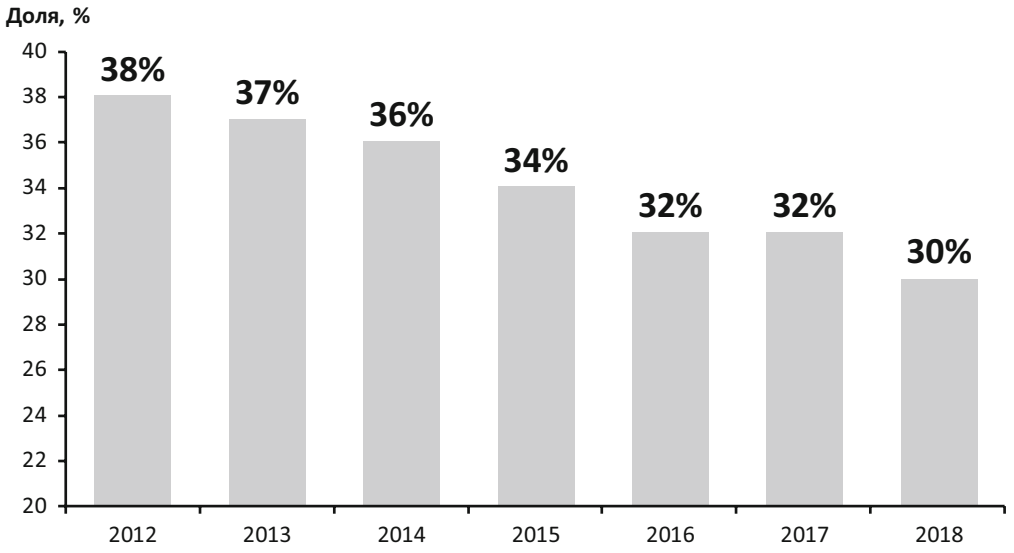
Рис. 68. Потребление алкоголя на душу населения среди лиц старше 15 лет в РФ и странах ОЭСР

Курение — вторая по значимости проблема общественного здоровья. Курение вызывает рост болезней системы кровообращения, приводит к хроническим заболеваниям легких и многим онкологическим заболеваниям. Курение является причиной **90%** смертей от рака легкого, **75%** — от болезней органов дыхания, **25%** — от болезней сердца. Примерно **25%** курильщиков умирают преждевременно: в среднем курение сокращает ожидаемую продолжительность жизни на 10–15 лет (по данным Роспотребнадзора, 2013). По данным Минздрава России[1], среднестатистический россиянин выкуривает **17 сигарет** в день, в то время как в «новых» и «старых» странах ЕС этот показатель — **5 штук** в день.

Курение является предотвратимой причиной заболеваний. Во многих странах мира (США, странах ЕС и др.) действуют национальные программы по борьбе с курением. Их реализация позволила **в 1,5–2,0 раза** снизить распространенность курения и связанную с ним смертность (ВОЗ, 2005). Очень важно, что в России был утвержден антитабачный закон «Об охране здоровья граждан от воздействия окружающего табачного дыма и последствий потребления табака»[2]. Реализация данного антитабачного закона с 2012 по 2018 г. привела к снижению распространенности курения **на 21%** (рис. 69).

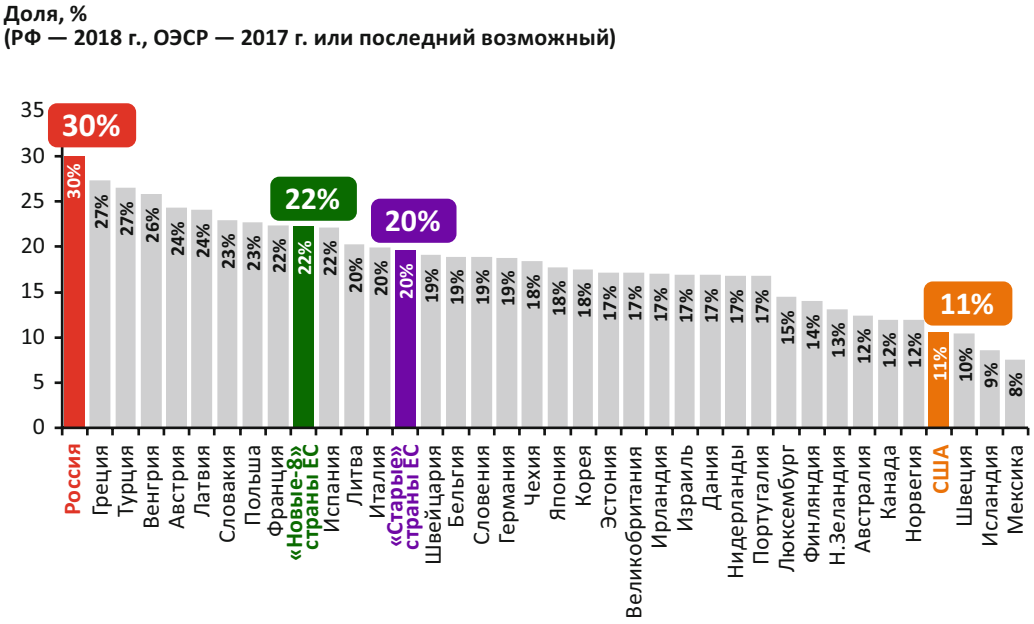
Однако показатель доли курящего взрослого населения в РФ остается одним из самых высоких среди стран ОЭСР — **30%** в 2018 г. Это **в 1,4 раза выше**, чем в «новых-8» странах ЕС (22%), и **в 1,5 раза выше**, чем в «старых» странах ЕС (20%), и **в 2,7 раза выше**, чем в США (11%) (рис. 70).

[1] Всероссийский форум «Здоровье нации»: http://www.znopr.ru/media/analitics/6237.html
[2] Федеральный закон РФ от 23.02.2013 № 15-ФЗ.



Источники: Государственная программа РФ «Развитие здравоохранения»; Минздрав России.

Рис. 69. Динамика доли курящего населения старше 15 лет в РФ



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

Рис. 70. Доля ежедневно курящего населения старше 15 лет в РФ и странах ОЭСР

Фактор влияния системы здравоохранения на ОПЖ является многозадачным фактором, который можно рассматривать с разных сторон: финансирование, обеспеченность кадрами и ресурсами, объемами медицинской помощи, лекарственным обеспечением. Данный фактор представлен отдельно в главе 3.

ВЫВОДЫ К ГЛАВЕ 2

- В РФ ключевыми факторами, влияющими на здоровье населения, являются экономические факторы, образ жизни граждан и финансирование системы здравоохранения. Степень их влияния распределяется следующим образом: темп роста ВВП определяет здоровье населения в РФ **на 37%**, снижение потребления алкоголя — **на 33%**, увеличение государственного финансирования здравоохранения — **на 30%**.
- Существенное отставание РФ по показателям здоровья населения от «новых-8» стран ЕС (см. главу 1), близких к РФ по ВВП на душу населения (соответственно 29,1 и 33,1 тыс. $ППС), может быть обусловлено более низкими доходами населения: средняя заработная плата в экономике в РФ **в 1,5 раза ниже**, чем в «новых-8» странах ЕС (соответственно 1,6 и 2,4 тыс. $ППС на душу населения), недофинансированием системы здравоохранения (см. раздел 3.1).
- Серьезными неблагоприятными факторами, отрицательно влияющими на ОПЖ в РФ, являются: высокое потребление алкоголя (**на 9% выше**, чем в «новых-8» странах ЕС, и **на 33% выше**, чем в США) и высокая распространенность курения (**в 1,4 раза выше**, чем в «новых-8» странах ЕС, и **в 2,7 раза выше**, чем в США).

ГЛАВА 3

РЕСУРСЫ И ДЕЯТЕЛЬНОСТЬ СИСТЕМЫ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РФ В ДИНАМИКЕ С 2012 ПО 2018 г.

3.1. ФИНАНСИРОВАНИЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

Общая структура системы здравоохранения в РФ и ее финансирование подробно описаны во 2-м издании монографии «Здравоохранение России. Что надо делать», 2015[1]. По способу финансирования в здравоохранении РФ сложилась **смешанная модель**, в которой участвуют и средства населения (частные), и государственные (или общественные) средства. За счет государственных средств оплачиваются Программа государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи (ПГГ), инвестиционные расходы, содержание федеральных учреждений, в том числе образовательных организаций, санитарно-эпидемиологическая служба и др. Население оплачивает медицинскую помощь как напрямую, путем оплаты медицинских услуг в государственных, муниципальных и частных медицинских организациях, так и через систему добровольного медицинского страхования (ДМС).

В РФ в 2018 г. общие расходы на здравоохранение составили **5,1 трлн рублей**, из них государственные расходы — **65%** (3,32 трлн руб.), частные (личные расходы граждан и ДМС) — **35%** (1,79 трлн руб.). В «новых» странах ЕС доля личных расходов ниже и составляет **27%** (рис. 71).

Государственные расходы на здравоохранение в 2012–2018 гг.

Государственное финансирование формируется из следующих источников: федеральных и региональных налогов, которые собираются в федеральном бюджете и в консолидированных бюджетах субъектов РФ, а также взносов в систему обязательного медицинского страхования (ОМС). Это взносы за работающее население (5,1% ФОТ, которые уплачивают работодатели), и взносы регионов за неработающее население. Все средства ОМС аккумулируются в Федеральном фонде ОМС (ФОМС) (рис. 72).

На рис. 73 представлена структура распределения государственных расходов на здравоохранение. Видно, что на оказание медицинской помощи тратится около **85%** средств, из которых **70%** идут в фонд оплаты труда (ФОТ).

[1] Здравоохранение РФ. Что надо делать / Г.Э. Улумбекова. — 2-е изд. — М.: ГЭОТАР-Медиа, 2015. — 704 с.

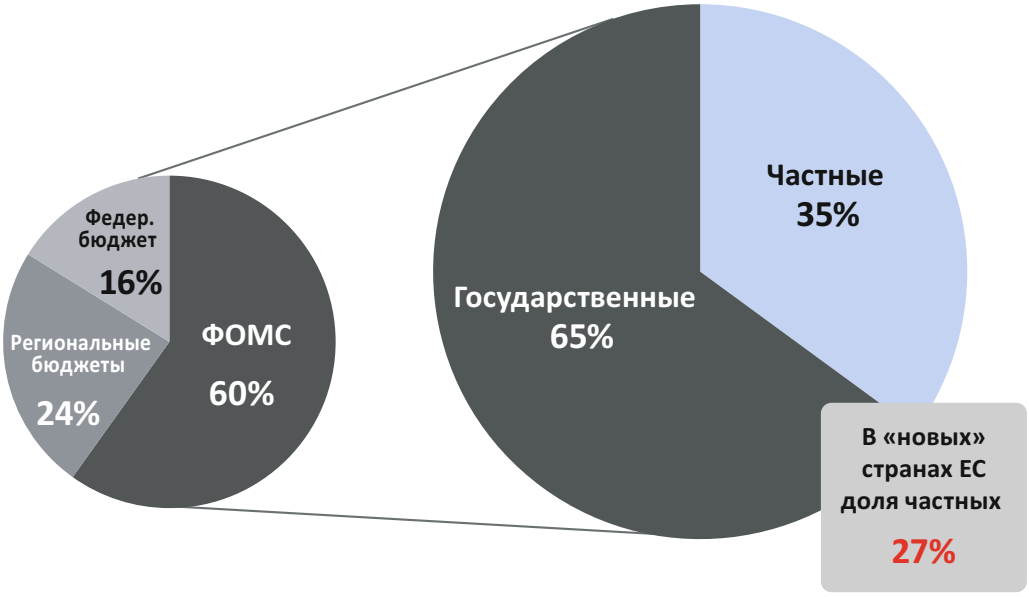


Рис. 71. Структура общих расходов на здравоохранение в РФ в 2018 г.

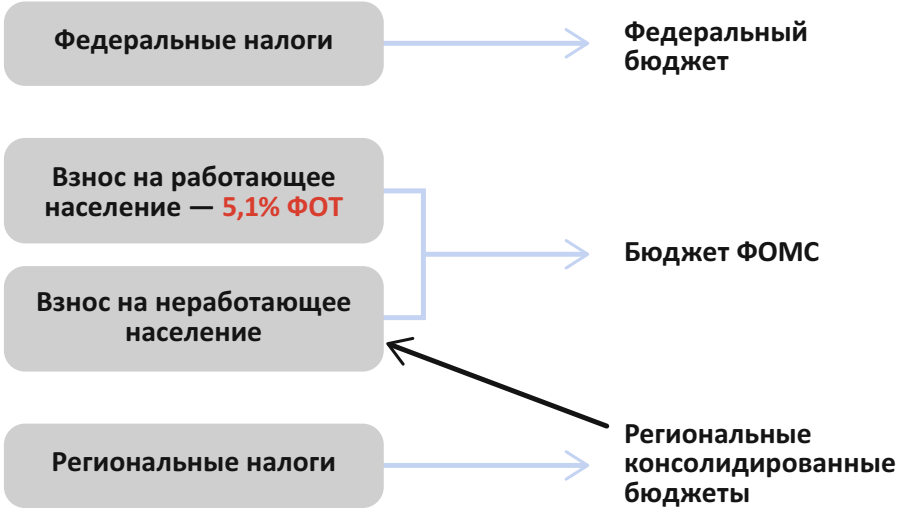


Рис. 72. Формирование источников государственного финансирования в РФ

Прежде чем государственные средства попадут в медицинские организации и пойдут на оплату труда врачей и другие статьи расходов, они пройдут по достаточно сложной цепочке их сбора, аккумулирования и распределения. Эта схема упрощенно представлена на рис. 118 и описана в разделе 5.6.

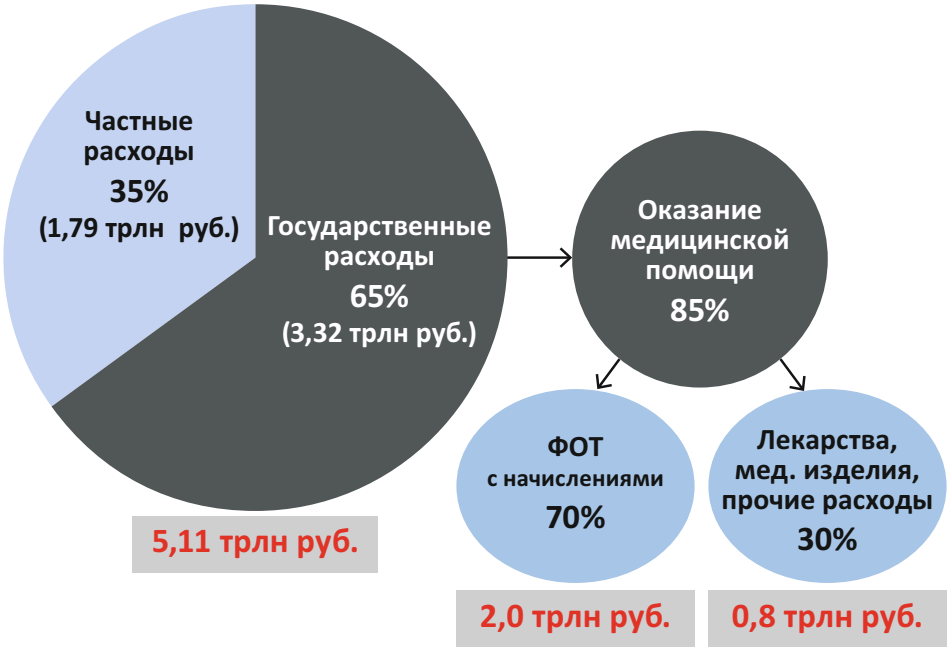


Рис. 73. Структура распределения государственных расходов на здравоохранение

Все государственные расходы на здравоохранение в 2018 г. составили **3316 млрд рублей**[1]. С 2012 по 2018 г. в текущих ценах они **возросли на 45%**, но в постоянных ценах (2012 г. — 100%) **снизились на 4%** (табл. 2). Из них расходы федерального бюджета (без учета расходов на ВМП) в 2018 г. составили **537,3 млрд рублей**[2]. С 2012 по 2018 г. в текущих ценах они **снизились на 4%**, в постоянных ценах — **на 37%** (см. табл. 2).

Расходы бюджета ФОМС (с учетом расходов на ВМП) в 2018 г. составили **1 988,5 млрд рублей**[3]. С 2012 по 2018 г. в текущих ценах они **возросли в 2,1 раза**, а в постоянных ценах — **в 1,4 раза** (см. табл. 2).

Однако расходы консолидированных бюджетов субъектов РФ с 2012 по 2018 г. в текущих ценах остались на одном уровне, а в постоянных ценах — **снизились на 34%**, и в 2018 г. составили **790,1 млрд рублей** (см. табл. 2). Это свидетельствует о том, что после уплаты из консолидированных бюджетов в ФОМС взносов за неработающее население у регионов значительно снижаются возможности для финансирования здравоохранения по другим статьям расходов. *Для справки*: в 2016 г. дефицит реализации территориальных программ государственных гарантий (то есть разница между запланированными на эту программу средствами и фактическими расходами) за счет консолидированных бюджетов субъектов РФ составил **164,4 млрд рублей** (это 20% фактических расходов на здравоохранение консолидированных бюджетов регионов за 2016 г.).

[1] Отчет об исполнении консолидированного бюджета Российской Федерации и государственных внебюджетных фондов (форма по ОКУД 0507021).

[2] Отчет об исполнении федерального бюджета и бюджетов бюджетной системы Российской Федерации.

[3] Отчет об исполнении бюджета государственного внебюджетного фонда (ФОМС) (форма 0503117).

Таблица 2. Структура расходов бюджетов бюджетной системы РФ на здравоохранение

Показатель	2012 г.	2013 г.	2014 г.	2015 г.
	факт	факт	факт	факт
Макроэкономические				
ВВП в текущих ценах, млрд руб.	68 164	73 134	79 058	83 094
Инфляция (ИПЦ), декабрь к декабрю предыдущего года	6,6%	6,5%	11,4%	12,9%
Расходы бюджетов бюджетной				
Расходы бюджетов бюджетной системы РФ на здравоохранение в текущих ценах**, млрд руб.	2 283,3	2 318,0	2 532,7	2 861,0
Расходы бюджетов бюджетной системы РФ на здравоохранение в ценах 2012 г., млрд руб.	2 283,3	2 176,5	2 134,8	2 135,9
Расходы бюджетов бюджетной системы РФ на здравоохранение, доля в ВВП	3,3%	3,2%	3,2%	3,4%
Из них: расходы федерального				
Расходы федерального бюджета в текущих ценах***, млрд руб.	613,8	502,0	535,5	516,0
Расходы **федерального бюджета** в текущих ценах **без учета** расходов на **ВМП** (для сопоставимости сравнений с 2017 г.), млрд руб.	562,1	446,4	471,5	423,9
Расходы федерального бюджета без учета расходов на ВМП в ценах 2012 г., млрд руб.	562,1	419,2	397,4	316,5
Расходы на **ВМП** за счет средств федерального бюджета (ф/б) и за счет средств ФОМС в текущих ценах****, млрд руб.	51,7	55,6	64,0	92,1
	ф/б	ф/б	ф/б	ФОМС→ф/б
Расходы на ВМП за счет средств федерального бюджета и за счет средств ФОМС в ценах 2012 г., млрд руб.	51,7	52,2	53,9	68,8
расходы бюджета				
Расходы бюджета ФОМС в текущих ценах (без учета дотаций на сбалансированность и без учета ВМП для сопоставимости), млрд руб.	932,2	1 048,7	1 268,7	1 546,7
Расходы бюджета ФОМС в текущих ценах (с учетом ВМП)*****, млрд руб.	932,2	1 048,7	1 268,7	1 638,8
Расходы бюджета ФОМС в ценах 2012 г., млрд руб.	932,2	984,7	1 069,4	1 223,5
Субвенции бюджетам ТФОМС в текущих ценах*****, млрд руб.	640,6	1 025,4	1 173,9	1 427,1
Дефицит/профицит бюджета ФОМС*****, млрд руб.	**+34,4**	**+52,6**	**–18,1**	**–65,3**

2016 г. факт	2017 г. факт	2018 г. факт	2019 г. прогноз	2020 г.	2021 г.	2018/ 2012 гг.	2019/ 2018 гг.
показатели*							
86 014	92 101	103 876	105 820	110 732	118 409	—	—
5,4	2,5	4,3	4,3	3,8	4,0	—	—
системы РФ на здравоохранение							
3 124,4	2 820,9	3 315,9	3 657,0	3 961,0	4 079,0	**45%**	**10%**
2 213,1	1 949,4	2 197,0	2 323,1	2 424,1	2 400,3	**–4%**	**6%**
3,6%	3,1%	3,2%	3,5%	3,6%	3,4%	—	—
бюджета РФ на здравоохранение							
506,3	439,8	537,3	637,2	900,7	837,1	**–12%**	**19%**
411,9	439,8	537,3	637,2	900,7	837,1	**–4%**	**19%**
291,8	303,9	356,0	404,8	551,2	492,6	**–37%**	**14%**
94,4	96,7	100,8	100,8	103,9	109,0	**95%**	**0%**
ФОМС→ф/б	ФОМС	ФОМС	ФОМС	ф/б	ф/б	—	—
66,9	66,8	66,8	64,0	63,6	64,1	**29%**	**–4%**
ФОМС							
1 495,8	1 558,3	1 887,1	2 089,6	2 246,6	2 392,5	**2,1 р.**	**11%**
1 590,2	1 655,0	1 988,5	2 190,4	2 350,5	2 501,5	**2,1 р.**	**10%**
1 126,4	1 143,7	1 317,5	1 391,4	1 438,5	1 472,0	**1,4 р.**	**6%**
1 458,6	1 537,2	1 870,6	2 068,5	2 225,5	2 371,8	—	—
+67,5	**+82,2**	**–92,6**	**–92,2**	**–0,5**	**–5,7**	—	—

Показатель	2012 г.	2013 г.	2014 г.	2015 г.
	факт	факт	факт	факт
				расходы консолидированных
Расходы бюджетов субъектов РФ в текущих ценах, млрд руб.	789,0	822,9	792,5	798,3
Расходы бюджетов субъектов РФ в ценах 2012 г., млрд руб.	789,0	772,7	668,0	596,0

* Фактические данные — по ВВП согласно Росстату. Прогнозные данные — согласно законопроектам «О федеральном бюджете» на соответствующий год.

** Фактические данные — по отчетам об исполнении консолидированного бюджета Российской Федерации и государственных внебюджетных фондов за соответствующие годы (Минфин РФ, форма по ОКУД 0507021). Прогнозные данные — согласно Основным направлениям бюджетной, налоговой и таможенно-тарифной политики на 2019–2021 гг. от сентября 2018 г.

*** Фактические данные — согласно отчетам об исполнении федерального бюджета и бюджетов бюджетной системы Российской Федерации за соответствующие годы (Минфин РФ). Прогнозные данные — согласно Федеральному закону от 29.11.2018 № 459-ФЗ «О федеральном бюджете на 2019–2021 гг.».

**** Фактические данные — согласно отчетам об исполнении бюджета государственных внебюджетных фондов РФ за соответствующие годы (Минфин РФ, форма 0503117). Прогнозные дан-

Планируемые государственные расходы на здравоохранение в 2019–2021 гг.

Государственные расходы на здравоохранение в 2019 г. составят **3657 млрд рублей**[1] и по сравнению с 2018 г. **возрастут на 10%** в текущих ценах или **на 6%** в постоянных ценах (см. табл. 2). Если сравнить бюджет здравоохранения 2019 г. с прошлыми периодами, то выяснится, что после снижения государственных расходов в 2014–2017 гг. он **только вернется** к уровню финансирования здравоохранения 2012 г. в постоянных ценах.

С 2019 по 2021 г. рост расходов на здравоохранение запланирован за счет реализации Национальных проектов «Здравоохранение» и «Демография» и подробно рассмотрен в разделах 4.2 и 4.3. С 2018 по 2021 г. расходы бюджетов бюджетной системы (государственные расходы на здравоохранение) **возрастут на 23%** в текущих ценах, а в постоянных ценах — только **на 9%** (средний темп прироста составит **3%** в год в постоянных ценах). При этом расходы федерального бюджета за этот период **возрастут на 38%** в постоянных ценах, расходы ФОМС **возрастут на 12%**, а расходы консолидированных бюджетов субъектов РФ **сократятся на 17%** в постоянных ценах.

Частные расходы на здравоохранение

Личные расходы населения (частные) складываются из собственно личных средств граждан (из своего кармана) на платные медицинские и санаторно-курортные услуги, на приобретение лекарственных средств (ЛС)

[1] Основные направления бюджетной, налоговой и таможенно-тарифной политики на 2019–2021 гг. (сентябрь 2018 г.) (табл. 4.4.2).

Окончание табл. 2

2016 г. факт	2017 г. факт	2018 г. факт	2019 г. прогноз	2020 г.	2021 г.	2018/ 2012 гг.	2019/ 2018 гг.
бюджетов субъектов РФ******							
1 122,3	726,1	790,1	829,4	709,8	740,4	**0%**	**5%**
794,9	501,8	523,5	526,9	434,4	435,7	**–34%**	**1%**

ные — пояснительная записка к законопроекту «О бюджете Федерального фонда обязательного медицинского страхования».

***** Фактические данные — согласно отчетам об исполнении бюджета государственных внебюджетных фондов РФ за соответствующие годы (Минфин РФ, форма 0503117). Прогнозные данные — согласно Федеральному закону от 28.11.2018 № 433-ФЗ «О бюджете Федерального фонда обязательного медицинского страхования на 2019 год и на плановый период 2020 и 2021 годов».

****** Рассчитано за 2012–2014 гг.: расходы бюджетов бюджетной системы минус расходы за счет федерального бюджета с учетом ВМП и минус расходы за счет бюджета ФОМС. Рассчитано за 2015–2020 гг.: расходы бюджетов бюджетной системы минус расходы за счет федерального бюджета без учета ВМП и минус расходы за счет бюджета ФОМС.

в амбулаторных условиях, а также из взносов населения и работодателей на ДМС.

В структуре частных расходов в РФ в 2018 г. преобладали расходы населения на ЛС и изделия медицинского назначения (ИМН) — **49%**, расходы на медицинские и санаторно-курортные услуги составили **45%**, и только **6%** потрачено на ДМС (рис. 74).

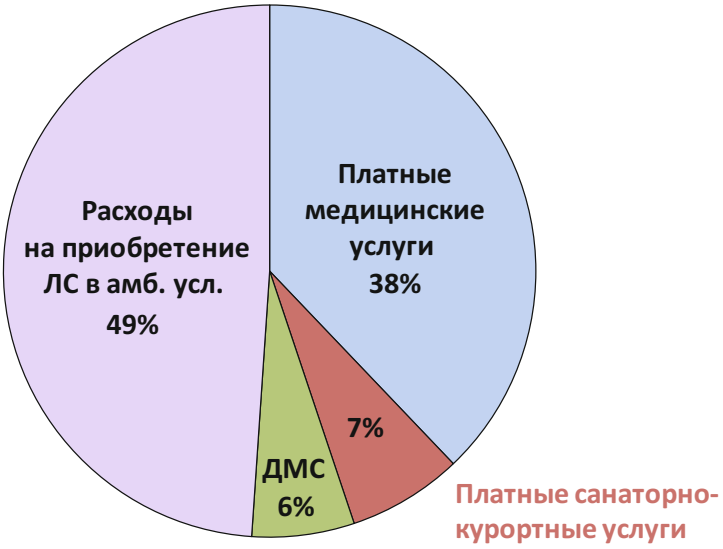
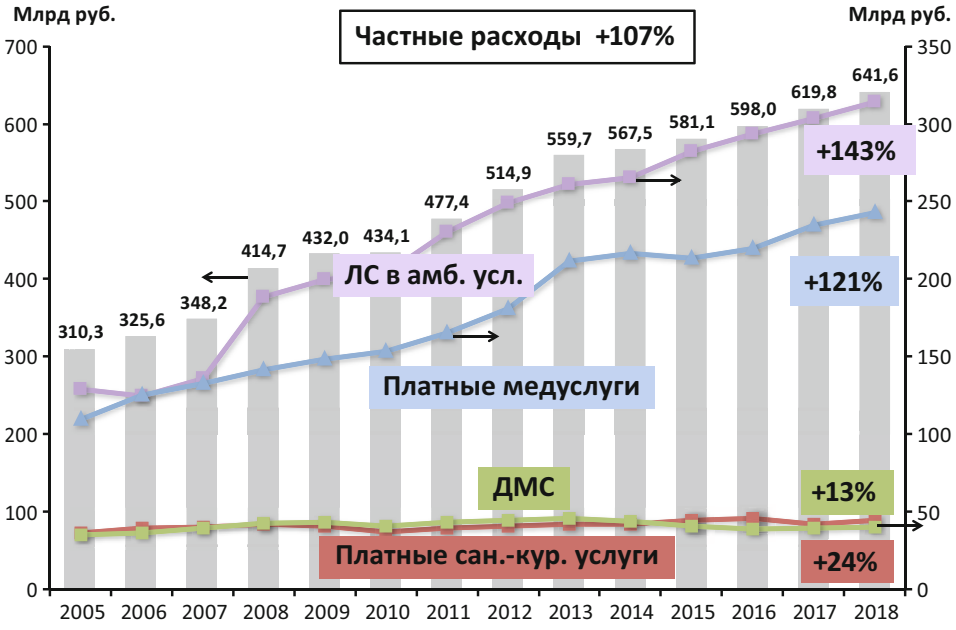


Рис. 74. Структура частных расходов на здравоохранение в РФ в 2018 г.

В текущих ценах с 2005 г. расходы населения в целом возросли **в 5,8 раза**, а в постоянных ценах (2005 г. — 100%) — **в 2,1 раза** (рис. 75). Расходы на платные медицинские услуги в постоянных ценах возросли **в 2,2 раза**, а на приобретение ЛС в амбулаторных условиях — **в 2,4 раза**. Расходы населения с 2012 по 2018 г. (2012 г. – 100%) возросли в 1,2 раза на фоне снижения государственных расходов за этот же период, что говорит о **росте бремени на бюджеты российских семей**.



Источники: Росстат, расчет ВШОУЗ-КМК.

Рис. 75. Динамика частных расходов на здравоохранение в РФ в постоянных ценах 2005 г.

Расходы на здравоохранение в РФ и странах ЕС

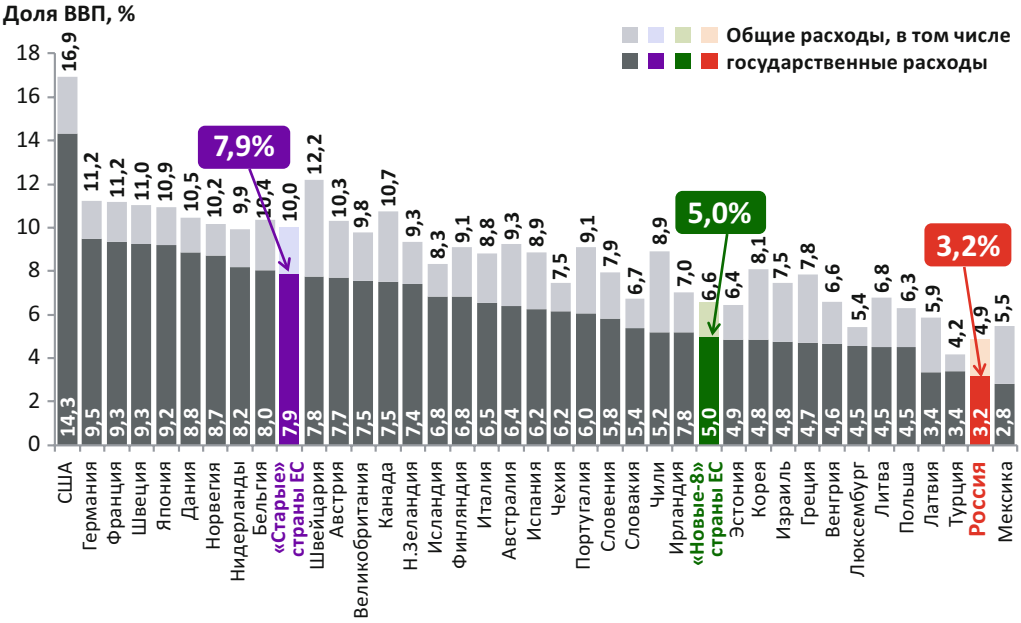
Государственные расходы на здравоохранение в РФ в 2018 г. составили **3,2% ВВП**, что **в 1,6 раза ниже**, чем в «новых-8» странах ЕС (5,0%), и **в 2,5 раза ниже**, чем в «старых» странах ЕС (7,9%) (рис. 76).

Подушевые государственные расходы на здравоохранение в РФ в 2018 г. составили 880 $ППС[1] в год, что **в 1,9 раза ниже**, чем в «новых-8» странах ЕС (1665 $ППС), и **в 4,1 раза ниже**, чем в «старых» странах ЕС (3585 $ППС) (рис. 77).

Неравенство субъектов РФ в финансировании медицинской помощи

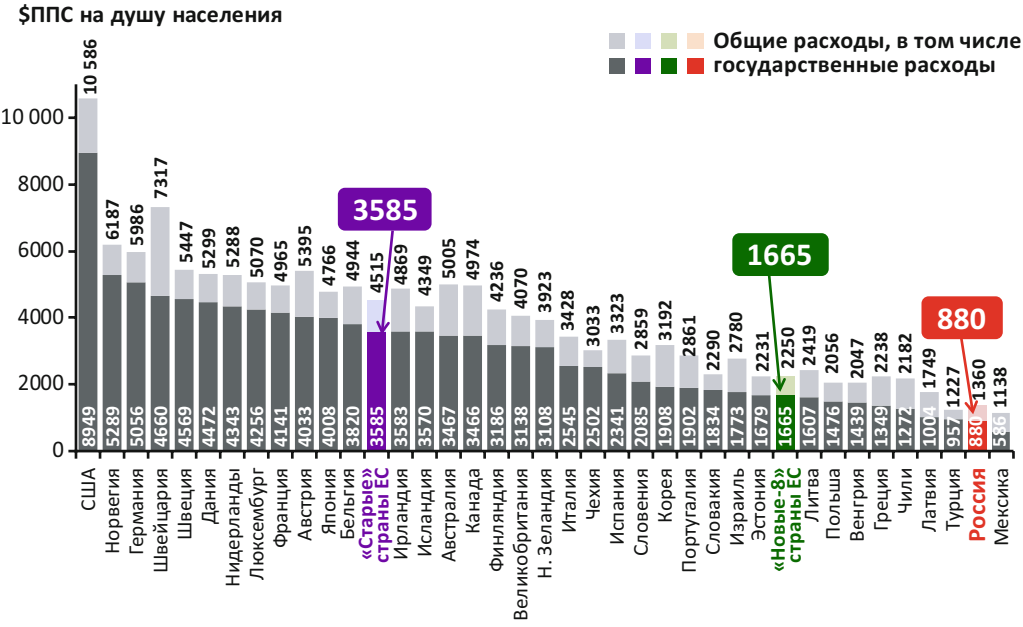
Сегодня в РФ фактические государственные расходы на здравоохранение (из всех источников финансирования — система ОМС и бюджеты всех уровней) существенно разнятся по субъектам РФ в расчете на душу населения (рис. 78). Так, средневзвешенная по РФ величина государственных расходов на здравоохранение в 2018 г. составила **16,4 тыс. рублей** на душу населения.

[1] 1 $ППС = 25,6 рублей в 2018 г. (ОЭСР), 1 $ППС = 24,34 рублей в 2017 г. (Росстат).



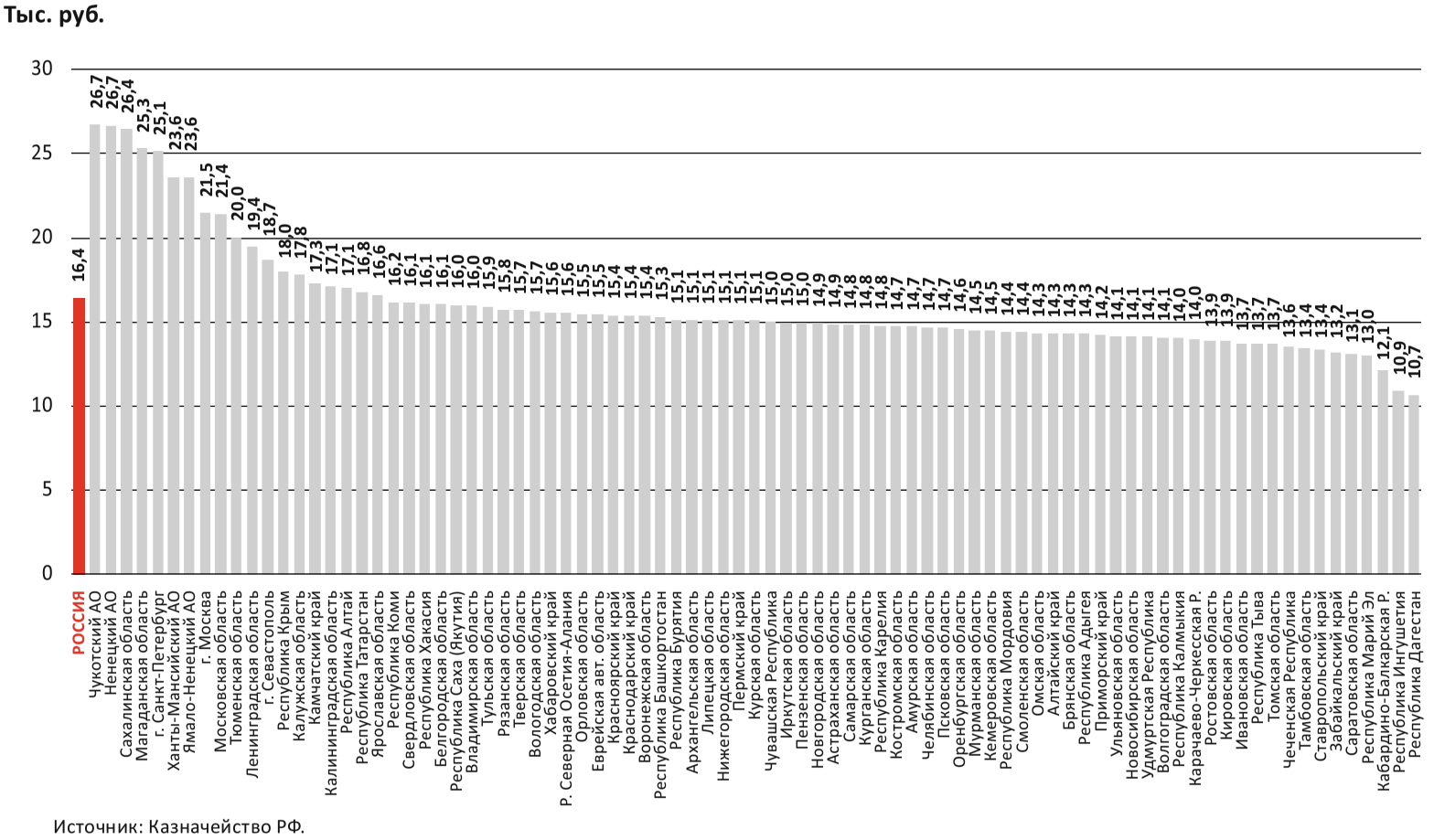
«Новые-8» страны ЕС включают: Чехию, Эстонию, Венгрию, Латвию, Литву, Польшу, Словакию, Словению.
Источники: Минздрав РФ, Казначейство РФ; база данных ОЭСР «OECD.Stat».

Рис. 76. Расходы на здравоохранение в РФ, «новых-8» и «старых» странах ЕС



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

Рис. 77. Подушевые расходы на здравоохранение в РФ, «новых-8» и «старых» странах ЕС



Источник: Казначейство РФ.

Рис. 78. Подушевые государственные расходы на здравоохранение (без учета КД) в регионах РФ в 2018 г.

В **80%** регионов (66 из 85) эти расходы оказались **меньше** этой средней величины (расчеты сделаны с учетом применения коэффициента дифференциации бюджетного финансирования, на который были поделены фактические расходы). Разница в государственном финансировании здравоохранения между **10** самыми обеспеченными и **10** самыми малообеспеченными регионами составляет **почти 2 раза** (22,3 и 12,6 тыс. рублей на душу населения, средневзвешенные показатели). Такое положение означает существенное неравенство в доступности к медицинским услугам граждан, проживающих в различных субъектах РФ, а также в заработных платах медицинских работников.

Учитывая, что в целом здравоохранение РФ существенно недофинансировано из государственных источников, это неравенство **невозможно** исправить путем перераспределения средств от обеспеченных к малообеспеченным субъектам РФ. Такое перераспределение может привести к снижению и так невысокого уровня доступности медицинской помощи в тех субъектах РФ, от которых средства будут изъяты, тем самым вызвать недовольство граждан и медицинских работников. Для решения этой проблемы необходимо провести расчеты по обоснованию дополнительного объема финансирования здравоохранения, который позволит довести его во всех регионах на уровень не ниже **обоснованного минимального показателя по РФ**, установленного на федеральном уровне. При расчете этого минимального подушевого показателя необходимо учесть увеличение расходов на ФОТ медицинских работников и на лекарственное обеспечение в амбулаторных условиях. При расчете фонда оплаты труда медицинских работников необходимо предусмотреть минимальный размер базового оклада по профессиональным квалификационным группам, установленный на федеральном уровне, аналогично — подушевой норматив финансирования расходов на лекарственные средства в амбулаторных условиях (подробно см. разделы 3.2, 3.5).

3.2. ОБЕСПЕЧЕННОСТЬ МЕДИЦИНСКИМИ КАДРАМИ И ИХ ОПЛАТА ТРУДА

В РФ в 2018 г. было всего **548,8 тыс.** практикующих врачей (имеющих прямой контакт с пациентами). С 2012 г. их численность **снизилась на 8%** (или на **46 тыс. человек**), а обеспеченность — на 12% (табл. 3). Однако этот показатель за 2012 г. несопоставим напрямую с показателем 2018 г. в связи с изменением методики представления данных с 2014 г.

Численность врачей участковой службы (врачей-педиатров участковых, врачей-терапевтов участковых, ВОП) в РФ в 2018 г. составила **74,7 тыс. человек**. С 2012 г. их количество **увеличилось на 7%** (5 тыс. человек), а обеспеченность (в расчете на 1000 населения) возросла **на 4%** (см. табл. 3).

Таблица 3. Численность и обеспеченность медицинскими кадрами в РФ в 2012–2018 гг.[1]

Показатель	2012 г.	2013 г.	2014 г.	2015 г.	2016 г.	2017 г.	2018 г.	Разница, %
Численность и обеспеченность врачами								
Численность практикующих врачей, чел.	594 743	587 482	542 543	543 604	544 458	548 414	548 818	**–8%**
Обеспеченность практикующими врачами на 1000 населения	4,2	4,1	3,7	3,7	3,7	3,7	3,7	**–12%**
Численность врачей участковой службы (врачей-педиатров участковых, врачей-терапевтов участковых, ВОП), чел.	69 839	66 900	70 997	70 894	69 988	72 817	74 667	**+7%**
Обеспеченность участковыми врачами на 1000 населения	0,49	0,47	0,49	0,48	0,48	0,50	0,51	**+4%**
Численность врачей в сельской местности, чел.	48 868	51 730	52 358	54 401	55 822	55 872	—	**+14%**
Обеспеченность врачами в сельской местности на 1000 сельского населения	13,1	13,9	13,8	14,4	14,7	14,8	—	**+13%**
Численность и обеспеченность средним медицинским персоналом								
Численность среднего медицинского персонала, тыс. чел.	1299,3	1295,7	1287,7	1309,8	1291,9	1266,2	1266,4	**–3%**
Обеспеченность средним медицинским персоналом на 10 тыс. населения	90,7	90,3	88,1	89,5	88,1	86,2	86,2	**–5%**
Численность участковых медицинских сестер, работающих с врачами участковой службы, чел.	—	—	84 891	85 151	84 221	83 558	82 753	**–3%**
Обеспеченность участковыми медицинскими сестрами на 1000 населения	—	—	0,58	0,58	0,57	0,57	0,56	**–3%**
Численность среднего медицинского персонала, работающего в ФАП и ФП	41 275	38 580	38 401	37 446	36 209	35 066	—	**–15%**
Из них: фельдшеры (включая заведующих)	24 510	23 322	23 706	22 894	22 529	21 862	—	**–11%**

[1] Источники: презентация министра здравоохранения РФ на коллегии Минздрава России, апрель 2019 г.; сборники ЦНИИОИЗ Минздрава России «Ресурсы системы здравоохранения РФ».

Численность врачей в сельской местности в РФ в 2017 г. составила **55,9 тыс. человек.** С 2012 г. их численность растет и к 2017 г**. увеличилась на 14%**, а обеспеченность врачами на 1000 сельского населения **увеличилась на 13%** (см. табл. 3).

Численность среднего медицинского персонала в РФ в 2018 г. составила **1 266,4 тыс. человек.** С 2012 г. их численность **снизилась на 3%**, а обеспеченность ими на 10 тыс. населения **снизилась на 5%** (см. табл. 3).

Численность участковых медицинских сестер, работающих с врачами участковой службы, в 2018 г. составила **82,8 тыс. человек.** С 2014 г. (более ранних данных нет) их численность и обеспеченность **снизились на 3%** (см. табл. 3).

Численность среднего медицинского персонала, работающего в ФАП и ФП, в 2017 г. составила **35,1 тыс. человек.** С 2012 г. их численность **снизилась на 15%** (см. табл. 3).

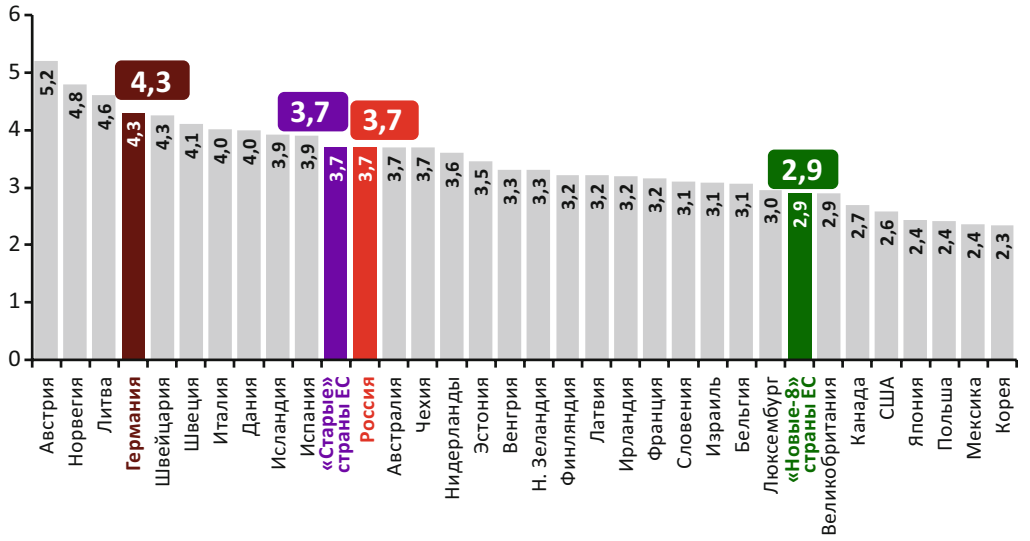
Обеспеченность практикующими врачами[1] в РФ в 2018 г. составила **3,7** на 1000 населения, что **на уровне** «старых» стран ЕС и **на 14% ниже**, чем в Германии, Австрии, Норвегии, Дании и других странах ЕС (рис. 79). При этом потоки больных людей, с которыми сталкивается система здравоохранения, в РФ выше, чем в странах ЕС (из-за худшего здоровья населения в РФ). Более того, плотность проживания населения в РФ значительно ниже, чем у них. В этой связи мощности системы здравоохранения (в том числе обеспеченность медицинскими кадрами и стационарными койками) должны быть выше, а не ниже, чем в странах ЕС.

Заработная плата медицинских работников. По данным Росстата, с 2013 по 2018 г. среднемесячная заработная плата медицинских работников росла опережающими темпами по сравнению со средней заработной платой в экономике (табл. 4), чтобы к 2018 г. достичь целевого отношения 200% к заработной плате в экономике. Так, в текущих ценах заработная плата в экономике выросла **на 26%** (с 30 до 38 тыс. рублей), заработная плата врачей — **на 78%** (с 42 до 75 тыс. рублей), заработная плата среднего медицинского персонала — **на 53%** (с 24 до 37 тыс. рублей).

Если пересчитать динамику заработных плат в постоянных ценах (то есть за вычетом инфляции; 2013 г. — 100%), то в период с 2013 по 2018 г. заработная плата врачей **увеличилась только на 25%**, а среднего медицинского персонала — **на 8%**. При этом заработная плата в экономике за этот период сократилась **на 11%**.

[1] Практикующие врачи — врачи, имеющие прямой контакт с пациентами. Включаются: врачи, имеющие диплом и лицензию (сертификат, право) на практику; интерны и ординаторы; врачи, работающие по найму в государственных и частных клиниках, а также частно практикующие врачи; иностранные врачи, имеющие лицензию на практику и активно практикующие в данной стране. Исключаются: врачи, для которых наличие высшего медицинского образования НЕ является обязательным условием для занятия должности; безработные врачи и врачи, вышедшие на пенсию; врачи, работающие за рубежом; студенты, не окончившие вуз; стоматологи (дантисты) и хирурги-стоматологи; врачи санитарно-противоэпидемиологической группы; фармацевты; физиотерапевты; диетологи; аудиологи; оптометристы; врачи-администраторы, работающие в НИИ и в других учреждениях, не имеющие прямого контакта с пациентами (≈10%).

Обеспеченность практикующими врачами на 1000 населения, 2017 г. (или последний возможный)



«Новые-8» страны ЕС включают: Чехию, Эстонию, Венгрию, Латвию, Литву, Польшу, Словакию, Словению.
Источники: ЦНИИОИЗ Минздрава России, база данных ОЭСР «OECD.Stat».

Рис. 79. Обеспеченность практикующими врачами в РФ, «новых-8» и «старых» странах ЕС

Правда, следует отметить, что при расчетах средней заработной платы в экономике до 2014 г. учитывалась среднемесячная номинальная начисленная заработная плата работников по полному кругу организаций в целом по экономике по субъектам РФ, а с 2015 г. — среднемесячная начисленная заработная плата наемных работников в организациях, у индивидуальных предпринимателей и физических лиц (среднемесячный доход от трудовой деятельности). Это **занизило значение** заработной платы в экономике и, как следствие, у медицинских работников.

Таблица 4. Динамика оплаты труда в среднем по экономике, врачей и среднего медицинского персонала в текущих и постоянных ценах

Показатель среднемесячной начисленной заработной платы (по данным Росстата)*	2013 г.**	2014 г.***	2015 г.****	2016 г.	2017 г.	2018 г.	2018/ 2013 гг.
Инфляция	6,47%	11,35%	12,91%	5,39%	2,51%	4,30%	—
Среднемесячная заработная плата в экономике в текущих ценах, руб.	29 960	32 611	30 694	32 667	34 600	37 889	**+26%**
Среднемесячная заработная плата в экономике в постоянных ценах, руб.	29 960	29 287	24 414	24 654	25 473	26 745	**–11%**

Окончание табл. 4

Показатель среднемесячной начисленной заработной платы (по данным Росстата)*	2013 г.**	2014 г.***	2015 г.****	2016 г.	2017 г.	2018 г.	2018/ 2013 гг.
Среднемесячная заработная плата врачей в текущих ценах, руб.	42 253	46 231	47 874	50 667	56 445	75 007	**+78%**
Среднемесячная заработная плата врачей в постоянных ценах, руб.	42 253	41 519	38 078	38 239	41 556	52 946	**+25%**
Отношение заработной платы врачей к средней в экономике	**141,0%**	**141,8%**	**156,0%**	**155,1%**	**163,1%**	**198,0%**	—
Среднемесячная заработная плата среднего медицинского персонала в текущих ценах, руб.	24 102	26 310	27 001	28 174	30 246	36 965	**+53%**
Среднемесячная заработная плата среднего медицинского персонала в постоянных ценах, руб.	24 102	23 628	21 476	21 263	22 268	26 093	**+8%**
Отношение заработной платы среднего медицинского персонала к средней в экономике	**80,4%**	**80,7%**	**88,0%**	**86,2%**	**87,4%**	**97,6%**	—

* Среднемесячная начисленная заработная плата в рассматриваемом периоде исчисляется на основании сведений, полученных от организаций, делением фонда начисленной заработной платы работников на среднесписочную численность работников и на количество месяцев в периоде. В фонд заработной платы включаются начисленные работникам суммы оплаты труда в денежной и неденежной формах за отработанное и неотработанное время, компенсационные выплаты, премии, единовременные поощрительные выплаты, а также оплата питания и проживания, имеющая систематический характер.

** Включены врачи и работники среднего медицинского (фармацевтического) персонала (персонала, обеспечивающего условия для предоставления медицинских услуг) в учреждениях образования, науки, культуры, здравоохранения, социального обслуживания.

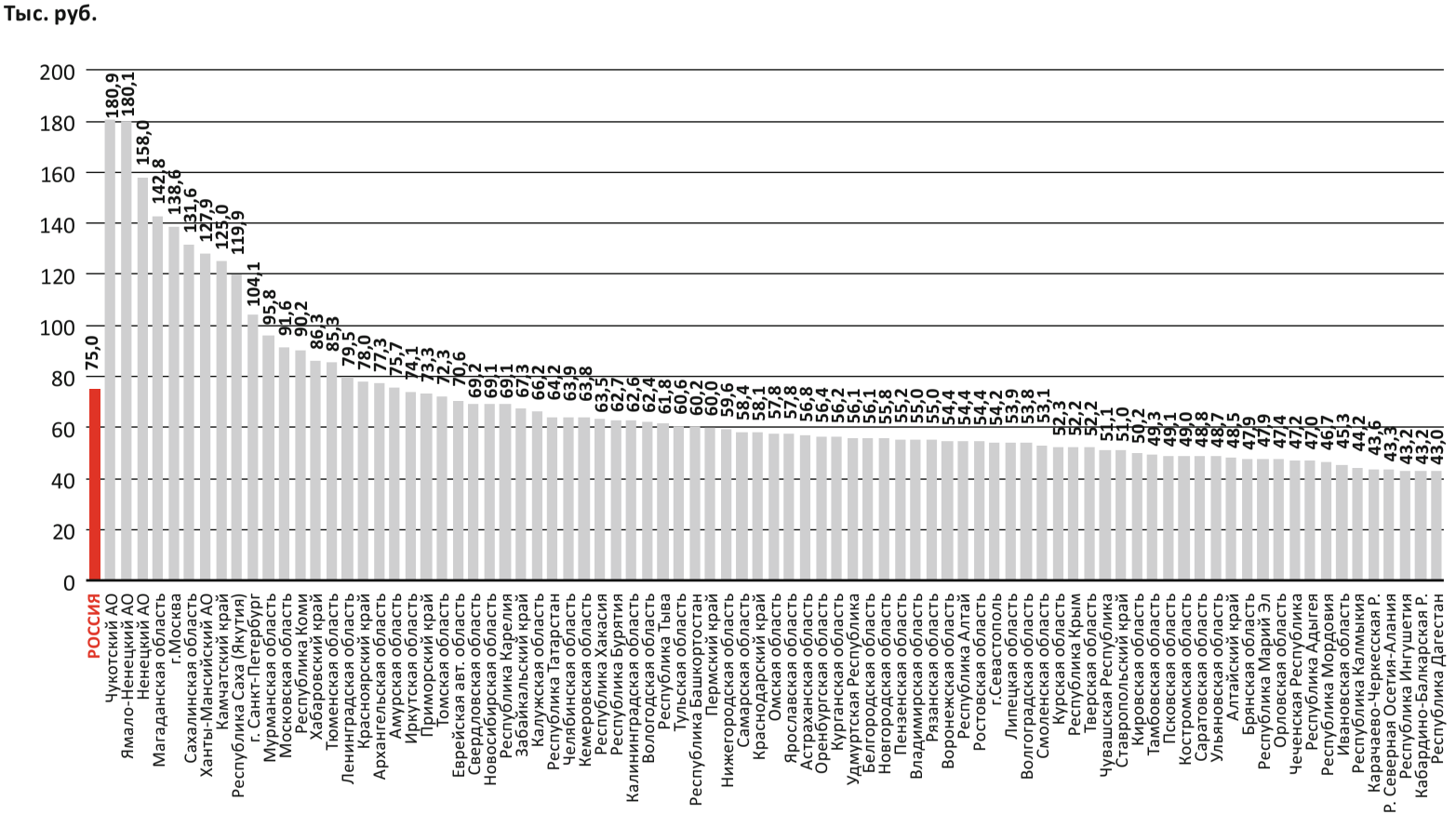
*** Включены врачи и работники медицинских организаций, имеющих высшее медицинское (фармацевтическое) или иное высшее образование, предоставляющих медицинские услуги (обеспечивающих предоставление медицинских услуг) в учреждениях образования, науки, культуры, здравоохранения, социального обслуживания.

**** При расчетах отношения до 2014 г. учитывалась среднемесячная номинальная начисленная заработная плата работников по полному кругу организаций в целом по экономике по субъектам РФ, а с 2015 г. — среднемесячная начисленная заработная плата наемных работников в организациях, у индивидуальных предпринимателей и физических лиц (среднемесячный доход от трудовой деятельности) в соответствии с принятым Правительством РФ Постановлением от 14.09.2015 № 973 «О совершенствовании статистического учета в связи с включением в официальную статистическую информацию показателя среднемесячной начисленной заработной платы наемных работников в организациях, у индивидуальных предпринимателей и физических лиц (среднемесячного дохода от трудовой деятельности)».

Следует также отметить, что согласно методике, средняя начисленная заработная плата, например врачей, рассчитывается путем деления фонда заработной платы всех врачей в организации на среднесписочную численность этих врачей. 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 совместительства (1,35 — коэффициент совместительства врачей в среднем по РФ) и оплату труда высокооплачиваемых руководителей учреждения. В результате увеличение оплаты труда для многих медицинских работников было связано со значительным увеличением трудовой нагрузки, а объединение более высоких заработных плат административного персонала с оплатой труда практикующих врачей **завуалировало** реальные показатели увеличения оплаты труда последних.

Более того, по субъектам РФ наблюдаются существенные различия в оплате труда медицинского персонала (рис. 80). Например, по данным Профессионального союза работников здравоохранения РФ, средняя заработная плата врачей по субъектам РФ в 2018 г. отличалась **в 3 раза (от 43,9 до 142,8 тыс. рублей).** По данным Росстата, эти различия были еще выше — от 43,0 до 180,9 тыс. рублей. Это приводит к перетоку медицинских кадров из менее обеспеченных регионов в более обеспеченные, тем самым еще более усугубляя проблему доступности медицинской помощи (например, Москва и близлежащие регионы).

При принятии решения о повышении оплаты труда медицинских работников **правильно было бы** не приводить их начисленную среднемесячную заработную плату к значениям средней заработной платы в экономике, а установить **на федеральном уровне** обоснованные **базовые оклады** (работа на одну ставку) по профессиональным квалификационным группам или категориям. Например, первая и главная категория, которую надо выделить, — это «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 профилям: терапевтическому, хирургическому, акушерско-гинекологическому. Отдельно необходимо выделить по регионам оплату труда руководящих работников медицинских организаций (главного врача и его заместителей), а также заработную плату врачей дефицитных специальностей — инфекционистов, фтизиатров и психиатров. Вот тогда, с учетом приоритетных направлений развития здравоохранения, можно было бы просчитать необходимые ресурсы на повышение оплаты труда медицинских работников и реализовать эту программу.



Источник: Росстат.

Рис. 80. Среднемесячная заработная плата врачей в регионах РФ в 2018 г.

3.3. ЧИСЛО МЕДИЦИНСКИХ ОРГАНИЗАЦИЙ И КОЕЧНЫЙ ФОНД СТАЦИОНАРОВ

В табл. 5 представлена динамика числа медицинских организаций и коечного фонда в РФ, в том числе в сельской местности. Число всех медицинских организаций (МО) в РФ в 2018 г. составило **7,3 тыс. учреждений**. С 2005 по 2018 г. оно **сократилось в 2,1 раза**, с 2012 г. — **на 8%**. Из них больничных учреждений в 2018 г. было **4,4 тыс.**, с 2005 по 2018 г. их число **сократилось**

Таблица 5. Динамика численности медицинских организаций и коечного фонда в РФ[1]

Показатель	2005 г.	2006 г.	2007 г.	2008 г.	2009 г.	2010 г.
Число МО, всего	16 009	10 163	9 620	9 476	9 273	8 960
в том числе больничные учреждения	8 859	6 413	6 103	5 993	5 877	5 705
Коечный фонд, млн коек	1,39	1,38	1,35	1,31	1,28	1,25
Обеспеченность коечным фондом на 10 тыс. населения	97,1	96,2	94,6	91,9	89,6	87,5
Учреждения, оказывающие амбулаторно-поликлиническую помощь	16 531	12 813	11 148	11 241	11 046	11 314
из них: самостоятельные АПУ	5 854	2 549	2 350	2 330	2 262	2 147
стоматологические поликлиники	887	853	833	827	815	802
Мощность АПУ по числу посещений в смену, млн	3,30	3,25	3,24	3,25	3,24	3,25
Ресурсы сельского						
Число МО, оказывающих медицинскую помощь в стационарных условиях	3 637	2 491	1 440	1 387	1 354	1 321
Число МО, оказывающих медицинскую помощь в амбулаторных условиях	7 404	3 683	2 506	2 740	2 626	2 859
Врачебные амбулатории	—	—	—	—	—	—
Участковые больницы	—	—	—	—	—	—
Фельдшерско-акушерские пункты, включая передвижные	42 164	41 481	40 031	39 179	38 332	37 591
Фельдшерские пункты, включая передвижные	—	—	—	—	—	—
ФАП и ФП, включая передвижные	42 164	41 481	40 031	39 179	38 332	37 591
Коечный фонд	187 922	185 095	173 500	164 120	156 357	149 740
Обеспеченность всеми койками на 10 тыс. сельского населения	48,8	48,4	45,6	43,4	41,4	39,8

[1] Источники: сборники ЦНИИОИЗ Минздрава России «Коечный фонд» и «Основные показатели здравоохранения».

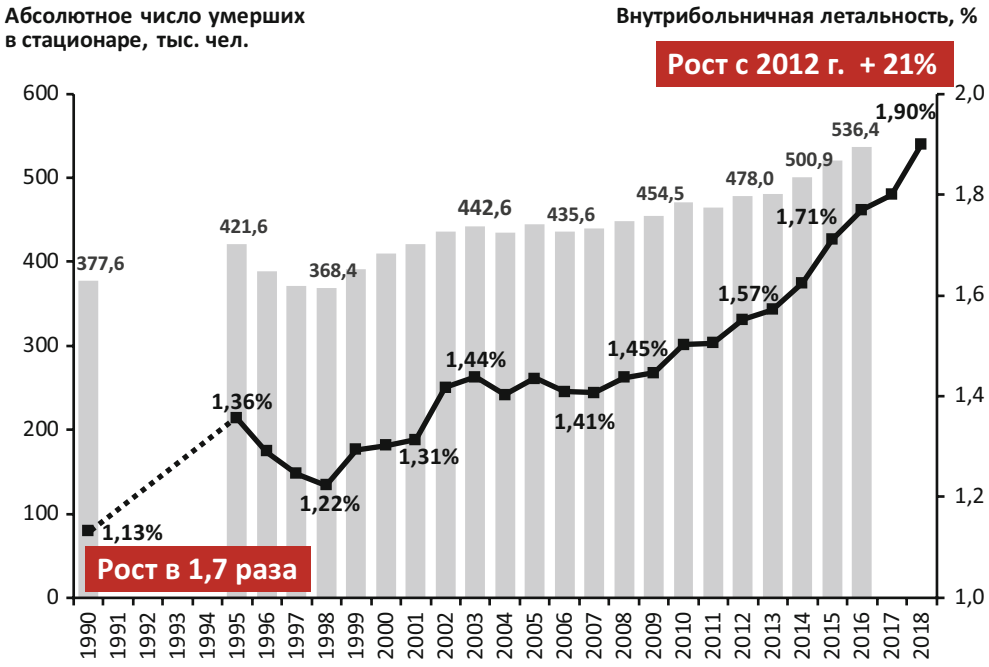
в 2 раза, с 2012 г. — **на 17%**. Соответственно сократилась и обеспеченность коечным фондом: с 2005 по 2018 г. она **снизилась на 27%**, с 2012 г. — **на 15%**. К 2018 г. число коек круглосуточного пребывания составило **1,04 млн**.

Всего медицинских организаций, оказывающих амбулаторно-поликлиническую помощь (АПУ), в РФ в 2014 г. было **11,3 тыс.** (более поздних данных нет). С 2005 по 2014 г. их число сократилось **в 1,5 раза**. Число самостоятельных АПУ (входит в число всех АПУ) в 2018 г. составило **1,2 тыс.** учреждений. Их число с 2005 по 2018 г. **сократилось в 4,8 раза**, с 2012 г. — **в 2,2 раза**. Правда, плановые мощности АПУ (число помещений в смену) остались практически на прежнем уровне.

2011 г.	2012 г.	2013 г.	2014 г.	2015 г.	2016 г.	2017 г.	2018 г.	2018/ 2005 гг.	2018/ 2012 гг.
8 607	7 986	7 300	7 098	8 044	7 767	7 529	7 318	↓2,2 р.	–8%
5 508	5 268	5 006	4 865	4 688	4 572	4 468	4 390	↓2 р.	–17%
1,23	1,20	1,17	1,14	1,10	1,07	1,05	1,04	–25%	–13%
85,7	84,0	81,4	77,9	74,9	73,2	71,8	71,2	–27%	–15%
11 445	11 022	10 903	11 376	—	—	—	—	—	—
3 099	2 718	2 294	1 529	1 412	1 329	1 270	1 219	↓4,8 р.	↓2,2 р.
795	772	713	704	676	658	643	619	–30%	–20%
3,26	3,27	3,27	3,30	3,31	3,32	3,34	3,35	1%	2%
здравоохранения									
1 212	1 151	1 006	953	986	946	939	—	↓3,9 р.	–18%
2 812	2 587	2 562	2 722	1 023	1 029	1 005	—	↓7,4 р.	↓2,6 р.
—	4 109	4 478	4 626	4 264	4 589	4 604	—	—	12%
—	1 719	1 608	1 598	1 307	1 317	1 342	—	—	–22%
34 919	34 733	34 689	34 860	32 803	33 807	33 414	—	–21%	–4%
2 052	1 868	1 536	1 693	2 073	2 111	2 112	—	—	13%
36 971	36 601	36 225	36 553	34 876	35 918	35 526	—	–16%	–3%
139 476	135 117	129 048	133 980	153 866	150 697	147 926	—	–21%	9%
37,3	36,3	34,7	35,2	40,6	39,8	39,3	—	–19%	8%

Значительно сократились в РФ и **мощности** сельской медицины: число МО, оказывающих медицинскую помощь в стационарных условиях, с 2005 по 2017 г. сократилось почти **в 4 раза**, с 2012 г. — **на 18%** (табл. 5). Число МО, оказывающих медицинскую помощь в амбулаторных условиях в сельской местности, с 2005 по 2017 г. сократилось **в 7,4 раза**, с 2012 г. — **в 2,6 раза**. Число ФАП и ФП в РФ с 2005 по 2017 г. снизилось **на 16%**, с 2012 г. — **на 3%**. Правда, число врачебных амбулаторий с 2012 г. **увеличилось на 12%**, но этот рост заведомо не покрывает сокращение числа участковых больниц за этот период (**на 22%**). С сокращением стационаров произошло и сокращение обеспеченности коечным фондом в сельской местности: с 2005 по 2017 г. она снизилась **на 21%**, правда, с 2012 по 2017 г. началось ее увеличение, которое составило **8%**. Сегодня коечный фонд в сельской местности составляет **148 тыс. коек**.

На фоне сокращения в РФ коечного фонда стационаров растет показатель внутрибольничной летальности: с 1990 г. она увеличилась **в 1,7 раза**, а с 2012 г. — **на 21%** (рис. 81).

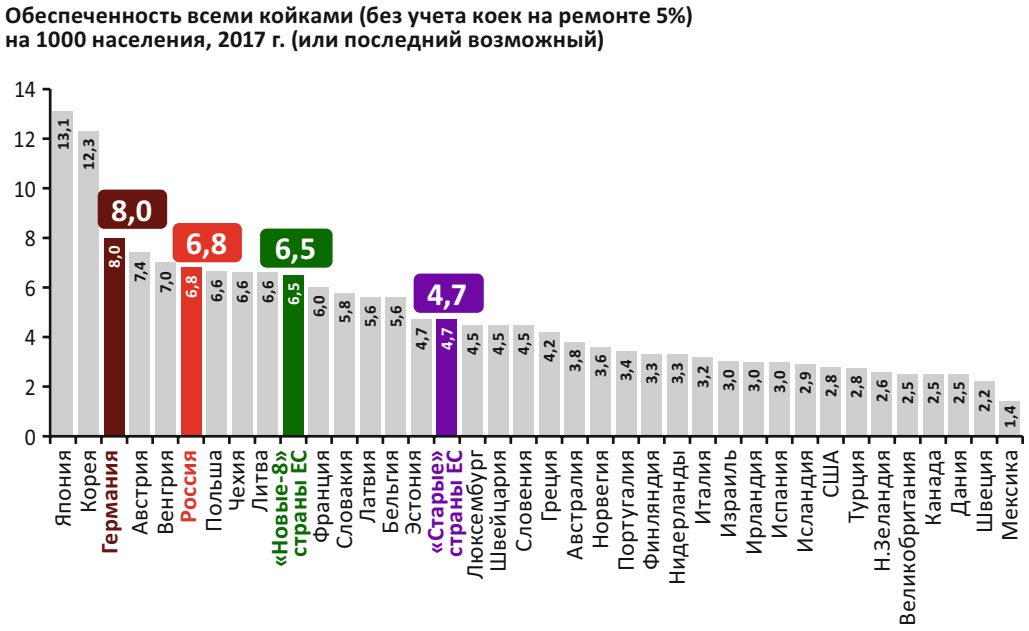


Источник: Росстат, ЦНИИОИЗ Минздрава России.

Рис. 81. Динамика внутрибольничной летальности в РФ

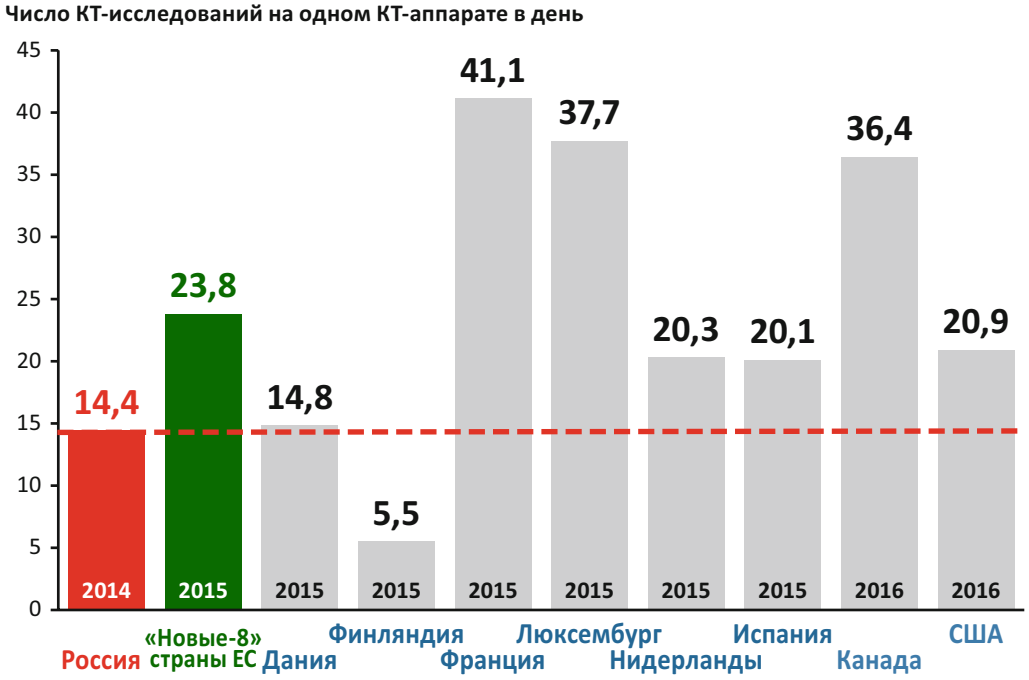
Обеспеченность стационарными койками и эффективность использования оборудования в РФ и развитых странах

Обеспеченность больничными койками круглосуточного пребывания в РФ почти **на уровне** «новых-8» стран ЕС и даже **на 15% ниже**, чем в Германии (рис. 82).



«Новые-8» страны ЕС включают: Чехию, Эстонию, Венгрию, Латвию, Литву, Польшу, Словакию, Словению
Источники: ЦНИИОИЗ Минздрава России, база данных ОЭСР «OECD.Stat».

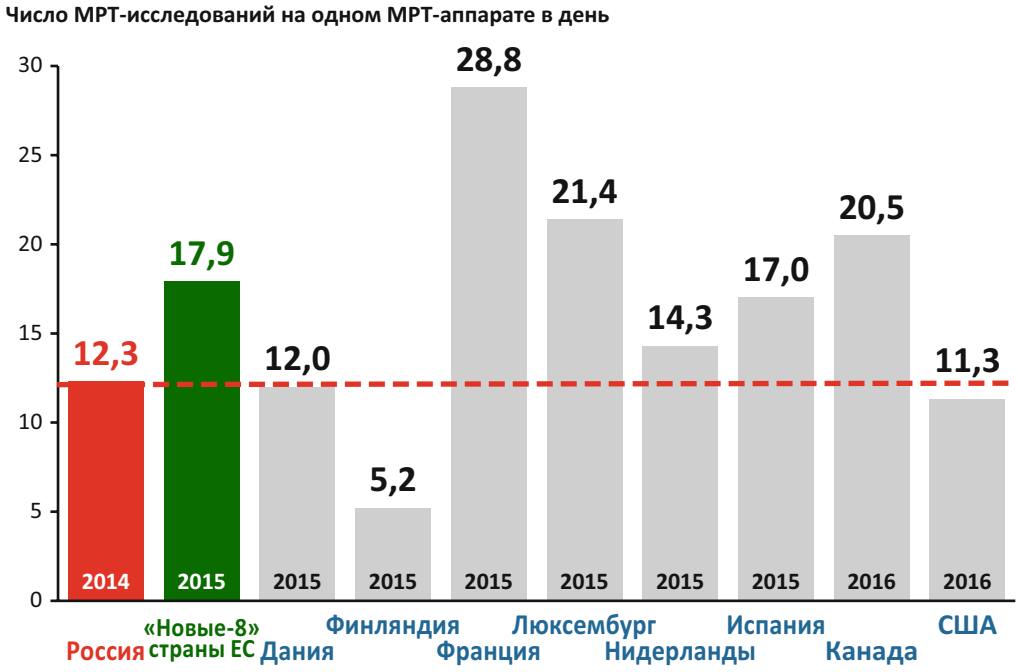
Рис. 82. Обеспеченность больничными койками в РФ, «новых-8» и «старых» странах ЕС



Источники: ЦНИИОИЗ Минздрава России, база данных ОЭСР «OECD.Stat».

Рис. 83. Эффективность использования КТ-аппаратов в РФ, «новых-8» странах ЕС и других странах

Эффективность использования имеющегося высокотехнологичного оборудования в РФ **значительно ниже**, чем в «новых-8» странах ЕС: число исследований на одном КТ-аппарате (при условии, что аппарат работает 290 дней в году) **в 1,7 раза ниже**, чем в «новых-8» странах ЕС (рис. 83). Число исследований на одном МРТ-аппарате в РФ **в 1,5 раза ниже**, чем в «новых-8» странах ЕС (рис. 84).



Источники: ЦНИИОИЗ Минздрава России, база данных ОЭСР «OECD.Stat».

Рис. 84. Эффективность использования МРТ-аппаратов в РФ, «новых-8» странах ЕС и других странах

3.4. ОБЪЕМЫ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ

Сокращение мощностей системы здравоохранения в период с 2005 по 2018 г. не могло не сказаться на снижении объемов бесплатной медицинской помощи. В табл. 6 представлена динамика фактических объемов медицинской помощи с 2012 по 2018 г. Видно, что за этот период объемы медицинской помощи сократились по всем ее видам: число госпитализаций **сократилось на 6%**, число посещений на одного человека в год **сократилось на 12%**, число вызовов скорой медицинской помощи (СМП) — **на 3%**. И это произошло на фоне роста заболеваемости населения (см. раздел 1.2).

Таблица 6. Динамика фактических объемов медицинской помощи[1]

Показатель	2012 г.	2013 г.	2014 г.	2015 г.	2016 г.	2017 г.	2018 г.	2017/ 2012 гг.
Число госпитализаций на 100 человек в год (ЕМИСС)	21,8	21,1	21,4	20,8	20,6	—	—	**–6%**
Число выбывших из стационара, включая умерших, на 100 человек	21,5	21,6	21,4	21,0	20,8	20,4	20,3	**–6%**
Число посещений на одного жителя в год, всего	9,5	9,5	9,1	8,8	8,4	8,4	8,4	**–12%**
Число вызовов СМП на одного жителя в год	0,310	0,344	0,313	0,314	0,311	0,301	0,301	**–3%**

В табл. 7 представлены плановые (нормативные) объемы медицинской помощи по ПГГ. Обращает на себя внимание, что с 2012 по 2019 г. произошло снижение нормативных значений объемов медицинской помощи (в расчете на одного человека в год) по основным, наиболее массовым ее видам. Так, объемы СМП **сократились на 6%**, объемы специализированной медицинской помощи в стационарных условиях — **на 25%**. Даже объемы амбулаторно-поликлинической помощи были **сокращены на 8%**. Предусмотренное увеличение за этот же период объемов медицинской помощи в условиях дневных стационаров **на 17%**, а также появление других видов помощи — медицинской реабилитации в условиях стационаров и паллиативной помощи не может компенсировать сокращение объемов по ее наиболее массовым видам. Это во многом отражает неверное планирование. Такое планирование гарантированных населению объемов медицинской помощи **не отражает** тенденции к увеличению потоков больных, в том числе выявленных в процессе проводимой в стране с 2013 г. диспансеризации.

[1] Источники: сборники ЦНИИОИЗ Минздрава России «Основные показатели здравоохранения».

Таблица 7. Динамика изменения нормативных значений объемов медицинской помощи по Программе государственных гарантий[1]

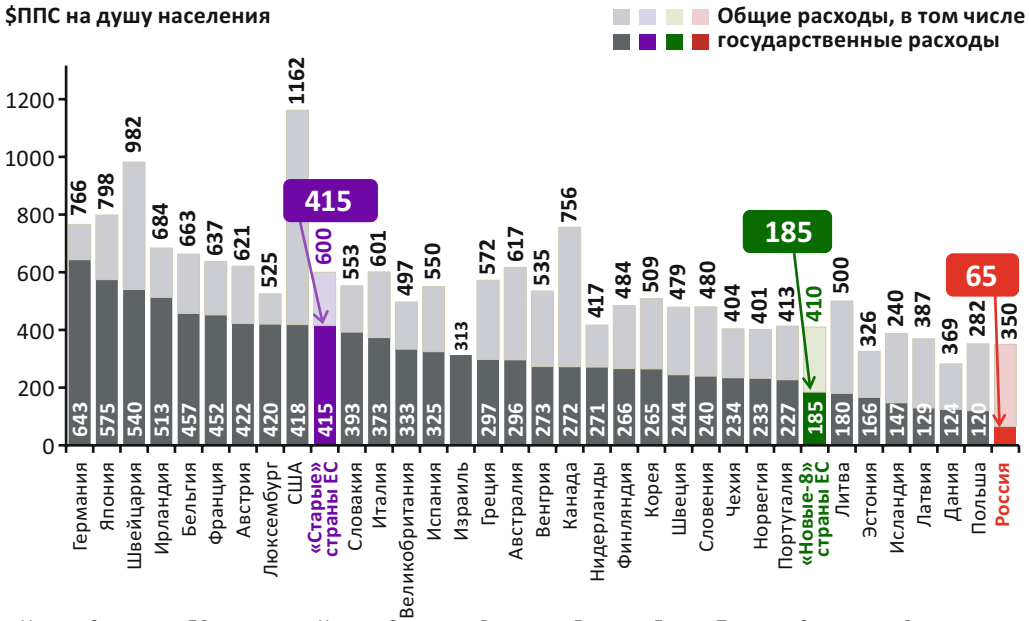
Виды и условия оказания медицинской помощи	2012 г.	2013 г.	2014 г.	2015 г.	2016 г.	2017 г.	2018 г.	2019 г.	2019/2012 гг.
Скорая медицинская помощь, вызов	0,318	0,318	0,318	0,318	0,300	0,300	0,300	0,300	**–6%**
Амбулаторно-поликлиническая медицинская помощь, всего посещений	9,700	9,512	9,844	10,108	9,088	9,088	9,088	8,962	**–8%**
Посещения с профилактической целью	—	2,400	2,770	2,900	2,350	2,350	2,350	2,880	**+20%**
Посещения для профилактических медосмотров, диспансеризации	—	—	—	—	—	—	—	0,790	—
Обращения по поводу заболевания	—	2,100	2,120	2,150	1,980	1,980	1,980	1,770	**–16%**
Посещения по неотложной медицинской помощи	—	0,560	0,460	0,500	0,560	0,560	0,560	0,560	**0%**
Медицинская помощь в условиях дневных стационаров, случай лечения	0,053	0,057	0,068	0,068	0,060	0,060	0,060	0,062	**17%**
Специализированная медицинская помощь в стационарных условиях, случай госпитализации	0,232	0,216	0,197	0,193	0,172	0,172	0,172	0,174	**–25%**
В том числе по профилю «онкология»	—	—	—	—	—	—	—	0,0091	—
Медицинская реабилитация, койко-день	—	—	0,030	0,033	0,039	0,039	0,048	—	**+60%**
Медицинская реабилитация, случай госпитализации	—	—	0,002	0,002	0,002	0,002	0,003	0,004	**+163%**
Паллиативная медицинская помощь, койко-день	—	0,077	0,092	0,092	0,092	0,092	0,092	0,092	**+19%**
Экстракорпоральное оплодотворение (ЭКО), случай	—	—	—	—	—	—	—	0,0005	—
Высокотехнологичная медицинская помощь, случай госпитализации	—	—	—	—	0,0047	0,006	0,006	—	—

[1] Данные за 2012–2014 гг. — за счет всех источников. Данные за 2015–2019 гг. — без учета средств федерального бюджета.

3.5. ЛЕКАРСТВЕННОЕ ОБЕСПЕЧЕНИЕ НАСЕЛЕНИЯ

В данном разделе кратко рассмотрены вопросы лекарственного обеспечения населения РФ. Более подробный анализ этого вопроса проведен в разделе 5.5. В 2017 г. государственные и личные расходы населения на ЛП и ИМН в амбулаторных условиях в РФ составили **350 $ППС** (1 $ППС = 24,34 рубля)[1] на душу населения. Это **на 15% меньше**, чем в «новых-8» странах ЕС (410 $ППС) и **в 1,7 раза меньше**, чем в «старых» странах ЕС (600 $ППС) (рис. 85).

Государственные расходы по этой статье в РФ составили **65 $ППС** на душу населения в год, что **в 2,8 раза меньше**, чем в «новых-8» странах ЕС (185 $ППС), и **в 6,4 раза меньше**, чем в «старых» странах ЕС (415 $ППС)[2] (см. рис. 85).



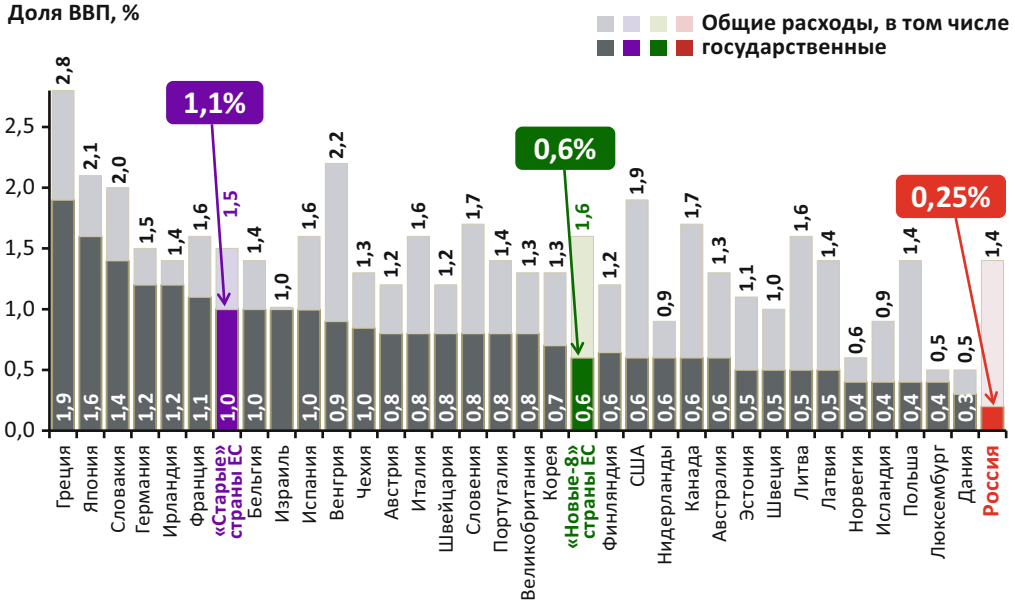
«Новые-8» страны ЕС включают: Чехию, Эстонию, Венгрию, Латвию, Литву, Польшу, Словакию, Словению.
Источники: Минздрав России (расчет ВШОУЗ-КМК); база данных ОЭСР «OECD.Stat», Health at a Glance, 2017.

Рис. 85. Подушевые расходы на ЛП и ИМН в амбулаторных условиях, в том числе оплачиваемые из государственных источников, в РФ (2017) и странах ОЭСР (2016)

[1] По данным Росстата в 2017 г. Доллар 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] Данные по странам ЕС представлены согласно сборнику ОЭСР Health at a Glance, 2017 (стоимость отпуска рецептурных и безрецептурных ЛП). Данные по стоимости отпуска рецептурных ЛП практически совпадают с объемом расходов государства на эти ЛП (могут не учитывать объем расходов населения в момент покупки рецептурного препарата 5–7%).

В доле ВВП государственные расходы на ЛП и ИМН в РФ составили **0,25%**, что **в 2,4 раза меньше**, чем в «новых-8» странах ЕС (0,6%), и **в 4,4 раза меньше**, чем в «старых» странах ЕС (1,1%) (рис. 86).



«Новые-8» страны ЕС включают: Чехию, Эстонию, Венгрию, Латвию, Литву, Польшу, Словакию, Словению.
Источники: Минздрав России (расчет ВШОУЗ-КМК); база данных ОЭСР «OECD.Stat», Health at a Glance, 2017.

Рис. 86. Расходы на ЛП и ИМН в амбулаторных условиях в доле ВВП, в том числе оплачиваемые из государственных источников, в РФ (2017) и странах ОЭСР (2016)

ВЫВОДЫ К ГЛАВЕ 3

- В РФ высока доля личных расходов населения на здравоохранение, она составляет **35%**, что в 1,3 раза выше, чем в «новых» странах ЕС (27%). Это связано с недостаточными расходами государства на здравоохранение: в 2018 г. подушевые государственные расходы на здравоохранение в РФ были **в 1,9 раза ниже**, чем в «новых-8» странах ЕС. В доле ВВП государственные расходы на здравоохранение в РФ составили **3,2% ВВП**, что **в 1,6 раза ниже**, чем в этих странах (5% ВВП).
- На фоне и так невысоких государственных расходов на здравоохранение в РФ за последние **6 лет** (с 2012 по 2018 г.) произошло их **сокращение на 4%** в постоянных ценах (2012 г. — 100%). Такое уменьшение расходов привело к снижению гарантированных объемов медицинской помощи.

- За последние 6 лет (с 2012 по 2018 г.) на фоне роста заболеваемости населения на 7,8 млн случаев **существенно сократились** ресурсы системы здравоохранения РФ, определяющие ее мощности:
  - обеспеченность практикующими врачами **снизилась на 12%** (46 тыс. человек), обеспеченность средним медицинским персоналом снизилась на **5%**, в том числе средним медицинским персоналом, работающим в ФАП и ФП, — **на 15%**. В результате обеспеченность практикующими врачами в РФ в 2018 г. оказалась **на уровне** «старых» стран ЕС и **на 14% ниже**, чем в Германии, хотя потоки пациентов в РФ значительно выше, соответственно, и мощности системы здравоохранения должны быть выше;
  - число медицинских организаций сократилось **на 8%** (с 2005 г. — в 2,2 раза), из них число больничных учреждений сократилось **на 17%**, а число самостоятельных АПУ — **в 2,2 раза**;
  - обеспеченность стационарными койками снизилась **на 15%**. В результате обеспеченность больничными койками в РФ при большем потоке больных стала **на 15% ниже**, чем в Германии, и почти **на уровне** «новых-8» стран ЕС.
- Сокращение мощностей системы здравоохранения с 2012 по 2018 г. закономерно привело к сокращению фактических объемов наиболее массовых видов медицинской помощи по ПГГ за этот же период: число госпитализаций сократилось **на 6%**, число посещений АПУ — **на 12%**, число вызовов СМП — **на 3%**.
- С 2013 по 2018 г. среднемесячная начисленная заработная плата врачей в постоянных ценах **увеличилась только на 25%**, среднего медицинского персонала — **на 8%**, при этом за этот же период существенно возросла их трудовая нагрузка.
- Государственные расходы на лекарственное обеспечение населения в амбулаторных условиях в РФ **в 2,8 раза ниже** по сравнению с «новыми-8» странами ЕС (в сопоставимых ценах в расчете на душу населения).

Часть II

ПРЕДЛОЖЕНИЯ ПО РАЗВИТИЮ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РФ: 2019–2024 гг.

Глава 4. Стратегические документы по развитию здравоохранения РФ

Глава 5. Предложения по развитию здравоохранения РФ на период 2019–2024 гг.

ГЛАВА 4

СТРАТЕГИЧЕСКИЕ ДОКУМЕНТЫ ПО РАЗВИТИЮ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РФ

4.1. НОРМАТИВНАЯ БАЗА ПО СТРАТЕГИЧЕСКОМУ ПЛАНИРОВАНИЮ

Сегодня в РФ имеется подробная нормативная база по вопросам стратегического планирования, которая рассмотрена в данной главе. Обобщенное определение **стратегии** — это детальный долгосрочный **план** достижения успеха (цели) в различных ситуациях: войне, политике, бизнесе, отраслях экономики и в отдельных организациях. Это наука и искусство **оптимального распределения** материальных, кадровых и финансовых ресурсов (то есть выделения **приоритетов**) для достижения цели в условиях временных и ресурсных **ограничений**. Формирование стратегии требует соответствующих знаний, научных обоснований, понимания балансов и взаимосвязей элементов системы, которой необходимо управлять.

Стратегическое планирование, согласно ФЗ от 28.06.2014 № 172-ФЗ (см. ниже), — это деятельность по целеполаганию, прогнозированию, планированию и программированию социально-экономического развития РФ, субъектов РФ и муниципальных образований, отраслей экономики и сфер государственного и муниципального управления, обеспечения национальной безопасности РФ. Эта деятельность направлена на решение задач устойчивого социально-экономического развития и обеспечение национальной безопасности РФ.

В РФ существуют несколько категорий документов стратегического планирования.

- **Национальный проект** — документ стратегического планирования, разрабатываемый в рамках целеполагания по межотраслевому принципу на федеральном уровне (основа для разработки или корректировки государственных программ).
- **Программа** — комплекс взаимосвязанных проектов и мероприятий, объединенных общей целью и координируемых совместно в целях повышения общей результативности и управляемости.
- **Проект** — комплекс взаимосвязанных мероприятий, направленных на достижение уникальных результатов в условиях временных и ресурсных ограничений.

Порядок разработки и реализации стратегических документов представлен в нормативных актах, к которым относятся следующие.

1. Федеральный закон от 28.06.2014 № 172-ФЗ «О стратегическом планировании в РФ». В этом законе даны базовые определения, представлены общие принципы и задачи стратегического планирования в РФ, соподчинение и виды стратегических документов, полномочия органов государственной власти в их разработке. Основные виды этих документов и их соподчинение представлены на рис. 87. Руководит государственной политикой в сфере стратегического планирования Президент РФ.

Рис. 87. Соподчинение основных стратегических документов

Стратегические документы должны содержать следующие основные разделы:

- анализ, оценку состояния соответствующей сферы;
- прогнозы развития на долгосрочный период;
- приоритеты, задачи и показатели для их измерения;
- способы их эффективного достижения;
- сроки и этапы проведения мероприятий;
- ожидаемые результаты проведения мероприятий;
- план мероприятий на среднесрочный период.

2. Постановление Правительства РФ от 12.10.2017 № 1242 «О разработке, реализации и об оценке эффективности отдельных государственных программ РФ» в редакции постановлений Правительства РФ от 23.02.2018 № 196 и от 25.12.2018 № 1662. Согласно этому постановлению, Государственная программа РФ, на основе которой формируется государственная программа субъекта РФ, — это документ, предусматривающий реализацию комплекса

мероприятий, направленных на достижение целей государственной политики в соответствующей сфере, основанный на **принципах проектного управления**. Содержит проекты (программы) и/или отдельные мероприятия межпрограммных проектов (программ), а также ведомственные целевые программы (ВЦП). Все проекты и программы группируются по направлениям реализации (подпрограммам). Документ должен состоять из проектной и процессной частей. В проектную часть включаются приоритетные проекты (программы), ведомственные проекты (программы), межпрограммные проекты (программы) и отдельные мероприятия межпрограммных проектов (программ). В процессную часть — ВЦП и при необходимости отдельные мероприятия, направленные на финансовое обеспечение деятельности исполнителей. Предусмотрены также дополнительные и обосновывающие материалы, которые включают характеристику текущего состояния соответствующей сферы, основные меры правового регулирования, информацию о финансовом обеспечении и др.

3. Постановление Правительства РФ от 31.10.2018 № 1288 «Об организации проектной деятельности в Правительстве РФ» в редакции Постановления Правительства РФ от 03.01.2019 № 1. Постановление описывает управление Национальными проектами на федеральном и региональном уровнях. **Региональный проект** — это проект, обеспечивающий достижение целей, показателей и результатов федерального проекта, мероприятия которого относятся к законодательно установленным полномочиям субъекта РФ, а также к вопросам местного значения муниципальных образований, расположенных на территории указанного субъекта РФ. Проектная деятельность — деятельность, связанная с инициированием, подготовкой, реализацией и завершением проектов.

В документе также описана **система мониторинга** реализации национальных (федеральных) и региональных проектов. Для этого должны формироваться ежемесячные, ежеквартальные и ежегодные отчеты. Ежеквартальные и ежегодные отчеты формируются нарастающим итогом. Участники регионального проекта ежемесячно, не позднее 3-го рабочего дня месяца, следующего за отчетным, представляют в региональный проектный офис информацию о реализации регионального проекта, необходимую для формирования отчета по федеральному проекту. В ежеквартальные отчеты также включается информация о прогнозных значениях целевых и дополнительных показателей национальных проектов и показателей федеральных проектов, а в ежегодные — информация о фактическом достижении этих показателей и результатов, выполнении задач.

Для реализации регионального проекта должен быть создан **региональный проектный офис**, который обеспечивает общую координацию реализации региональных проектов в субъекте РФ; осуществляет мониторинг его реализации; предоставляет по запросу проектного офиса Правительства РФ аналитические материалы; участвует в контрольных мероприятиях, организованных проектным офисом Правительства РФ в отношении национальных, федеральных и региональных проектов; осуществляет проверку и свод информации о реализации региональных проектов.

4. Методические указания по порядку и типовой форме заключения соглашения между руководителем федерального проекта и руководителем регионального проекта о реализации на территории субъекта РФ регионального проекта (утверждены протоколом заседания президиума Совета при Президенте РФ по стратегическому развитию и национальным проектам от 17.12.2018 № 15). Предметом настоящего **Соглашения** является организация взаимодействия сторон при реализации регионального проекта и осуществления мониторинга его реализации по достижению целей, показателей и результатов федерального проекта в части мероприятий, реализуемых в субъекте РФ и/или муниципальных образованиях, расположенных на территории субъекта. **Руководитель федерального (регионального) проекта** обеспечивает мониторинг достижения показателей задач и результатов федерального проекта по субъекту, а также плана мероприятий по реализации регионального проекта с использованием государственной интегрированной информационной системы управления общественными финансами «Электронный бюджет». Руководитель регионального проекта также обеспечивает наличие утвержденной государственной программы субъекта РФ, в которой региональные проекты, соответствующие федеральным проектам, обособлены в виде **отдельных структурных элементов**. Формирование и утверждение регионального проекта с использованием информационной системы «Электронный бюджет» происходит не позднее 30 рабочих дней с даты утверждения его паспорта, соответствующего по структуре паспорту федерального проекта, определяющего показатели, задачи, результаты и план мероприятий по реализации проекта.

4.2. НАЦИОНАЛЬНЫЙ ПРОЕКТ «ЗДРАВООХРАНЕНИЕ»

Предстоящий период до 2024 г. для РФ особенный: Президент РФ В.В. Путин **в Указе от 07.05.2018 № 204** «О национальных целях и стратегических задачах развития РФ на период до 2024 г.» поставил общенациональную цель — **увеличить ОПЖ с нынешних 73 до 78 лет к 2024 г.** и поручил разработать **12 Национальных проектов**. Следует отметить, что Правительству страны за последние 6 лет (2012–2018 гг.) удалось добиться роста ОПЖ **на 2,7 года** (с 70,2 до 72,9 года) (см. раздел 1.1). Это было сделано за счет реализации программ в здравоохранении и мер по антитабачной и антиалкогольной политике. Это значимый результат, поскольку его удалось добиться в условиях, когда (за этот же период) государственные расходы на здравоохранение **сократились на 4%** в постоянных ценах (с 2,3 до 2,2 трлн рублей) (см. раздел 3.1).

На рис. 88 представлены все Национальные проекты (НП) и их финансирование, которое **на 6 лет** составляет **25,7 трлн руб**. На человеческий капитал (НП «Здравоохранение», «Образование», «Демография» и «Культура») будет

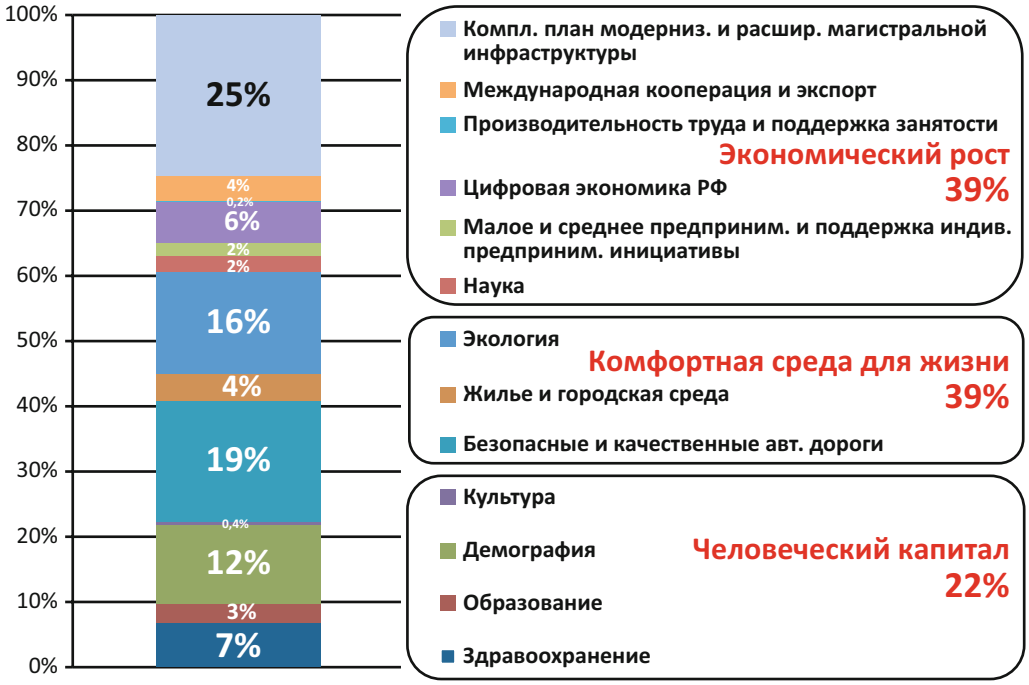


Рис. 88. Структура финансового обеспечения Национальных проектов РФ на 2019–2024 гг.

направлено **22%** финансовых средств, на комфортную среду для жизни («Безопасные и качественные автомобильные дороги», «Жилье и городская среда», «Экология») — **39%** средств, на экономический рост («Наука», «Малое и среднее предпринимательство и поддержка индивидуальной предпринимательской инициативы», «Цифровая экономика РФ», «Производительность труда и поддержка занятости», «Международная кооперация и экспорт», «Комплексный план модернизации и расширения магистральной инфраструктуры») — оставшиеся **39%**.

На рис. 89 представлены **8** из 12 НП, непосредственно влияющих на снижение смертности населения, главные из них — «Здравоохранение» и «Демография».

В настоящий момент по каждому национальному проекту сформированы федеральные проекты, каждый из которых содержит цели, задачи и ожидаемые результаты по приоритетным направлениям. В табл. 8 представлены основные цели по НП «Здравоохранение» и «Демография».

Национальный проект «Здравоохранение» включает восемь взаимосвязанных федеральных проектов — три клинических и пять организационных.

Клинические федеральные проекты.

1. **«Развитие системы оказания первичной медико-санитарной помощи»** — обеспечение инфраструктуры (сети) медицинских организаций первичной медико-санитарной помощи (ПМСП) и организационных процессов в них («бережливая поликлиника»), диспетчеризация скорой помощи, увеличение числа вылетов санитарной авиации.

Рис. 89. Схема Национальных проектов, направленных на достижение ОПЖ 78 лет

Таблица 8. Цели Национальных проектов «Здравоохранение» и «Демография»

Показатель	2017 г.	2024 г.	Динамика
ОПЖ, число лет	72,7	78,0	**+5,3**
Смертность населения трудоспособного возраста, число случаев на 100 тыс. населения	484,5	350,0	**–28%**
Младенческая смертность, число случаев на 1000 родившихся живыми	5,6	4,5	**–20%**
Смертность от новообразований, число случаев на 100 тыс. населения	200,6	185,0	**–8%**
Смертность от БСК, число случаев на 100 тыс. населения	587,6	450,0	**–23%**
Доля населения, занимающегося спортом	36,8%	55,0%	**+50%**

2. **«Борьба с сердечно-сосудистыми заболеваниями»** — профилактика развития сердечно-сосудистых заболеваний, оснащение сосудистых центров и первичных сосудистых отделений.
3. **«Борьба с онкологическими заболеваниями»** — организация тотальной онкологической настороженности, создание центров амбулаторной онкологической помощи, увеличение тарифов по лечению онкопатологии.

Организационные федеральные проекты.

1. **«Развитие детского здравоохранения, включая создание современной инфраструктуры оказания медицинской помощи детям»** — развитие профилактического направления в педиатрии, улучшение материально-технической базы детских поликлиник, повышение квалификации кадров.

2. **«Обеспечение медицинских организаций системы здравоохранения квалифицированными кадрами»** — устранение дефицита медицинских работников первичного звена, повышение профессионального уровня специалистов в отрасли.
3. **«Завершение формирования сети Национальных медицинских исследовательских центров (НМИЦ), внедрение инновационных медицинских технологий, включая систему ранней диагностики и дистанционный мониторинг состояния здоровья пациентов, внедрение клинических рекомендаций и протоколов лечения»** — внедрение клинических рекомендаций и системы контроля за качеством медицинской помощи, методическое управление качеством оказания медицинской помощи в субъектах РФ.
4. **«Создание единого цифрового контура в здравоохранении на основе единой государственной информационной системы здравоохранения (ЕГИСЗ)» —** внедрение медицинской информационной системы (МИС) во всех медицинских организациях, централизованных сервисов, организация телемедицинских консультаций.
5. **Развитие экспорта медицинских услуг.**

В НП «Здравоохранение» также представлены решения актуальных задач по улучшению организационных процессов — завершение диспетчеризации службы скорой помощи, внедрение системы научной организации труда в поликлиниках («бережливая поликлиника»), информатизация медицинских организаций и организация обмена данными между ними на основе ЕГИСЗ. Решение задачи по улучшению лечебных процессов планируется путем внедрения клинических рекомендаций (протоколов) и внедрения системы непрерывного медицинского образования (НМО).

Общее финансовое обеспечение проекта за 6 лет составит **1,73 трлн рублей**, из них **79%** — за счет средств федерального бюджета (рис. 90).

Как показано на рисунке, большая часть средств (**64%**), предусмотренных в НП «Здравоохранение», пойдет на увеличение расходов по программе «Борьба с онкологическими заболеваниями». Увеличение расходов по этой статье — важнейшее направление для действий, однако расходы по таким программам, как «Борьба с сердечно-сосудистыми заболеваниями» и «Развитие детского здравоохранения», также требуют дополнительных финансовых средств, особенно в части обеспечения населения бесплатными ЛС в амбулаторных условиях.

В среднем увеличение расходов на НП «Здравоохранение» ежегодно составит около **290 млрд рублей** в текущих ценах[1]. Как показано в сценарных расчетах ВШОУЗ-КМК (см. раздел 5.1), этого увеличения **недостаточно** для достижения 78 лет к 2024 г. По этим расчетам, потребуется увеличение государственных расходов на здравоохранение **на 15% ежегодно** в постоянных ценах.

[1] 1,73 трлн рублей ÷ 6 лет = 290 млрд рублей в год.

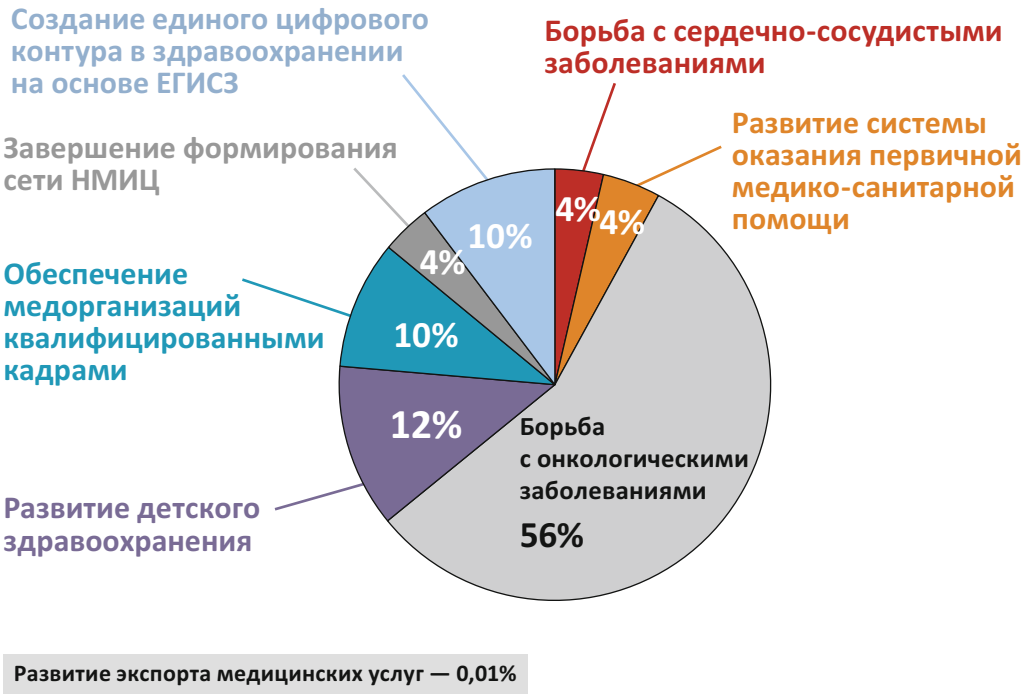


Рис. 90. Структура финансового обеспечения Национального проекта «Здравоохранение» на 2019–2024 гг. за счет всех источников

Следует отметить, что ряд положений НП «Здравоохранение» не согласован с показателями, установленными в ПГГ. Так, в федеральном проекте (ФП) «Развитие системы оказания первичной медико-санитарной помощи» предусмотрено увеличение числа посещений с профилактической целью, что потребует соответствующего увеличения нормативного числа посещений с профилактической целью в ПГГ. Так, в ПГГ на 2019 г. и плановый период 2020–2021 гг. число посещений с профилактической целью в 2019 г. по сравнению с 2018 г. увеличивается **на 23%**. Это совпадает с темпом роста числа граждан, прошедших профилактические осмотры. Однако далее, в 2020 и 2021 гг., число посещений с профилактической целью в ПГГ увеличивается только **на 0,7%**. При этом число взрослых застрахованных, которые должны пройти профилактические осмотры в 2020 и 2021 гг., увеличивается с большим темпом — соответственно **на 1,6%** и **2%**, это не учитывая увеличение числа осмотров подростков и граждан старшей возрастной группы в ФП «Старшее поколение».

Также необходимо представить расчеты по финансовому обеспечению клинических рекомендаций, разработанных профессиональными медицинскими обществами и Национальными медицинскими исследовательскими центрами (НМИЦ). Этой информации в НП «Здравоохранение» **не содержится**. В случае если клинические рекомендации не будут финансово обеспечены, то их выполнение станет **невозможным**, как и выполнение разработанных на их основании обязательных к исполнению критериев качества медицин-

ской помощи (приказ Минздрава России от 10.05.2017 № 203н). Увеличение тарифов по оказанию медицинской помощи предусмотрено только для онкологических заболеваний. Для этого ежегодно из федерального бюджета предусмотрены специальные межбюджетные трансферты в бюджет ФОМС. Однако динамика увеличения подушевого норматива финансирования базовой ПГГ, предусмотренная в Госпрограмме «Развитие здравоохранения», явно недостаточна для увеличения тарифов по оказанию медицинской помощи по всем профилям (табл. 9).

Таблица 9. Подушевой норматив финансирования базовой ПГГ

Показатель	2018 г.	2019 г.	2020 г.	2021 г.	2022 г.	2023 г.	2024 г.	2024/ 2018 гг.
Подушевые расходы финансирования базовой ПГГ в текущих ценах, руб.	11 800,0	11 800,2	12 696,9	13 531,4	13 531,4	13 531,4	13 531,4	**+15%**
Подушевые расходы финансирования базовой ПГГ в постоянных ценах, руб.	11 800,0	11 313,7	11 727,8	12 017,9	11 555,7	11 111,2	10 683,8	**–9%**

Из таблицы видно, что подушевые расходы на медицинскую помощь, финансируемую из системы ОМС, с 2018 по 2024 г. в текущих ценах вырастут **на 15%**, а в постоянных ценах — **снизятся на 9%**.

4.3. НАЦИОНАЛЬНЫЙ ПРОЕКТ «ДЕМОГРАФИЯ»

Национальный проект «Демография» включает пять ФП: «**Старшее поколение**» (разработка и реализация программы системной поддержки и повышения качества жизни граждан старшего поколения), «**Финансовая поддержка семей** при рождении детей», «**Содействие занятости женщин** — создание условий дошкольного образования для детей в возрасте до 3 лет», «**Укрепление общественного здоровья**» (формирование системы мотивации граждан к здоровому образу жизни), «**Спорт — норма жизни**» (создание для всех категорий и групп населения условий для занятий физкультурой и спортом).

Общее финансирование НП «Демография» на 2019–2024 гг. из всех бюджетных источников составляет **3,1 трлн рублей за 6 лет** (рис. 91). Из них средства федерального бюджета составляют **96%**.

На рис. 91 показано, что большая доля средств проекта (87%) будет потрачена на программы по финансовой поддержке семей при рождении детей. Эта мера, безусловно, необходима в условиях снижения рождаемости в РФ, однако другие проекты также требуют дополнительных средств. Непосред-

ственное влияние на увеличение ОПЖ будут оказывать следующие проекты: «Старшее поколение», «Укрепление общественного здоровья» и «Спорт — норма жизни». Анализ этих проектов и дополнительные предложения по ним представлены в главе 5.

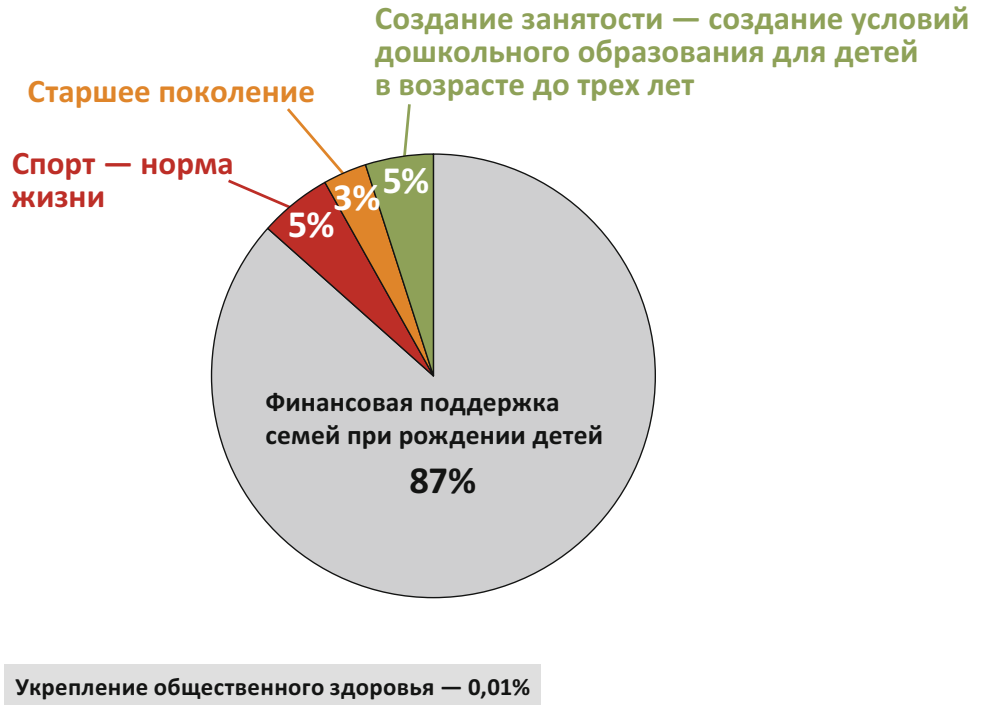


Рис. 91. Структура финансирования Национального проекта «Демография» на 2019–2024 гг. за счет всех источников

4.4. СТРАТЕГИЯ РАЗВИТИЯ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РФ НА ПЕРИОД ДО 2025 г.

Стратегия развития здравоохранения РФ на период до 2025 г. (Стратегия) утверждена Указом Президента РФ от 06.06.2019 № 254. Это документ стратегического планирования, разработанный в целях обеспечения национальной безопасности страны в сфере охраны здоровья граждан, который включает оценку состояния национальной безопасности в этой сфере, цели, основные задачи и приоритетные направления развития здравоохранения в РФ, а также основные этапы и ожидаемые результаты.

Следует отметить, что действующий вариант Стратегии **значительно лучше** его версии, представленной на общественное обсуждение Минздравом России **в сентябре 2017 г.** Тогда ВШОУЗ-КМК было подготовлено экспертное заключение с предложениями по его улучшению[1].

[1] https://www.vshouz.ru/news/zaklyuchenie-vshouz-na-podgotovlennyy-minzdravom-rossii-proekt-strategiya-razvitiya-zdravookhraneniya/

В данном разделе представлены только ключевые замечания из экспертного заключения, подготовленные на версию Стратегии 2017 г., большинство из них учтено Минздравом России.

1. **Не указаны** цели развития здравоохранения, поставленные Президентом РФ, а именно достижение к 2024 г. ОПЖ граждан 78 лет. Вместо этого в качестве цели указано средство достижения цели.
2. **Нет** анализа состояния здоровья населения РФ и факторов, на него влияющих: образа жизни населения, работы системы здравоохранения, экологических факторов.
3. **Нет** системного анализа состояния и деятельности системы здравоохранения. Вместо этого перечислены отдельные «достижения» в деятельности Минздрава России. Не указаны важнейшие проблемы в здравоохранении, в том числе **принятие не обеспеченной ресурсами** и несогласованной нормативной базы, хроническое **недофинансирование**, неэффективное управление.
4. **Не указаны** внешние вызовы системе здравоохранения, в том числе демографические, экономические, социальные (недовольство пациентов и медицинских работников).
5. Вследствие того, что не был проведен анализ, **не выделены** ключевые приоритеты в части здоровья населения: улучшение здоровья российских мужчин (живут **на 10 лет** меньше, чем российские женщины), российских детей и подростков (их смертность **в 1,9 раза выше**, чем в «новых-8» странах ЕС), не предложены меры по снижению недовольства здравоохранением среди пациентов.
6. **Не выделены** главные приоритетные направления развития в организации медицинской помощи: развитие первичной медико-санитарной помощи, увеличение бесплатного лекарственного обеспечения населения в амбулаторных условиях, формирование целевых программ по снижению смертности от инфекционных и онкологических заболеваний, развитие медико-социальной помощи на дому. **Не указано**, что этого можно достичь, только обеспечив достаточное количество высококвалифицированных, хорошо оплачиваемых и уважаемых обществом медицинских работников.
7. **Не указано**, что необходимо формировать комплексные межведомственные программы по снижению распространенности табакокурения и потребления алкоголя среди населения под руководством глав регионов и глав муниципальных образований.
8. **Не рассчитаны** необходимые ресурсы для реализации Стратегии. Для достижения к 2025 г. ОПЖ 76 лет потребуется поэтапное увеличение государственного финансирования здравоохранения **в 1,3–1,4 раза** в ценах 2016 г. Но желаемый эффект будет достигнут только при условии, что средства будут потрачены на обоснованные приоритеты, расходоваться эффективно и прозрачно. Для этого руководителей здравоохранения необходимо обучить современным технологиям стратегического и оперативного управления.

9. Проект Стратегии разработан методически **неверно**, задачи **дублируют** приоритеты, материал изложен **неконкретно**, **невнятно**, в тексте имеются многочисленные **повторы**.

В утвержденной в 2019 г. Стратегии обозначены следующие **цели** развития здравоохранения до 2025 г.:

- увеличение численности населения, продолжительности жизни, продолжительности здоровой жизни;
- снижение уровня смертности и инвалидности населения;
- соблюдение прав граждан в сфере охраны здоровья и обеспечение связанных с этими правами государственных гарантий.

Также поставлены следующие основные **задачи**:

1) создание условий для повышения доступности и качества медицинской помощи;
2) профилактика заболеваний;
3) разработка, внедрение и применение новых медицинских технологий и лекарственных средств;
4) предотвращение распространения заболеваний, представляющих опасность для окружающих;
5) совершенствование системы контроля в сфере охраны здоровья граждан, включая государственный контроль (надзор) в сфере обращения лекарственных средств, государственный контроль за обращением медицинских изделий;
6) обеспечение биологической безопасности;
7) совершенствование системы федерального государственного санитарно-эпидемиологического надзора.

В Стратегии выделены приоритетные направления, с помощью которых будут решаться поставленные задачи. Реализация Стратегии осуществляется в два этапа в соответствии с этапами развития экономики и бюджетной системы РФ (2019–2020 и 2021–2025 гг.). Для каждого из этапов устанавливаются показатели, отражающие ход и основные результаты реализации настоящей Стратегии. Реализация Стратегии осуществляется за счет средств бюджетов бюджетной системы РФ, в том числе за счет средств, предусмотренных на реализацию Государственной программы «Развитие здравоохранения».

Очень важно, что в Стратегии поставлены целевые показатели по сокращению потребления алкоголя до 2025 г. **с 10 до 8 л** на человека и снижению потребления табака **с 30 до 27%** среди взрослого населения. Однако для достижения существенного результата в улучшении здоровья граждан требуются более жесткие целевые показатели, такие, каких удалось добиться развитым странам (см. раздел 2.4).

Для реализации целей и задач Стратегии потребуются разработка детальных программ реализации и научное обоснование объемов государственного финансирования. Предложения по формированию этих программ и требуемые объемы финансирования рассмотрены в главе 5.

4.5. ГОСУДАРСТВЕННАЯ ПРОГРАММА «РАЗВИТИЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ»

Государственная программа РФ «Развитие здравоохранения» (Госпрограмма) впервые была утверждена постановлением Правительства РФ от 15.04.2014 № 294. Детальный анализ ее структуры и содержания, подпрограмм, финансового обеспечения и соотношения с другими программами в здравоохранении представлен в монографии «Здравоохранение РФ. Что надо делать», 2015[1]. Сегодня новая версия Госпрограммы утверждена постановлением Правительства РФ от 29.03.2019 № 380 с учетом необходимости реализации положений Указа Президента РФ от 07.05.2018 г. № 204.

В новую версию Госпрограммы включены федеральные проекты, входящие в НП «Здравоохранение». В соответствии с этим проектом скорректированы цели Госпрограммы, состав соисполнителей и участников, сроки реализации, правила предоставления и распределения субсидий из федерального бюджета бюджетам субъектов РФ. Кроме того, в структуру проектной части Госпрограммы включены **два федеральных проекта**, реализующихся в рамках НП «Демография»: «Укрепление общественного здоровья» и «Старшее поколение». В процессную часть Госпрограммы включены **24 ВЦП**, разработанные на основе отдельных мероприятий. Разработка и согласование проектов

Таблица 10. Структура государственной программы Российской Федерации «Развитие

Проект (программы)	
наименование	**цели**
1. Совершенствование оказания медицинской помощи, включая профилактику	
Федеральный проект «Развитие системы оказания первичной медико-санитарной помощи»	■ Обеспечение оптимальной доступности для населения (в том числе для жителей населенных пунктов, расположенных в отдаленных местностях) медицинских организаций, оказывающих первичную медико-санитарную помощь; ■ обеспечение охвата всех граждан профилактическими медицинскими осмотрами не реже 1 раза в год; ■ оптимизация работы медицинских организаций, оказывающих ПМСП, сокращение времени ожидания в очереди при обращении граждан в указанные медицинские организации, упрощение процедуры записи на прием к врачу; ■ формирование системы защиты прав пациентов

[1] Здравоохранение РФ. Что надо делать / Г.Э. Улумбекова. — 2-е изд. — М.: ГЭОТАР-Медиа, 2015. — 704 с.

ВЦП осуществлено в соответствии с Положением о разработке, утверждении и реализации ведомственных целевых программ, утвержденным постановлением Правительства РФ от 19.04.2005 № 239 (в редакции от 23.02.2018 г. № 196).

В состав Госпрограммы в виде приложений включены Правила распределения субсидий из федерального бюджета бюджетам субъектов РФ, а также сводная информация по опережающему развитию **приоритетных территорий РФ**. Перечень приоритетных территорий приведен в соответствие с п. 1 Указа Президента РФ от 03.11.2018 № 632 «О внесении изменений в перечень федеральных округов, утвержденных Указом Президента РФ от 13.05.2000 № 849»: Сибирский федеральный округ — Республика Алтай, Республика Тыва, Республика Хакасия, Алтайский край, Красноярский край, Иркутская, Кемеровская, Новосибирская, Омская, Томская области; Дальневосточный федеральный округ — Республика Бурятия, Республика Саха (Якутия), Забайкальский, Камчатский, Приморский, Хабаровский края, Амурская, Магаданская, Сахалинская, Еврейская автономная области, Чукотский автономный округ.

Краткая структура обновленной Госпрограммы представлена в табл. 10 в разрезе основных разделов программы и входящих в эти разделы федеральных проектов и ВЦП.

здравоохранения» в 2019–2024 гг.

Ведомственные целевые программы, отдельные мероприятия	
наименование	**цели**
заболеваний и формирование здорового образа жизни	
ВЦП «Совершенствование оказания скорой медицинской помощи и деятельности Всероссийской службы медицины катастроф»	■ Сокращение времени доезда (**менее 20 мин**) выездных бригад скорой медицинской помощи в экстренной форме до пациента и до места дорожно-транспортного происшествия соответственно; ■ **снижение больничной летальности** пострадавших в результате чрезвычайных ситуаций, поступивших в медицинские организации, за счет совершенствования работы Всероссийской службы медицины катастроф.

Проект (программы)	
наименование	**цели**
Федеральный проект «Борьба с сердечно-сосудистыми заболеваниями»	Снижение смертности от болезней системы кровообращения до **450 случаев** на 100 тыс. населения
Федеральный проект «Борьба с онкологическими заболеваниями»	Снижение смертности от новообразований, в том числе от злокачественных, до **185 случаев** на 100 тыс. населения
Федеральный проект «Развитие детского здравоохранения, включая создание современной инфраструктуры оказания медицинской помощи детям»	Снижение младенческой смертности в РФ до **4,5 случая** на 1000 родившихся живыми

Продолжение табл. 10

Ведомственные целевые программы, отдельные мероприятия	
наименование	**цели**
ВЦП «Совершенствование системы оказания медицинской помощи **наркологическим больным и больным с психическими расстройствами** и расстройствами поведения»	Обеспечение качества и доступности медицинской помощи по профилям «психиатрия-наркология» и «психиатрия». Результаты: ■ увеличение доли пациентов с наркологическими расстройствами, включенных в **стационарные программы медицинской реабилитации**, от числа госпитализированных пациентов с наркологическими расстройствами; ■ увеличение доли пациентов с наркологическими расстройствами, включенных в **амбулаторные программы медицинской реабилитации**, от числа состоящих под диспансерным наблюдением пациентов с наркологическими расстройствами; ■ увеличение доли пациентов с психическими расстройствами и расстройствами поведения, охваченных **бригадными формами оказания психиатрической помощи**, в общем числе пациентов, выписанных из стационара; ■ увеличение доли пациентов, страдающих хроническими и **затяжными психическими расстройствами** с тяжелыми стойкими или часто обостряющимися болезненными проявлениями, охваченных бригадными формами оказания психиатрической помощи, в общем числе пациентов, находящихся под диспансерным наблюдением; ■ проведение мероприятий **по строительству** (реконструкции) объектов государственной собственности РФ и собственности субъектов РФ; ■ **медицинское сопровождение** (при необходимости) лиц, страдающих психическими расстройствами, при передаче их к месту проведения принудительного лечения в психиатрическом стационаре как части комплекса мер по исправлению и перевоспитанию правонарушителей в государствах, гражданами которых они являются, исходя из принципа гуманности
ВЦП «Донорство и трансплантация органов в РФ»	Повышение доступности медицинской помощи методом **трансплантации** (пересадки) органов человека
ВЦП «Развитие службы крови»	**Обеспечение потребности** организаций, подведомственных федеральным органам исполнительной власти, **компонентами донорской крови** и развитие единой базы данных по осуществлению мероприятий, связанных с обеспечением безопасности донорской крови и ее компонентов, развитием, организацией и пропагандой донорства крови и ее компонентов в части: ■ увеличения уровня удовлетворения потребности федеральных организаций в компонентах донорской крови; ■ увеличения доли федеральных организаций, обеспеченных компонентами донорской крови; ■ увеличения доли учреждений, для которых осуществляется техническое сопровождение и развитие единой базы данных по осуществлению мероприятий, связанных с обеспечением безопасности донорской крови и ее компонентов, развитием, организацией и пропагандой донорства крови и ее компонентов

Проект (программы)	
наименование	**цели**
Федеральный проект «Укрепление общественного здоровья»	Обеспечение к 2024 г. увеличения доли граждан, **ведущих здоровый образ жизни**
Федеральный проект «Старшее поколение»	Увеличение ожидаемой продолжительности здоровой жизни **до 67 лет**[1]
—	—

Продолжение табл. 10

Ведомственные целевые программы, отдельные мероприятия	
наименование	**цели**
ВЦП «Высокотехнологичная медицинская помощь и медицинская помощь, оказываемая в рамках клинической апробации методов профилактики, диагностики, лечения и реабилитации»	■ Увеличение в 2024 г. обеспеченности населения **высокотехнологичной медицинской помощью** не менее чем **на 28%** по сравнению с 2017 г.; ■ создание условий по обеспечению населения медицинской помощью, в рамках которой применяются инновационные, в том числе разработанные и **ранее не применявшиеся** методы профилактики, диагностики, лечения и реабилитации, включая медицинскую помощь, оказываемую в рамках клинической апробации методов профилактики, диагностики, лечения и реабилитации; **медико-генетические консультации**, включающие проведение высокотехнологичных генетических диагностических исследований, выполняемых в федеральных медико-генетических центрах в целях диагностики и профилактики наследственных и/или врожденных заболеваний
ВЦП «Предупреждение и борьба с социально значимыми инфекционными заболеваниями»	■ Улучшение эпидемиологической обстановки **по туберкулезу** и снижение к 2025 г. заболеваемости туберкулезом; ■ обеспечение доступности медицинской помощи лицам, **зараженным ВИЧ**, и увеличение доли лиц, зараженных ВИЧ, получающих **антиретровирусную терапию**, от общего числа лиц, зараженных ВИЧ и состоящих под диспансерным наблюдением[2]; ■ обеспечение оказания медицинской помощи вновь выявленным и находящимся в стадии ремиссии больным **лепрой** в условиях специализированных федеральных медицинских организаций
ВЦП «Укрепление материально-технической базы учреждений»	■ Приведение в соответствие структурных **подразделений** учреждений, подведомственных Минздраву РФ, и федерального государственного бюджетного образовательного учреждения высшего образования «**Московский государственный университет** имени М.В. Ломоносова» с требованиями ГУ МЧС РФ, Росздравнадзора и Роспотребнадзора в части проведения **капитального ремонта объектов** капитального строительства, находящихся в оперативном управлении учреждений, а также приобретения **высокотехнологичного медицинского оборудования**, научного оборудования, прочего оборудования, а также оборудования для образовательного процесса; ■ создание новых площадей для осуществления профильной медицинской деятельности в соответствии с санитарными и иными нормами путем осуществления капитальных вложений в объекты государственной собственности РФ (для учреждений, подведомственных Минздраву РФ), государственной собственности субъектов РФ (муниципальной собственности) и обеспечения функционирования имеющейся материально-технической базы; ■ осуществление функций государственного заказчика по строительству (реконструкции, в том числе с элементами реставрации, техническому перевооружению) отдельных объектов учреждений, подведомственных Минздраву РФ

Проект (программы)	
наименование	**цели**
—	—
—	—
—	—

Продолжение табл. 10

Ведомственные целевые программы, отдельные мероприятия	
наименование	**цели**
ВЦП «Развитие системы оказания паллиативной медицинской помощи»	■ Обеспечение потребности населения РФ в оказании **паллиативной медицинской помощи путем ее развития**, в том числе в амбулаторных условиях, и повышения доступности **лекарственных препаратов для обезболивания** и устранения иных тягостных симптомов при оказании паллиативной медицинской помощи, в том числе за счет: ■ увеличения к 2024 г. числа посещений на 100 тыс. населения с паллиативной целью к медицинским работникам не менее чем **в 2,5 раза** по сравнению с 2017 г.; ■ увеличения к 2024 г. доли посещений выездных **патронажных бригад на дому** для оказания паллиативной медицинской помощи в общем количестве посещений по паллиативной медицинской помощи **на 22,1%** по сравнению с 2017 г.; ■ увеличение к 2024 г. уровня **обеспеченности койками** для оказания паллиативной медицинской помощи на 10 тыс. населения **на 30%** по сравнению с 2017 г.; ■ увеличения к 2024 г. **на 15%** и сохранения полноты выборки **наркотических лекарственных препаратов** регионами в рамках потребности в соответствии с планом распределения наркотических лекарственных препаратов и психотропных веществ по сравнению с 2017 г.
ВЦП «**Обеспечение отдельных категорий** граждан лекарственными препаратами в амбулаторных условиях»	■ Обеспечение доступности для лиц, больных гемофилией, муковисцидозом, гипофизарным нанизмом, болезнью Гоше, злокачественными новообразованиями лимфоидной, кроветворной и родственных им тканей, рассеянным склерозом, гемолитико-уремическим синдромом, юношеским артритом с системным началом, мукополисахаридозом I, II и VI типов, лиц после трансплантации органов и/или тканей необходимыми лекарственными препаратами по оформленным рецептам при оказании медицинской помощи в амбулаторных условиях к 2024 г. **до 100%**; ■ обеспечение охвата декретированных групп населения **профилактическими прививками** в рамках национального календаря профилактических прививок к 2024 г. не менее **95%**; ■ обеспечение доступности для отдельных категорий граждан лекарственных препаратов, медицинских изделий, специализированных продуктов лечебного питания **для детей-инвалидов** по оформленным рецептам при оказании медицинской помощи в амбулаторных условиях к 2024 г. **до 100%**
ВЦП «Организация обязательного медицинского страхования в РФ»	Обеспечение **гарантий** бесплатного оказания застрахованному лицу медицинской помощи в рамках базовой программы обязательного медицинского страхования на основе подушевого норматива финансового обеспечения базовой программы обязательного медицинского страхования до уровня **13 531,4 рубля** к 2024 г.[3]

Проект (программы)	
наименование	**цели**
—	—
—	—
2. Развитие и внедрение инновационных методов диагностики,	
Федеральный проект «Развитие сети национальных медицинских исследовательских центров и внедрение инновационных медицинских технологий»	Завершение формирования сети **НМИЦ** и внедрение инновационных медицинских технологий, включая систему ранней диагностики и дистанционный мониторинг состояния здоровья пациентов, для повышения качества оказания медицинской помощи населению РФ
3. Развитие медицинской реабилитации	
—	—
—	—
—	—
4. Развитие кадровых ресурсов	
Федеральный проект «Обеспечение медицинских организаций системы здравоохранения квалифицированными кадрами»	**Ликвидация кадрового дефицита** в медицинских организациях, оказывающих первичную медико-санитарную помощь[5]

Продолжение табл. 10

Ведомственные целевые программы, отдельные мероприятия	
наименование	**цели**
ВЦП «Медицинское обеспечение авиационного персонала гражданской авиации»	■ Выполнение плана **проверок** соответствия состояния здоровья требованиям федеральных **авиационных правил** в полном объеме лиц из числа авиационного персонала и студентов (курсантов) образовательных организаций гражданской авиации, число законченных медицинских освидетельствований; ■ выполнение в полном объеме мероприятий по обеспечению мониторинга здоровья авиационного персонала гражданской авиации (в том числе в рамках государственного задания)
ВЦП «Организация оказания медицинской помощи учреждениями, подведомственными **Управлению делами Президента РФ**»[4]	—
профилактики и лечения, а также основ персонализированной медицины	
ВЦП «Развитие фундаментальной, трансляционной и персонализированной медицины»	■ Разработка инновационных методов и средств профилактики, диагностики и лечения с предоставлением охраны интеллектуальных прав на основании патентов на изобретение, полезную модель или промышленный образец; ■ формирование и ведение национального **радиационно-эпидемиологического регистра** и внесение новых форм в регистровые записи; ■ реализация в отношении объектов здравоохранения проектов с применением механизма государственно-частного партнерства и заключением **концессионных соглашений** и соглашений о государственно-частном партнерстве
и санаторно-курортного лечения, в том числе детей	
ВЦП «Санаторно-курортное лечение»	Организация оказания **санаторно-курортного лечения** в рамках государственного задания в учреждениях, подведомственных федеральным органам исполнительной власти
ВЦП «Медицинская реабилитация»	■ Увеличение доступности и качества медицинской помощи населению в субъектах РФ по профилю «**медицинская реабилитация**»; ■ увеличение доли субъектов РФ, сформировавших трехуровневую систему по медицинской реабилитации
ВЦП «Организация оказания медицинской помощи учреждениями, подведомственными Управлению делами Президента РФ»	—
в здравоохранении	
ВЦП «Управление кадровыми ресурсами здравоохранения»	Повышение доли медицинских и фармацевтических работников отрасли здравоохранения, получивших **доступ к современным образовательным программам** дополнительного профессионального образования (профессиональная переподготовка, повышение квалификации), разработанных с учетом достижений науки и технологий, клинических рекомендаций (протоколов лечения) и принципов доказательной медицины

Проект (программы)	
наименование	**цели**
	5. Развитие международных
Федеральный проект «Развитие экспорта медицинских услуг»	Увеличение объема **экспорта** медицинских услуг не менее чем **в 4 раза** по сравнению с 2017 г. (до 1 млрд $ США) на период до 2024 г.
	6. Экспертиза и контрольно-надзорные
—	—
—	—
—	—
—	—

Продолжение табл. 10

Ведомственные целевые программы, отдельные мероприятия	
наименование	**цели**
отношений в сфере охраны здоровья	
ВЦП «Содействие международному сотрудничеству в сфере охраны здоровья»	Обеспечение участия РФ в выработке и принятии ключевых решений в области **глобального здравоохранения** по линии профильных международных организаций на период до 2024 г.
функции в сфере охраны здоровья	
ВЦП «Развитие государственной экспертной деятельности в сфере здравоохранения»	Реализация в полном объеме государственной **экспертной деятельности** в сфере здравоохранения и межведомственного взаимодействия в области обеспечения биологической и химической безопасности
ВЦП «Организация государственного санитарно-эпидемиологического надзора и обеспечение санитарно-эпидемиологического благополучия населения»	Обеспечение санитарно-эпидемиологического благополучия населения как одного из основных условий реализации конституционных прав граждан на охрану здоровья и благоприятную окружающую среду посредством: ■ сохранения уровня заболеваемости **дифтерией менее 0,01** на 100 тыс. населения; ■ сохранения уровня заболеваемости **краснухой менее 0,01** на 100 тыс. населения; ■ сохранения уровня заболеваемости острым вирусным **гепатитом В менее 1** на 100 тыс. населения; ■ снижения уровня инфекционной заболеваемости до **1339** на 100 тыс. населения. Совершенствование федерального государственного санитарно-эпидемиологического надзора, направленного на предупреждение, обнаружение и пресечение нарушений законодательства в области обеспечения санитарно-эпидемиологического благополучия населения в результате: ■ повышения удельного **веса плановых выездных проверок**, осуществляемых с применением лабораторных исследований; ■ увеличения количества проведенных профилактических мероприятий, в том числе в части обучения субъектов предпринимательской деятельности **соблюдению санитарных норм и правил**, прежде всего, в сфере общественного питания
ВЦП «Контроль, экспертиза, мониторинг и предоставление государственных услуг в сфере охраны здоровья»	Реализация в полном объеме разрешительных и контрольно-надзорных функций в сфере охраны здоровья граждан на основе риск-ориентированного подхода в соответствии с постановлениями Правительства РФ от 19.06.2012 № 608 и от 30.06.2004 № 323
ВЦП «Медицинское обеспечение авиационного персонала гражданской авиации»	■ Выполнение плана проверок соответствия состояния здоровья требованиям федеральных авиационных правил в полном объеме лиц из числа авиационного персонала и студентов (курсантов) образовательных организаций гражданской авиации, число законченных медицинских освидетельствований; ■ выполнение в полном объеме мероприятий по обеспечению мониторинга здоровья авиационного персонала гражданской авиации (в том числе в рамках государственного задания)

Проект (программы)	
наименование	**цели**
	7. Медико-санитарное обеспечение отдельных
—	—
—	—
	8. Информационные технологии и управление
Федеральный проект «Создание единого цифрового контура в здравоохранении на основе ЕГИСЗ»	Повышение эффективности функционирования системы здравоохранения путем создания **механизмов взаимодействия МО на основе ЕГИСЗ** и внедрения цифровых технологий и платформенных решений до 2024 г., формирующих единый цифровой контур здравоохранения[6]
—	—

[1] Реализация федерального проекта будет осуществляться путем достижения следующих показателей: «Ожидаемая продолжительность жизни граждан в возрасте 55 лет», «Уровень госпитализации на геронтологические койки лиц старше 60 лет на 10 тыс. населения соответствующего возраста», «Охват граждан старше трудоспособного возраста профилактическими осмотрами, включая диспансеризацию, %», «Доля лиц старше трудоспособного возраста, у которых выявлены заболевания и патологические состояния, находящихся под диспансерным наблюдением, %».

[2] При условии соответствующего финансирования мероприятия «Обеспечение закупок за счет средств федерального бюджета антивирусных лекарственных препаратов для медицинского применения, предназначенных для обеспечения лиц, инфицированных вирусом иммунодефицита человека, в том числе в сочетании с вирусами гепатитов В и С, включенных в перечень жизненно необходимых и важнейших лекарственных препаратов» ведомственной целевой программы «Предупреждение и борьба с социально значимыми инфекционными заболеваниями».

[3] В 2022–2024 гг. значения цели, а также объем бюджетных ассигнований, необходимый для реализации настоящей ведомственной целевой программы, будут уточняться в рамках подготовки проектов федеральных законов о федеральном бюджете и о бюджете федерального фонда обязательного медицинского страхования на соответствующие годы.

Окончание табл. 10

Ведомственные целевые программы, отдельные мероприятия	
наименование	**цели**
категорий граждан	
ВЦП «Медико-биологическое обеспечение спортсменов спортивных сборных команд РФ»	Увеличение количества допущенных по состоянию **здоровья спортсменов** к соревновательной и тренировочной деятельности
ВЦП «Медико-санитарное обеспечение работников обслуживаемых организаций и населения обслуживаемых территорий»	■ Повышение охвата работников обслуживаемых организаций **периодическими медицинскими осмотрами**; ■ снижение смертности населения в трудоспособном возрасте на территориях, подлежащих обслуживанию **ФМБА РФ**; ■ выполнение плана проверок юридических лиц и индивидуальных предпринимателей в части соблюдения требований законодательства в области обеспечения санитарно-эпидемиологического благополучия населения
развитием отрасли	
ВЦП «Анализ и мониторинг системы здравоохранения»	■ Обеспечение мониторинга достижения **медико-статистических показателей в сфере здравоохранения на уровне 100%** для принятия и контроля за исполнением управленческих решений по реализации приоритетных и стратегических направлений в сфере здравоохранения; ■ организационное и методическое обеспечение контроля КМП в полном объеме
ВЦП «Информационно-технологическая поддержка реализации государственной программы»	■ Обеспечение **информационной и технологической поддержки деятельности Минздрава РФ** в области использования информационных и коммуникационных технологий и систем, а также вычислительной техники в части обеспечения межведомственного информационного взаимодействия; ■ техническое сопровождение и эксплуатация, включая осуществление мероприятий по обеспечению информационной безопасности информационных систем Минздрава РФ; ■ техническое сопровождение и эксплуатация, включая осуществление мероприятий по обеспечению информационной безопасности компонентов информационно-телекоммуникационной инфраструктуры Минздрава РФ

[4] Цели отражены в ведомственной целевой программе «Организация оказания медицинской помощи учреждениями, подведомственными Управлению делами Президента РФ» для служебного пользования.

[5] Реализация федерального проекта будет способствовать достижению целей государственной программы Российской Федерации «Развитие образования». Результатом федерального проекта, связанным с достижением целей указанной государственной программы, является численность врачей и средних медицинских работников в медицинских организациях, находящихся в ведении Минздрава РФ, органов исполнительной власти субъектов Российской Федерации в сфере охраны здоровья и муниципальных образований не менее 598 и 1396 тыс. специалистов соответственно.

[6] Реализация федерального проекта будет способствовать достижению целей и задач государственной программы Российской Федерации «Информационное общество». Результатом федерального проекта, связанным с достижением целей указанной государственной программы, является реализация к 2023 г. государственных информационных систем в сфере здравоохранения, соответствующих требованиям Минздрава РФ, подключенных к единой государственной информационной системе здравоохранения во всех регионах Российской Федерации.

4.6. ПРОГНОЗЫ ДИНАМИКИ ЭКОНОМИЧЕСКИХ И ДЕМОГРАФИЧЕСКИХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ В РФ ДО 2024 г.

При формировании предложений по развитию здравоохранения важно оценить прогнозы изменения факторов, которые будут влиять на показатели здоровья, но напрямую не зависят от деятельности системы здравоохранения.

Экономический прогноз до 2024 г., сделанный Министерством экономического развития РФ[1], представлен в табл. 11. Из таблицы видно, что среднегодовой темп роста реальной заработной платы будет невысоким, соответственно существенно **не вырастут** и реальные доходы населения. В этих условиях увеличение доступности бесплатной медицинской помощи для населения имеет принципиальное значение.

Таблица 11. Прогноз экономических показателей на 2019–2024 гг.

Показатель	Среднегодовой темп роста (2019–2024 гг.)
Валовой внутренний продукт	**+2,7%**
Инфляция	**+4,0%**
Реальная заработная плата	**+2,3%**

Согласно демографическим прогнозам Росстата[2], к 2024 г. численность населения трудоспособного возраста **сократится на 4,2 млн человек** (или на 5%), численность населения моложе трудоспособного возраста **увеличится на 0,8 млн человек** (или на 3%), а численность населения старше трудоспособного возраста **увеличится на 3,4 млн человек** (или на 9%). Рост числа детей и подростков, а также граждан старшей возрастной группы приведет к увеличению потребления медицинских услуг, что важно учесть при формировании мощностей системы здравоохранения.

При формировании политики в здравоохранении необходимо также учесть **настроения пациентов** и **медицинских работников**. У пациентов сегодня сложились завышенные ожидания от системы здравоохранения и **недовольство** доступностью и качеством медицинских услуг. По данным ВЦИОМ (июнь 2018)[3], здравоохранение является самой актуальной проблемой для россиян: на это указали 28% опрошенных, далее — образование (23%) и состояние экономики в целом (21%). Причем довольных системой здравоохранения становится все меньше: согласно данным ВЦИОМ и «Левада-центра», в 2017 г. полностью удовлетворено системой здравоохранения было только **9%**, хотя в 2014 г. их было **22%**. Основными проблемами отрасли граждане считают недостаточный уровень профессионализма врачей, нехватку врачей, дорогие ЛС (ноябрь 2017)[4].

[1] Сценарные условия прогноза социально-экономического развития на 2019–2024 гг., апрель 2019 г.
[2] Средний вариант прогноза от 03.10.2018.
[3] https://vademec.ru/news/2018/06/07/vtsiom-zdravookhranenie-ostaetsya-samoy-problemnoy-sferoy-dlya-rossiyan/
[4] https://wciom.ru/index.php?id=236&uid=116534

В среде медицинских работников также растет недовольство — высокими трудовыми нагрузками (коэффициент совместительства в среднем в отрасли — **1,35**), недостаточными и существенно различающимися в регионах заработными платами (см. раздел 3.2), излишним документооборотом и проверками, включая преследования со стороны органов прокуратуры. Вместе с тем реализация любых управленческих воздействий в здравоохранении определяется трудом медицинских работников.

ВЫВОДЫ ПО ГЛАВЕ 4

- В РФ создана **качественная нормативная база** по вопросам стратегического планирования и проектному управлению. Руководит государственной политикой в сфере стратегического планирования Президент РФ.
- В Указе Президента РФ от 07.05.2018 № 204 «О национальных целях и стратегических задачах развития РФ на период до 2024 г.» поставлена общенациональная цель — увеличить ОПЖ с нынешних **73 до 78 лет к 2024 г.** Для этого разработано **12** национальных проектов, в том числе НП «Здравоохранение» и «Демография».
- В здравоохранении РФ действуют следующие основные документы стратегического планирования: НП «Здравоохранение» и «Демография», включенные в Государственную программу «Развитие здравоохранения», а также «Стратегия развития здравоохранения РФ на период до 2025 г.».
- В рамках НП «Здравоохранение» необходимо представить расходы на оказание медицинской помощи в соответствии с клиническими рекомендациями по всем основным профилям медицинской помощи.
- Подушевые нормативы финансирования базовой программы государственных гарантий с 2018 по 2024 г. в постоянных ценах **сокращаются на 9%**, что **не позволит** исполнять современные клинические рекомендации и внедрять в практику инновационные технологии, предусмотренные Госпрограммой «Развитие здравоохранение».
- При формировании дополнительных программ необходимо учесть, что по прогнозам Росстата к 2024 г. численность населения старше трудоспособного возраста увеличится на **3,4 млн человек** (или на 9%). Это приведет к росту объемов потребления медицинской помощи. Также необходимо иметь в виду настроения пациентов и медицинских работников. У пациентов сложились **завышенные ожидания** от системы здравоохранения и **выраженное недовольство** ее деятельностью (по опросам ВЦИОМ здравоохранение — это главная проблема, которая беспокоит россиян). У врачей сложилось недовольство низкими зарплатами, постоянными переработками и **многочисленными проверками** со стороны контрольных органов.

- Для увеличения ОПЖ **до 78 лет к 2024 г.** потребуются **доработка** имеющихся ФП и **разработка дополнительных** проектов и программ (в том числе по созданию системы всеобщего лекарственного обеспечения, снижению смертности и заболеваемости от инфекционных болезней), научное обоснование **необходимого финансирования** здравоохранения и создание системы **эффективного управления** от федерального до регионального уровня, а также до уровня руководителей медицинских организаций (все эти вопросы рассмотрены в главе 5).

ГЛАВА 5

ПРЕДЛОЖЕНИЯ ПО РАЗВИТИЮ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РФ НА ПЕРИОД 2019–2024 гг.

5.1. СЦЕНАРНЫЕ УСЛОВИЯ ДОСТИЖЕНИЯ ОПЖ 78 ЛЕТ И НЕОБХОДИМЫЕ ОБЪЕМЫ ФИНАНСИРОВАНИЯ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

В разделах 2.1 и 2.2 обоснованы ключевые факторы, определяющие здоровье населения РФ (а именно показатель ОПЖ), и дана количественная оценка степени их влияния. Показано, что в РФ в период с 2011 по 2016 г. темп роста ВРП определял ОПЖ **на 37%**, снижение потребления алкоголя — **на 33%**, увеличение государственного финансирования здравоохранения — **на 30%**.

На основе этих результатов были построены прогнозы динамики ОПЖ при различных сценарных условиях. Были заданы следующие базовые условия: темп прироста ВРП на душу населения в 2019 г. составит **1,7%**, в 2020 г. — **3%**, а за период 2021–2024 гг. заложен рост по **4%** на каждый год. Второе базовое условие — потребление крепких алкогольных напитков на душу населения в субъектах РФ должно снизиться **на 45%** (снижение заложено по функции экспоненциального роста, минимальный порог — 3,2 л). Далее, принимая эти базовые условия, были построены три сценария увеличения ОПЖ в зависимости от динамики показателя государственных расходов на здравоохранение на душу населения (ГРЗ) в период 2019–2024 гг. (рис. 92):

1) ГРЗ изменяются в соответствии с динамикой, заложенной в Государственной программе «Развитие здравоохранения»;
2) ежегодный темп прироста ГРЗ составляет 10% в постоянных ценах;
3) ежегодный темп прироста ГРЗ составляет 15% в постоянных ценах.

Видно, что для достижения ОПЖ **78 лет** к 2024 г. потребуется ежегодное увеличение государственного финансирования здравоохранения **на 15%** в постоянных ценах. Если государственное финансирование здравоохранения к 2024 г. будет увеличиваться каждый год на 10% в постоянных ценах, то ОПЖ вырастет до **77,3 года**. Если государственное финансирование к 2024 г. будет таким, как сегодня заложено в Государственной программе «Развитие здравоохранения», то ОПЖ достигнет только **75,6 года**. Еще раз подчеркнем, что этот расчет сделан для базовых условий. Если ВРП **не будет увеличиваться**, как заложено в сценарии Минэкономразвития РФ, а потребление алкоголя **останется на прежнем уровне**, то тогда потребуются **еще большие** вложения

в здравоохранение, чтобы компенсировать отсутствие положительного влияния на ОПЖ этих факторов. И наоборот, если ВРП будет расти более высокими темпами, соответственно, будет расти благосостояние граждан, то в здравоохранение потребуются **меньшие** вложения.

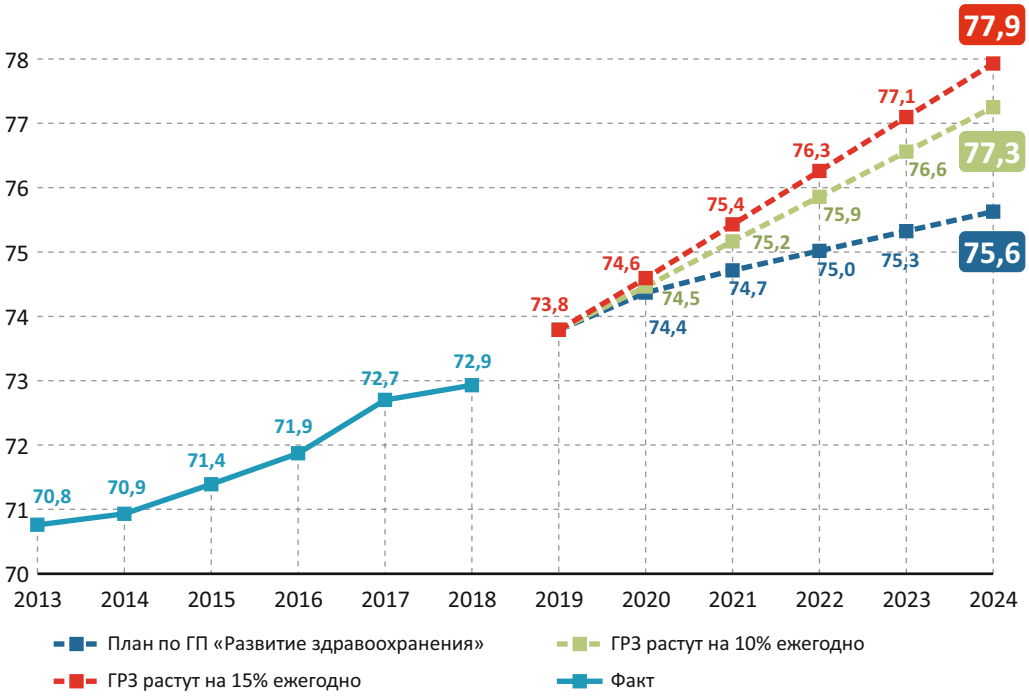


Рис. 92. Динамика ожидаемой продолжительности жизни в РФ по трем сценарным условиям до 2024 г.

В табл. 12 представлено сравнение государственного финансирования здравоохранения по целевому сценарию роста ОПЖ (+15% ежегодно в постоянных ценах) и по сценарию, предусмотренному в Госпрограмме «Развитие здравоохранения». Увеличение государственного финансирования здравоохранения по целевому сценарию 2024 г. соответствует **7,7 трлн рублей** в постоянных ценах (увеличение **в 2 раза** к 2018 г.). В текущих ценах это составит **6,5% ВВП** в 2024 г. Это значение не намного выше, чем сегодня составляет государственное финансирование здравоохранения в «новых-8» странах ЕС (5% ВВП), и ниже, чем в «старых» странах ЕС (7,9% ВВП) (см. раздел 3.1).

Рост государственных расходов по Госпрограмме «Развитие здравоохранения» с 2018 по 2024 г. составит всего **+6%** в постоянных ценах. К 2024 г. в текущих ценах это составит всего **2,9% ВВП**, то есть даже снизится по сравнению с уровнем 2018 г. (**3,2%** ВВП). Для достижения уровня финансирования по целевому сценарию к заложенным в Госпрограмме «Развитие здравоохранения» средствам потребуется дополнительно **12 трлн рублей на 6 лет**.

Таблица 12. Сравнение государственного финансирования здравоохранения по целевому сценарию (+15% ежегодно в постоянных ценах) и по сценарию, предусмотренному в Госпрограмме «Развитие здравоохранения»

Показатель	2018 г.	2019 г.	2020 г.	2021 г.	2022 г.	2023 г.	2024 г.	2019–2024 гг.
Объем финансирования государственной программы «Развитие здравоохранения» в текущих ценах (план), млрд руб.	3 318,5	4 111,6	4 539,8	4 558,7	4 520,3	4 487,3	4 475,7	26 693,5
Доля в ВВП	**3,2%**	**3,8%**	**4,0%**	**3,7%**	**3,5%**	**3,2%**	**3,0%**	**—**
Объем финансирования государственной программы «Развитие здравоохранения» в постоянных ценах 2018 г. (план), млрд руб.	3 318,5	3 943,0	4 194,9	4 048,7	3 861,6	3 685,8	3 534,8	—
Темп прироста в постоянных ценах	—	18,8%	6,4%	–3,5%	–4,6%	–4,6%	–4,1%	6,5%
15% рост объема государственного финансирования здравоохранения в постоянных ценах 2018 г., млрд руб.	3 318,5	3 816,3	4 388,7	5 047,1	5 804,1	6 674,7	7 675,9	—
15% рост объема государственного финансирования здравоохранения в текущих ценах, млрд руб.	3 318,5	3 979,5	4 749,6	5 682,8	6 794,1	8 126,3	9 719,0	39 051,3
Доля в ВВП	**3,2%**	**3,6%**	**4,2%**	**4,6%**	**5,2%**	**5,8%**	**6,5%**	**—**
Разница, млрд руб.	**—**	**–132,1**	**209,7**	**1 124,1**	**2 273,8**	**3 639,0**	**5 243,3**	**12 357,9**
Объем финансирования государственной программы «Развитие здравоохранения» на душу населения в текущих ценах, тыс. руб.	22,6	28,0	30,9	31,1	30,8	30,6	30,6	—
Объем финансирования государственной программы «Развитие здравоохранения» на душу населения в постоянных ценах 2018 г., тыс. руб.	22,6	26,9	28,6	27,6	26,3	25,2	24,1	—
Темп прироста в постоянных ценах	—	18,8%	6,4%	–3,4%	–4,6%	–4,5%	–4,0%	6,8%
15% рост объема государственного финансирования здравоохранения на душу населения в постоянных ценах 2018 г., тыс. руб.	22,6	26,0	29,9	34,4	39,5	45,5	52,3	—
15% рост объема государственного финансирования здравоохранения на душу населения в текущих ценах, тыс. руб.	22,6	27,1	32,3	38,7	46,3	55,3	66,2	—
ИПЦ (базовый вариант прогноза Минэкономразвития РФ)	—	*4,3%*	*3,8%*	*4,0%*	*4,0%*	*4,0%*	*4,0%*	—
ВВП в текущих ценах (базовый вариант прогноза Минэкономразвития РФ), млрд руб.	*103 876*	*109 086*	*114 375*	*122 234*	*130 790*	*139 837*	*149 488*	—
Среднегодовая численность населения (средний вариант прогноза Росстата), тыс. человек	*146 831*	*146 797*	*146 777*	*146 717*	*146 628*	*146 527*	*146 417*	—

Следует отметить, что увеличение государственного финансирования здравоохранения — это необходимое условие достижения целей, но далеко не достаточное. При этом принципиально важно, чтобы средства, направленные на охрану здоровья, были потрачены на приоритетные меры, доказавшие свою эффективность (см. раздел 5.3).

ВЫВОДЫ К РАЗДЕЛУ 5.1

- Результаты расчетов показали, что в РФ для достижения ОПЖ 78 лет к 2024 г., наряду с целенаправленной политикой, направленной на снижение потребления крепких алкогольных напитков (снижение на 45% к 2024 г.), необходимо ежегодно увеличивать государственные расходы на здравоохранение на душу населения примерно **на 15%** в постоянных ценах. Такой темп роста государственных расходов на здравоохранение будет соответствовать **6,5% ВВП** в 2024 г., что **на уровне** стран ЕС в среднем. Для достижения ОПЖ 77 лет к 2024 г. потребуется увеличение государственных расходов **на 10%** ежегодно в постоянных ценах.
- Заложенные в Госпрограмме «Развитие здравоохранения» финансовые средства недостаточны для достижения ОПЖ 78 лет к 2024 г. — динамика роста этих расходов с 2018 по 2024 г. составит **всего 6%** в постоянных ценах. К 2024 г. эти расходы составят **2,9% ВВП**, что ниже, чем в 2018 г. (3,2% ВВП).

5.2. ДЕКОМПОЗИЦИЯ ЦЕЛЕВЫХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ОПЖ ДО 2024 г. (соавтор Гиноян А.Б.[1])

Во ВШОУЗ-КМК были рассчитаны целевые показатели ОПЖ и смертности в РФ к 2024 г., отдельно **для мужчин и женщин** и по причинам. В РФ значению ОПЖ обоих полов **78 лет** к 2024 г. будет соответствовать ОПЖ мужчин **73,9 года**, а женщин — **81,3 года**. Расчеты сделаны методом регрессионного анализа. Разница в ОПЖ женщин и мужчин в 2024 г. составит **7 лет** (в 2018 г. — **10 лет**) (табл. 13).

Далее было рассчитано значение ОКС, соответствующее ОПЖ 78 лет. В РФ значению ОПЖ обоих полов 78 лет к 2024 г. будет соответствовать ОКС **10,3 случая** на 1000 населения. Этот показатель рассчитан методом «передвижки возрастов», который полностью соответствует логике старения и обновления населения РФ[2]. В прогнозе участвуют 202 возрастные вероятности

[1] А.Б. Гиноян — кандидат экономических наук, ведущий научный сотрудник Научно-исследовательского центра по анализу деятельности системы здравоохранения ВШОУЗ-КМК.

[2] Сценарий прогноза описывается восемью переменными, такими как коэффициент суммарной рождаемости, средний возраст матери при рождении ребенка, ОПЖ при рождении мужчин и женщин, коэффициент младенческой

дожития (101 для мужчин и 101 для женщин) и 35 возрастных вероятностей родить ребенка. В расчетах была принята независимая гипотеза, касающаяся итоговых характеристик смертности, а именно что к 2024 г. ОПЖ мужчин и женщин составит 73,9 и 81,3 года соответственно.

Далее расчеты были сделаны с использованием **СКС**. *Для справки*: стандартизация — это способ расчета демографических показателей, который позволяет судить о том, какова была бы величина, например, показателя смертности при устранении различий в возрастном составе населения сравниваемых групп. С учетом стандартизации можно судить о различиях между разными периодами и странами вне зависимости от возрастной структуры населения (выбран Европейский стандарт возрастной структуры населения).

Целевые значения СКС для РФ к 2024 г. установлены по СКС, которые сложились в Германии, для мужчин — в 1996 г., а для женщин — в 2000 г. Эти годы выбраны, поскольку в Германии в 1996 г. ОПЖ у мужчин составляла **74 года**, а в 2000 г. ОПЖ у женщин — **81 год**. Это именно те значения ОПЖ мужчин и женщин, которые установлены в РФ как целевые к 2024 г. Более того, в РФ средний возраст населения к 2024 г. будет близок к среднему возрасту населения, который был в Германии в период 1996–2000 гг. (табл. 13).

Таблица 13. Средний возраст населения, ОПЖ, ОКС в РФ и Германии

Показатель		РФ, 2017 г.	Германия, 1996–2000 гг.	РФ, 2024 г.
Средний возраст населения, число лет	оба пола	39,8	40,6	41,5
	мужчины	37,1	38,0	38,9
	женщины	42,2	42,6	43,8
Численность населения, млн человек		146,8	82,1	150,1
ОПЖ при рождении, число лет	оба пола	72,7	78,0 (2000)	78,0
	мужчины	67,5	74,0 (1996)	73,9
	женщины	77,6	81,0 (2000)	81,3
ОКС (оба пола), число умерших на 1000 населения		12,4	10,3 (1999)	10,3

Целевые значения СКС по основным причинам смерти были установлены также по Германии для мужчин — за 1996 г., а для женщин — за 2000 г. (см. табл. 13).

смертности (на 1000), доля мальчиков среди новорожденных, ежегодное число прибывших (тысяч человек) и коэффициент выбытия (на 1000 человек).

Целевые значения СКС от злокачественных **новообразований** для мужчин и женщин в возрасте **до 64 лет** для РФ к 2024 г. были установлены по значению этого показателя в Германии в 2014 г. Выбор этого года связан с тем, что за последние 15 лет произошел технологический прорыв в диагностике и лечении злокачественных новообразований, особенно в молодом возрасте.

Целевые значения **нестандартизованных** коэффициентов смертности по причинам в РФ к 2024 г. (табл. 14) установлены по динамике изменения соответствующих **стандартизованных коэффициентов смертности** (см. табл. 15). Следует обратить внимание, что более точными являются прогнозные значения показателей смертности по СКС, так как возрастная структура населения в РФ в период с 2016 по 2024 г. будет меняться. Например, средний возраст населения РФ в 2017 г. составил **39,8 года**, а к 2025 г. составит **41,5 года** (см. табл. 13). Но поскольку в Национальном проекте «Здравоохранение» цели поставлены в **нестандартизованных** показателях, то нами сделаны эти примерные расчеты.

Целевое значение коэффициента смертности детей в возрасте 0–14 лет (на 100 тыс. населения соответствующего возраста) для РФ к 2024 г. было установлено по значению этого показателя в Германии в 1999 г. (см. табл. 14).

Целевые значения показателей по распространенности курения и потреблению алкоголя в РФ к 2024 г. были установлены по сложившимся значениям соответствующих показателей в ЕС в среднем в 2015 г. (см. табл. 14).

Значения показателей снижения смертности по годам рассчитаны с учетом нелинейного темпа изменения. Этот темп учитывает тот факт, что на начальных этапах реализации целевых программ по снижению смертности положительных значений показателей будет добиться легче, чем на заключительных этапах.

Полученные данные по декомпозиции цели достижения ОПЖ 78 лет к 2024 г. показали, что снижение СКС (оба пола) должно составить **не менее 28%**. СКС от БСК должен снизиться **на 30%** для мужчин и **на 28%** для женщин, СКС от внешних причин — **на 63%** для мужчин и **на 47%** для женщин, от злокачественных новообразований — **на 9%** (оба пола), от инфекционных болезней — **в 3 раза**. Следует отметить, что с учетом старения населения к 2024 г. нестандартизованный коэффициент смертности от злокачественных новообразований возрастет **на 15%.** Смертность детей (0–14 лет) должна снизиться **в 1,5 раза**. Снижение ОКС к 2024 г. до 10,3 случая на 1000 населения означает, что в 2024 г. должно умереть около 1,5 млн человек. Это на **321 тыс. случаев меньше**, чем умерло в РФ в 2018 г. (1,8 млн человек).

Таблица 14. Целевые значения коэффициентов смертности в РФ к 2024 г. (рассчитаны по динамике СКС)

Показатель		2017 г.	2018 г.	2019 г.	2020 г.	2021 г.	2022 г.	2023 г.	2024 г.	2017–2024 гг.
ОПЖ при рождении, число лет	оба пола	72,7	73,6	74,4	75,2	75,9	76,7	77,4	78,0	**5,3 года**
	мужчины	67,5	68,5	69,5	70,5	71,4	72,3	73,1	73,9	**6,4 года**
	женщины	77,6	78,3	79,0	79,5	80,1	80,5	80,9	81,3	**3,7 года**
Коэффициент смертности от болезней системы кровообращения, число умерших на 100 тыс. населения	мужчины	590,6	568,0	546,4	525,8	506,2	487,6	469,9	454,1	**–23%**
	женщины	585,0	561,7	539,2	517,6	497,0	477,2	458,2	439,1	**–25%**
Коэффициент смертности от внешних причин смерти, число умерших на 100 тыс. населения	мужчины	171,1	148,7	129,3	112,4	97,6	84,8	73,7	63,7	**–63%**
	женщины	45,9	42,0	38,3	35,0	31,9	29,1	26,6	24,3	**–47%**
Коэффициент смертности от злокачественных новообразований, число умерших на 100 тыс. человек населения	оба пола	197,9	201,5	205,2	209,1	213,2	217,6	222,3	227,5	**15%**
	мужчины	228,8	234,2	239,8	245,7	252,0	258,6	265,8	273,7	**20%**
	женщины	171,3	174,1	177,0	180,1	183,3	186,7	190,4	194,5	**14%**
Коэффициент смертности от некоторых инфекционных и паразитарных заболеваний, число умерших на 100 тыс. населения	мужчины	35,1	29,3	24,4	20,3	16,9	14,1	11,7	9,7	**–72%**
	женщины	14,0	12,9	11,9	11,0	10,1	9,3	8,6	7,9	**–43%**
Коэффициент смертности детей в возрасте 0–14 лет, число умерших на тыс. населения соответствующего возраста		0,6	0,5	0,5	0,5	0,4	0,4	0,4	0,4	**–43%**
Потребление алкоголя в расчете на душу населения в возрасте 15 лет и старше, литров чистого спирта		12,1	11,2	10,5	10,0	9,3	8,8	8,2	7,7	**–36%**
Доля ежедневно курящего населения старше 15 лет		32,0%	29,0%	26,2%	23,8%	21,5%	19,5%	17,7%	16,1%	**↓ в 2 раза**
Доля лиц, занимающихся спортом		36,0%	39,6%	43,5%	47,9%	52,7%	57,9%	63,8%	65,5%	**↑ в 2 раза**

Таблица 15. Целевые значения СКС в РФ к 2024 г.

Показатель		2017 г.	2018 г.	2019 г.	2020 г.	2021 г.	2022 г.	2023 г.	2024 г.	2017–2024 гг.
СКС от всех причин, число умерших на 100 тыс. населения	оба пола	960,5	916,6	874,0	833,1	793,9	756,3	720,3	688,2	**–28%**
	мужчины	1354,3	1293,1	1234,7	1178,9	1125,6	1074,7	1026,1	977,4	**–28%**
	женщины	689,3	663,8	639,0	615,0	591,8	569,4	547,8	525,4	**–24%**
СКС от болезней системы кровообращения, число умерших на 100 тыс. населения	мужчины	606,3	575,8	546,6	518,9	492,5	467,4	443,4	422,1	**–30%**
	женщины	321,9	307,7	294,0	280,9	268,5	256,4	244,9	233,4	**–28%**
СКС от внешних причин, число умерших на 100 тыс. населения	мужчины	162,5	141,2	122,8	106,7	92,7	80,6	70,0	60,4	**–63%**
	женщины	38,5	35,2	32,1	29,4	26,8	24,4	22,3	20,3	**–47%**
СКС от злокачественных новообразований, число умерших на 100 тыс. населения	оба пола	157,9	155,5	153,3	151,2	149,3	147,4	145,6	143,8	**–9%**
	мужчины	228,8	223,8	219,1	214,7	210,6	206,6	202,8	199,1	**–13%**
	женщины	117,2	116,4	115,6	114,8	114,1	113,5	112,8	112,2	**–4%**
СКС от некоторых инфекционных и паразитарных заболеваний, число умерших на 100 тыс. населения	мужчины	32,0	26,7	22,3	18,5	15,5	12,9	10,7	8,9	**–72%**
	женщины	12,9	11,9	11,0	10,2	9,4	8,6	7,9	7,3	**–44%**

ВЫВОДЫ К РАЗДЕЛУ 5.2

- Декомпозиция целевого показателя увеличения ОПЖ 78 лет к 2024 г. показала, что это будет соответствовать ОПЖ мужчин — **73,9 года**, а женщин — **83,1 года**. ОКС должен снизиться с 12,4 (2018 г.) до 10,3 случая на 1000 населения к 2024 г. Это означает, что в РФ в 2024 г. произойдет на **321 тыс. случаев** смертей меньше, чем в 2018 г. (1,8 млн человек).
- Декомпозиция целевого значения СКС по причинам к 2024 г. показала, что необходимо увеличить темпы снижения смертности от БСК **на 30%** для мужчин и **на 28%** для женщин, СКС от внешних причин — **на 63%** для мужчин и **на 47%** для женщин, от инфекционных болезней — **в 3 раза**, смертность детей (0–14 лет) — **в 1,5 раза**.
- В связи со старением населения в РФ коэффициент смертности от злокачественных новообразований возрастет **на 15%**, снизится только СКС от этой причины **на 9%**.

5.3. ПРОГРАММНО-ЦЕЛЕВОЕ УПРАВЛЕНИЕ ДОСТИЖЕНИЕМ В РФ ОПЖ 78 ЛЕТ К 2024 г.: ГЛАВНЫЕ ПРИОРИТЕТЫ

Достижение цели зависит от правильно поставленных приоритетов и грамотного управления. Сегодня здравоохранением РФ руководят врачи. Но успешно управлять лечением одного пациента еще не означает, что также успешно можно управлять потоками сотен и тысяч больных, проходящих лечение в медицинских учреждениях, или десятками миллионов пациентов на уровне системы здравоохранения страны. Сегодня состояние российского здравоохранения таково, что у отрасли нет запасов прочности, чтобы новые руководители учились на рабочих местах методом проб и ошибок. Для организации эффективного управления отраслью обучение руководящих кадров придется срочно поднять на принципиально новый уровень.

Для достижения целей по увеличению ОПЖ 78 лет к 2024 г. в РФ необходимо реализовать два стратегических направления (рис. 93).

Первое направление — реализация межведомственной программы по общественному здоровью. Для этого надо добиться снижения потребления алкоголя (**на 35–45%**) и табака (**в 2 раза**) среди населения. Реализация этого направления должна стать зоной ответственности глав регионов и муниципальных образований. Для этого необходимо срочно приступить к разработке и реализации национальной, региональных и муниципальных комплексных межведомственных программ по снижению распространенности потребления алкоголя и табакокурения, особенно среди молодежи. К его реализации необходимо также подключить работодателей.

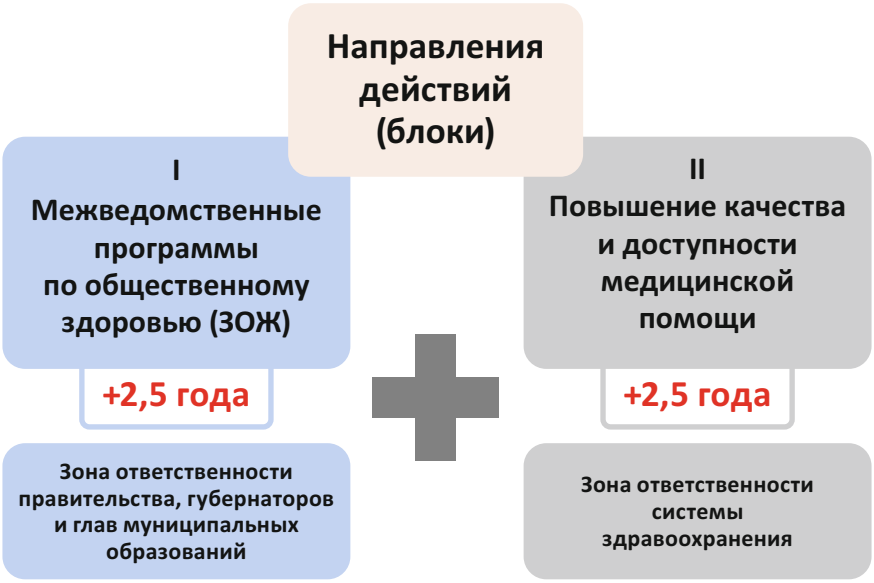


Рис. 93. Два главных стратегических направления в охране здоровья граждан

Второе направление — повышение доступности и качества бесплатной медицинской помощи. Это зона ответственности министра здравоохранения РФ и руководителей региональных органов управления здравоохранением.

По категориям населения главный акцент должен быть сделан на сохранение здоровья мужчин, детей и подростков, а также сельских жителей. Это связано с тем, что именно у этих категорий населения имеется существенное отставание в показателях здоровья по сравнению с развитыми странами (см. раздел 1.1). Так, разница между ОПЖ женщин и мужчин в РФ в 2018 г. составила **10 лет**, что **на 17% выше**, чем была в 1986 г. Смертность российских детей в возрасте 0–14 лет в 2017 г. была **в 1,6 раза выше**, чем в «новых-8» странах ЕС. Разница между ОПЖ городского и сельского населения в РФ в 2018 г. составила **1,6 года**, что **в 2,3 раза выше**, чем была в 1995 г.

На рис. 94 представлена структура межведомственной программы по общественному здоровью и формированию у населения здорового образа жизни (ЗОЖ) с указанием основных участников, подробно это направление описано в разделе 5.7.

Для развития второго направления предлагается реализовать научно- и организационно-клинические программы (рис. 95). Научно-клинические программы должны реализовываться совместно с РАН, а возглавлять их реализацию должны руководители НМИЦ и ведущие академики РАН.

Следует отметить, что часть этих программ в виде федеральных проектов предусмотрена в Национальном проекте «Здравоохранение» (см. раздел 4.2). Однако дополнительно необходимо разработать и реализовать следующие программы: «Снижение смертности и заболеваемости от инфекционных заболеваний», «Создание системы всеобщего лекарственного обеспечения»,

«Медицинская реабилитация и санаторно-курортное лечение», а также существенно расширить уже сформированные программы и проекты согласно выбранным приоритетам.

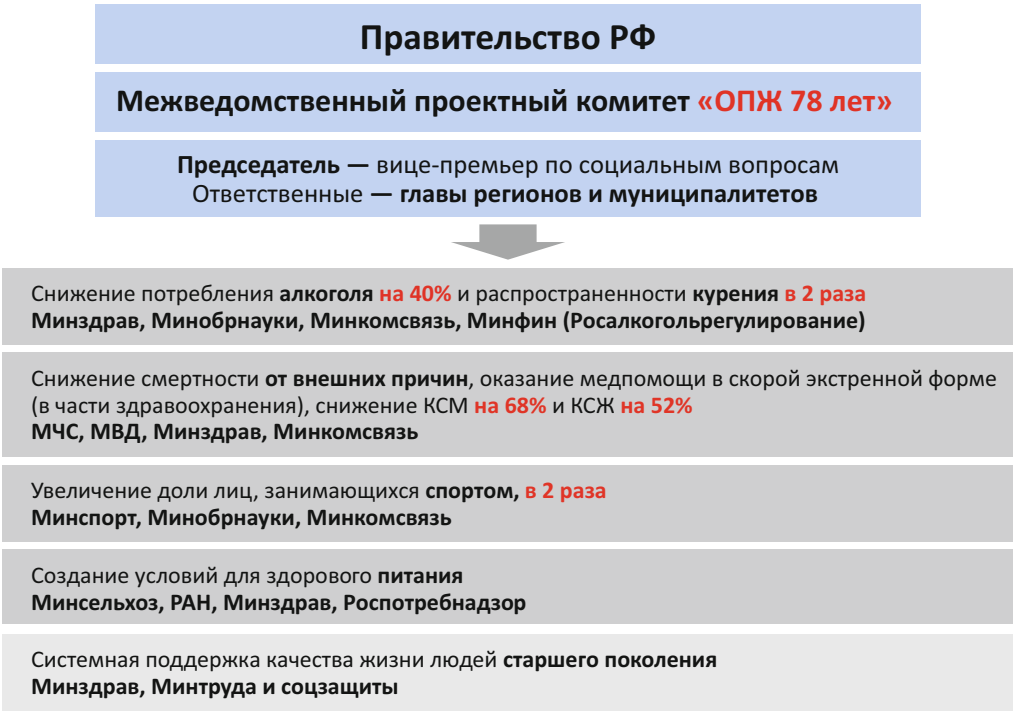


Рис. 94. Структура межведомственной программы по общественному здоровью и формированию у населения ЗОЖ

Главные приоритеты в части направления «Повышение доступности и КМП».

Приоритет 1 — развитие первичного звена здравоохранения. Очевидно, что главным приоритетом должна стать медицинская помощь, к которой население обращается чаще всего. Например, поликлиники граждане РФ посещают более **1 млрд раз** в год. Лекарства в амбулаторных условиях потребляют практически **все**. Значит, чтобы повлиять на доступность медицинской помощи и настроение людей, надо развивать «первичное звено» и поэтапно распространять бесплатное лекарственное обеспечение на все категории населения (а не только на тех, кто имеет специальные льготы, как сейчас; подробнее см. раздел 5.5).

Особый акцент необходимо сделать на развитии **педиатрической службы**, а также на охране здоровья женщин репродуктивного возраста в первичном звене здравоохранения. Это тем более важно, поскольку вместе с другими мерами будет способствовать преодолению последствий катастрофического снижения рождаемости, которое вызвано снижением числа женщин детородного возраста и ухудшением социально-экономических условий.

Огромная роль в охране здоровья **граждан трудоспособного возраста** принадлежит работодателям. На всех крупных производствах (от 1000 человек) должны быть созданы (восстановлены) медико-санитарные части, которые обеспечат оказание первичной медико-санитарной помощи этой группе населения — так, как это было в СССР и как сегодня обстоит во многих развитых странах. Для этого потребуются дотации из федерального бюджета работодателям.

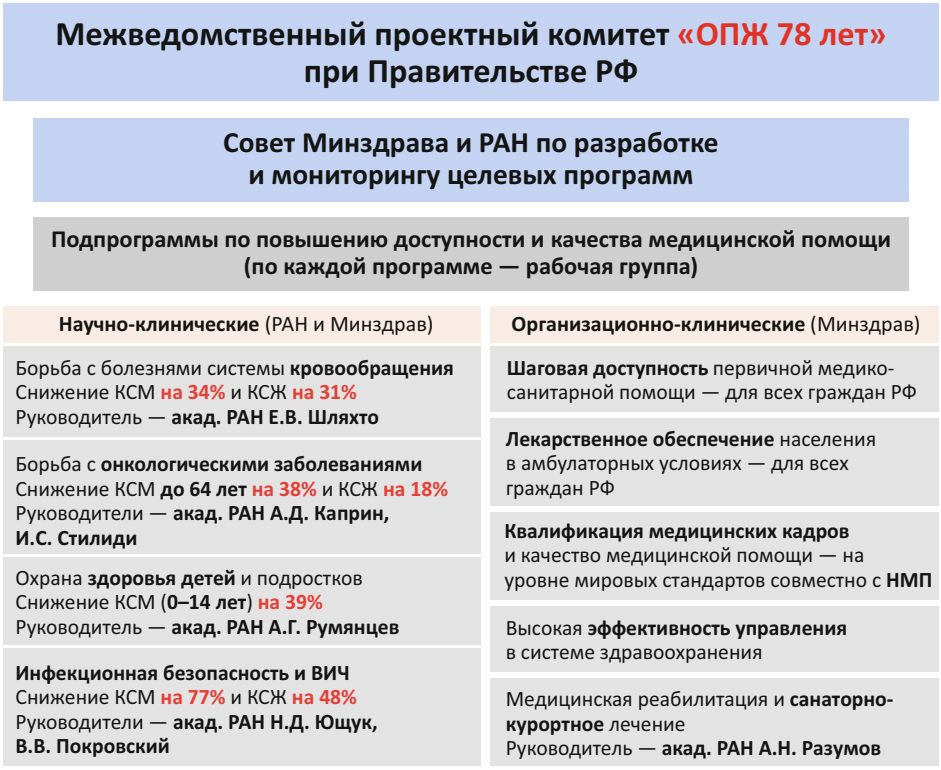


Рис. 95. Структура научно-клинических и организационно-клинических программ (подпрограмм)

Для обеспечения доступной и квалифицированной помощи в первичном звене нужны **дополнительные кадры** (минимум на 50% больше врачей, чем имеется сейчас, а среднего медицинского персонала — в 2 раза больше), подробно расчеты представлены в разделе 5.4. Сегодня врачам первичного звена приходится мириться с огромными переработками, чтобы обеспечить приемлемый уровень заработной платы. Большинство из них не имеют возможности постоянно повышать свою квалификацию. Именно поэтому, возлагая новые задачи на первичное звено, именно на этом уровне необходимо увеличить обеспеченность медицинскими кадрами и создать благоприятные условия для труда медицинских работников.

Приоритет 2 — ускоренное повышение квалификации медицинских кадров. Только введения системы аккредитации (или проведения заключительного экзамена на оценку соответствия компетенций выпускников медицинских вузов определенному уровню), как предусмотрено в соответствующем феде-

ральном проекте («Обеспечение медицинских организаций системы здравоохранения квалифицированными кадрами»), явно недостаточно, чтобы повысить качество их подготовки.

Потребуются **обеспечивающие меры** — повышение оплаты труда и квалификации профессорско-преподавательского состава вузов и медицинских училищ, существенное улучшение их материально-технической базы. Далее, для того чтобы врачи и медицинские сестры могли повышать квалификацию непрерывно (что является критическим требованием для повышения качества медицинской помощи), необходимо создать соответствующие условия. У медицинского работника должен быть минимум один выделенный день в 1–2 месяца для повышения квалификации, медицинская организация должна иметь средства для командирования сотрудников на образовательные мероприятия. Сами программы подготовки и непрерывного медицинского образования должны удовлетворять высоким требованиям и быть аккредитованы.

В медицинских организациях также должны быть созданы условия — это электронные медицинские библиотеки на рабочих местах врачей с доступом к системам поддержки принятия клинических решений, медицинским словарям, справочникам и другим образовательным и информационным ресурсам.

По этому направлению принципиально важно в самое ближайшее время детально проанализировать состояние и деятельность системы медицинского образования в РФ, затем разработать стратегию его развития и соответствующую программу.

Приоритет 3 — создание современной службы скорой медицинской помощи с четким зонированием, этапностью, материально-техническим оснащением (оборудование, связь, средства медицинской эвакуации и санитарного транспорта), преемственностью на всех этапах и обучением кадров.

Приоритет 4 — развитие центральных районных больниц и межмуниципальных центров. Особый акцент необходимо сделать на обеспечении кадрами и материально-техническими ресурсами ЦРБ и их структурных подразделений (ФАП, врачебные амбулатории) — оплота сельской медицины.

Приоритет 5. В связи с ростом доли населения **старше пенсионного возраста** для этой категории граждан потребуется организация медико-социальной службы и реабилитации на дому. Это проект предусмотрен в рамках НП «Демография», однако, как показано в разделе 5.8, его реализация потребует дополнительных средств.

Приоритет 6. Потребуется реализовать целевую программу **по снижению смертности от онкологических заболеваний**. Причем акцент в ней должен быть сделан на раннем выявлении новообразований, особенно в молодом возрасте, и на увеличении доступности бесплатной лекарственной терапии и других видов лечения. Этот приоритет полноценно реализован в рамках федерального проекта «Борьба с онкологическими заболеваниями».

Приоритет 7. Потребуется реализовать целевую программу **по снижению смертности от инфекционных заболеваний** и их распространенности

Приоритет 8. Повышение эффективности управления в отрасли здравоохранения. Это означает — овладение руководителями здравоохранения современными методами стратегического и оперативного управления; изменение

стиля управления — открытое обсуждение проблем и избегание самоотчетов, постоянная обратная связь с населением; объединение усилий; проведение медико-экономического анализа при принятии решений.

На рис. 96 представлена матрица для разработки специальных научно-клинических программ (болезни системы кровообращения, онкология, инфекционные болезни, дети и подростки).

Рис. 96. Матрица для разработки специальных научно-клинических программ

На рис. 97 представлена схема, объединяющая все цели, приоритеты, индикаторы и программы — «**мегасайенс** медицинской науки и организации здравоохранения».

Для реализации каждого приоритетного направления необходимо применить проектный подход — назначить ответственных исполнителей для управления с федерального уровня до регионального, а также определить необходимые ресурсы и обозначить целевые индикаторы для контроля.

В этой связи принципиально важно, что в соответствии с указом Президента РФ сформированы национальные проекты, по каждому из них сформированы федеральные проекты с целями, задачами, результатами по приоритетным направлениям (см. разделы 4.2, 4.3). Одновременно на федеральном уровне создана система управления Национальными проектами, которая схематично представлена на рис. 98.

В самые кратчайшие сроки должна быть создана действенная система управления достижением целей НП «Здравоохранение» в каждом регионе. Схема управления для регионального уровня представлена на рис. 99.

Рис. 97. Схема, объединяющая все цели, приоритеты, индикаторы и программы

Рис. 98. Структура управления Национальными проектами на федеральном уровне

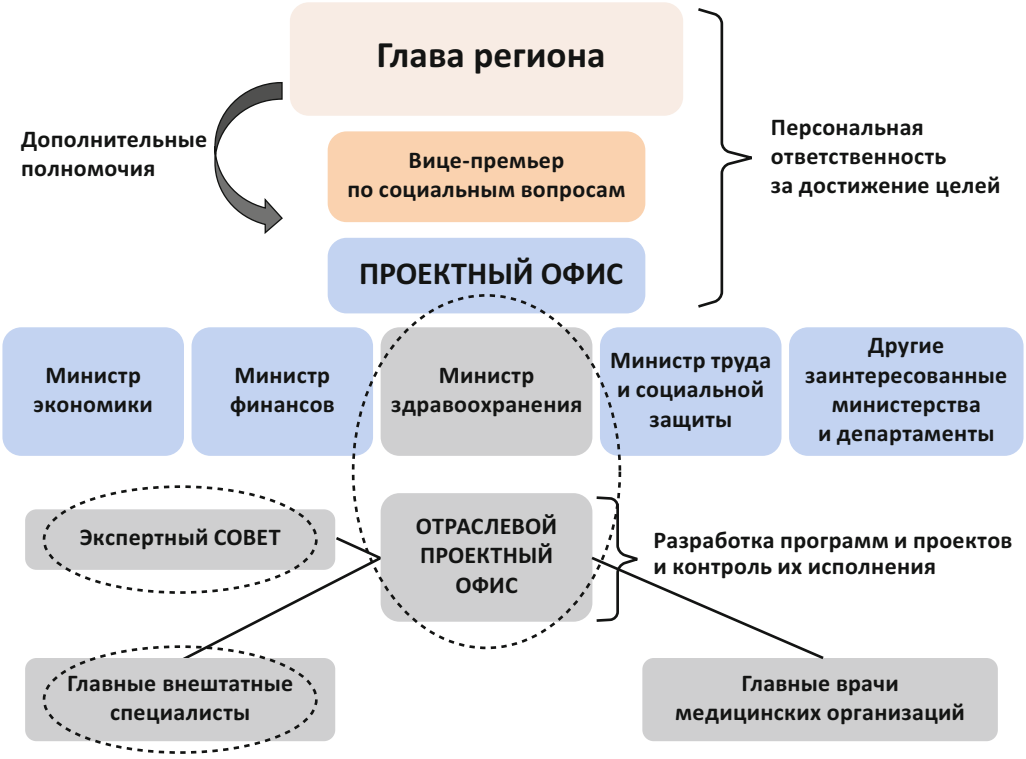


Рис. 99. Структура управления Национальными проектами на региональном уровне

На рис. 100 схематично представлены действия, которые необходимо предпринять для актуализации Государственной программы «Развитие здравоохранения» в регионах, в том числе разработать дополнительные программы и проекты для достижения поставленных целей по улучшению здоровья граждан. Руководитель здравоохранения субъекта РФ должен создать эффективную систему управления, а именно: сформировать дополнительные (к региональному проекту) программы, обосновать необходимое финансирование и добиться его увеличения за счет средств консолидированного бюджета региона, создать эффективную систему управления достижением целей **через главных внештатных специалистов**, глав муниципальных образований и руководителей крупных медицинских организаций. Организовать вместе с вице-губернатором по социальным вопросам межведомственный комитет по охране **общественного здоровья** и контролировать его работу. Все названные участники должны иметь четкие цели, расписанные по годам. Для оценки и сравнения деятельности глав муниципальных образований и руководителей медицинских организаций должны быть разработаны рейтинги, чтобы мотивировать их к достижению результатов. В систему управления необходимо вовлечь представителей общественных организаций и работодателей, постоянно проводить разъяснительную работу с населением в СМИ.

Рис. 100. Схема актуализации стратегических нормативных документов по охране здоровья граждан в регионах

5.4. ОБЕСПЕЧЕНИЕ ДОСТУПНОСТИ И КАЧЕСТВА ПЕРВИЧНОЙ МЕДИКО-САНИТАРНОЙ ПОМОЩИ

Общие положения

Первичная медико-санитарная помощь (ПМСП) — самый массовый вид медицинской помощи в РФ. В первичном звене ежегодно происходит до **1,2 млрд посещений** (или около 490 млн обращений, при условии, что в одном обращении в среднем 2,5 посещения), из них к врачам участковой службы — **более половины**[1] всех посещений. Все самые **главные** решения относительно здоровья населения должны приниматься именно на уровне первичного звена: формирование здорового образа жизни и санитарно-гигиеническое просвещение населения, профилактика, диагностика и лечение распространенных заболеваний, медицинская реабилитация, наблюдение за течением беременности.

[1] Около 5 из 9 тыс. в год по нормативу.

Доступность и качество ПМСП гарантируется требуемой обеспеченностью **квалифицированными медицинскими кадрами**, наличием **медицинской организации**, расположенной в шаговой (или транспортной) доступности для населения[1] и имеющей необходимое **материально-техническое** обеспечение, а также **правильной организацией** процессов оказания медицинской помощи. В РФ ПМСП традиционно организована по участково-территориальному принципу с разделением врачей на две основные группы**: участковой службы** (врачей-терапевтов участковых, врачей-педиатров участковых и врачей общей практики — ВОП) и **врачей-специалистов**.

По приказам Минздравсоцразвития России от 15.05.2012 № 543н и от 16.04.2012 № 366н норматив обслуживаемого населения врачом-терапевтом участковым на одном **терапевтическом участке** в городских условиях составляет **1700 человек** прикрепленного взрослого населения (18 лет и старше), в сельской местности — **1300 человек**, на участке врача общей практики — **1200 человек** взрослого населения в возрасте 18 лет и старше. Численность прикрепленного детского населения от 0 до 17 лет на одного врача-педиатра участкового на одном педиатрическом участке по нормативам должна составлять **800 человек.** На одну должность врача участкового поликлиники должно приходиться **1,5** должности медицинской сестры участковой.

Норматив численности врачей первичного звена (число должностей) формируется или на основе нормативов обслуживаемого населения, или на основе числа посещений (плановой функции врачебной должности) согласно методике, изложенной в приказе Минздрава России от 26.06.2014 № 322. Следует отметить, что расчетное число штатных должностей для субъектов РФ, относительно которых рассчитывается дефицит, носит рекомендательный характер и устанавливается **ими самостоятельно**. В ряде случаев устанавливаемое число должностей может не соответствовать истинной потребности в медицинских кадрах: быть или выше, или ниже необходимой. Например, если число должностей занижено, то на бумаге будет показан меньший дефицит врачей и коэффициент совместительства, а в реальности он будет более высоким.

Цели и задачи по развитию первичной медико-санитарной помощи в НП «Здравоохранение»

Задача по обеспечению доступности медицинской помощи является **краеугольной** в Указе Президента РФ В.В. Путина от 07.05.2018 № 204 «О национальных целях и стратегических задачах на период до 2024 года». В нем поставлены следующие цели, имеющие непосредственное отношение к обеспечению шаговой доступности ПМСП.

1. Ликвидация кадрового дефицита в медицинских организациях, оказывающих ПМСП.

[1] По приказу Минздрава России от 27.02.2016 № 132н для медицинских организаций, оказывающих экстренную медицинскую помощь, транспортная доступность от всех обслуживаемых населенных пунктов — не более 60 мин; для медицинских организаций, оказывающих ПМСП в населенных пунктах с численностью населения свыше 20 тыс. человек, шаговая доступность — не более 60 мин.

2. Обеспечение оптимальной доступности для населения, в том числе для жителей населенных пунктов, расположенных в отдаленных местностях, медицинских организаций, оказывающих ПМСП.
3. Охват всех граждан профилактическими медицинскими осмотрами не реже 1 раза в год.

Для достижения этих целей в указе перечислены задачи, которые необходимо решить, среди них:

- завершить формирование сети медицинских организаций, оказывающих ПМСП, в том числе построить врачебные амбулатории (ВА), фельдшерско-акушерские пункты (ФАП), фельдшерские пункты (ФП) в населенных пунктах с численностью населения от 100 до 2000 человек, а также обеспечить использование мобильных медицинских комплексов в населенных пунктах численностью менее 100 человек;
- обеспечить медицинские организации квалифицированными кадрами, в том числе внедрить систему непрерывного медицинского образования;
- создать взаимодействие медицинских организаций на основе единой государственной информационной системы здравоохранения (ЕГИСЗ);
- внедрить инновационные медицинские технологии;
- внедрить клинические рекомендации и с соответствующим финансовым обеспечением;
- разработать и реализовать программы: по борьбе с онкологическими и сердечно-сосудистыми заболеваниями, развитию детского здравоохранения (в составе этих программ также должна быть отражена составляющая обеспечения ПМСП).

Названные цели и задачи нашли отражение **в Государственной программе РФ «Развитие здравоохранения»** (постановление Правительства РФ от 29.03.2019 № 380) по направлениям «Развитие кадровых ресурсов в здравоохранении» и «Совершенствование оказания медицинской помощи, включая профилактику заболеваний и формирование здорового образа жизни». В эти направления включены федеральные проекты «*Обеспечение медицинских организаций системы здравоохранения квалифицированными кадрами*» и «*Развитие системы оказания первичной медико-санитарной помощи*», а также несколько направленных на решение этой проблемы ВЦП, например «*Управление кадровыми ресурсами здравоохранения*»[1], «*Совершенствование оказания скорой медицинской помощи и деятельности Всероссийской службы медицины катастроф*», «*Развитие системы оказания паллиативной медицинской помощи*» и др. (подробно см. главу 4).

Результатами реализации этих программ к 2024 г. должны стать:

- увеличение численности медицинских работников в медицинских организациях, находящихся в ведении государственных и муниципальных организаций, включая предоставляющие медицинскую помощь в ам-

[1] ВЦП предусматривает выплату субсидий бюджетам субъектов РФ на единовременные компенсационные выплаты медицинским работникам (врачам, фельдшерам) в возрасте до 50 лет, прибывшим (переехавшим) на работу в сельские населенные пункты, либо рабочие поселки, либо поселки городского типа, либо города с населением до 50 тыс. чел.

булаторных условиях, врачей — **на 49 тыс., или на 9%** (с 549 до 598 тыс.), и средних медицинских работников — **на 130 тыс., или на 10%** (с 1266 до 1396 тыс. человек);

- полная **ликвидация** в первичном звене здравоохранения дефицита медицинских работников к 2024 г. Это означает, что укомплектованность врачебными должностями (физическими лицами), оказывающими медицинскую помощь в амбулаторных условиях, с 2017 по 2024 г. должна увеличиться **с 80 до 95%**, а средних медицинских работников — с **88 до 95%** (при коэффициенте совместительства не более 1,2);
- охват не менее **70%** взрослого населения профилактическими медицинскими осмотрами не реже 1 раза в год, в том числе **80%** охват подростков в возрасте 15–17 лет;
- обеспечение **всех** населенных пунктов с численностью населения от 100 до 2000 человек, находящихся в отдаленных местностях, ПМСП;
- достижение доли медицинских организаций, участвующих в создании «Новой модели медицинской организации, оказывающей ПМСП», **72,3%** всех организаций, оказывающих этот вид помощи.

Названные меры правильные, однако **недостаточные** для увеличения доступности и качества ПМСП, также есть серьезные риски недостижения названных результатов, связанные со сложностями в преодолении сложившихся проблем в оказании и организации ПМСП в РФ.

Проблемы, сложившиеся в оказании ПМСП

1. **Дефицит медицинских работников участковой службы.** Сегодня дефицит **врачей участковой службы** (врачей-терапевтов участковых, врачей-педиатров участковых и врачей общей практики — ВОП) составляет **36,7 тыс. человек, или 49%** до их необходимого числа. Дефицит рассчитан как разница между расчетной нормативной численностью этих врачей (должностей) и их физической численностью, при условии, что они **не совмещают** должности (соответственно, необходимо 111,4 тыс., а имеется 74,7 тыс.). Расчетная численность сформирована на основании нормативов численности прикрепленного населения на одну должность (приказы Минздравсоцразвития России от 15.05.2012 № 543н и от 16.04.2012 № 366н) и представлена в конце данного раздела. Общий дефицит участковых медицинских сестер, работающих с врачами участковой службы, составляет **65,7 тыс. человек, или 79%** до их необходимого числа из расчета, что на каждую должность врача приходится 1,5 должности медицинских сестер (соответственно, необходимо 148,5 тыс., а имеется 82,8 тыс.). Дефицит фельдшеров составляет **20 тыс. человек, или 91%** до их необходимого числа (соответственно, необходимо 41,8 тыс., а имеется 21,9 тыс.), см. приложение 1.

Следует отметить, что в РФ постоянно **растет потребность** в медицинской помощи, соответственно, должны увеличиваться и мощности системы здравоохранения. Так, по данным Росстата, с 2008 по 2017 г. общая заболеваемость выросла **на 3,6%** (см. раздел 1.2), а численность населения старше трудоспособного возраста — **с 30 до 37 млн человек**. Пациенты, требующие оказания ме-

дицинской помощи, будут также выявлены в результате проведения массовых профилактических осмотров и диспансеризации населения. Одновременно в сельской местности растет число населенных пунктов **с низкой** средней численностью населения, что требует от системы здравоохранения формирования **маломощных** участков (с более низкими нормативами посещения врачей), организации соответствующих форм выездной медицинской помощи, а также обеспечения транспортной доступности для населения медицинской помощи в других населенных пунктах.

Высокий дефицит работников участковой службы на фоне постоянного роста потребности населения в медицинской помощи приводит к тому, что все они **перегружены** работой: в среднем коэффициент совместительства составляет **1,5** для врачей и **1,8** для средних медицинских работников. Это приводит к тому, что они **не могут** эффективно выполнять свои трудовые функции, в том числе своевременно повышать квалификацию, что **отрицательно сказывается** на качестве их работы.

Отметим, что в научных исследованиях[1] **обосновано**, что оптимальная численность населения, которую может обслужить один врач первичного контакта (или ВОП), **не должна превышать 900–1000 человек** на одного врача, если он работает без помощников. На Кубе, например, установлен норматив **500 человек** обслуживаемого населения на одного врача ВОП. Норматив прикрепленных граждан может доходить и **до 1300 человек** при наличии не менее **двух средних медицинских работников** или одной медицинской сестры и нескольких помощников врача, которым можно делегировать часть трудовых функций. На территориях с высоким уровнем хронических заболеваний среди населения, максимальный объем пациентов не должен превышать **1200 человек**. При нарушении этих норм **снижается** качество медико-профилактической помощи населению: профилактические мероприятия проводятся не в полном объеме, **не выявляются** онкологические заболевания, **не достигаются** целевые показатели артериального давления у пациентов, растет **неудовлетворенность** пациентов и др. Более того, доказано, что дефицит врачей первичного звена **увеличивает уровень смертности населения**. Так, в исследовании, проведенном в США[2], показано, что привлечение дополнительных **10 ВОП** на 100 тыс. населения коррелирует со снижением смертности от болезней системы кровообращения, злокачественных новообразований и болезней дыхания (от 0,9 до 1,4%).

Высокая трудовая нагрузка, отсутствие современного оборудования (уровень износа «отдельных видов оборудования», применяющегося в первичном звене, составляет 100%[3]), сложности с повышением квалификации из-за от-

[1] A Primary Care Panel Size of 2500 Is neither Accurate nor Reasonable / M. Raffoul, M. Moore, D. Kamerow, A. Bazemore. — JABFM, July-August 2016. — Vol. 29. — N. 4. — P. 496–499.

Estimating a Reasonable Patient Panel Size for Primary Care Physicians With Team Based Task Delegation / J. Altschuler, D. Margolius, T. Bodenheimer, K. Grumbach. — Annals of family medicine, September-October 2012. — Vol. 10. — N. 5. — P. 396–400.

[2] Association of Primary Care Physician Supply With Population Mortality in the United States, 2005–2015 // JAMA. February, 2019. Электронный доступ: https://ama.silverchair-cdn.com/journals/jamainternalmedicine/newonline.

[3] https://vademec.ru/news/2019/07/25/putin-poruchil-golikovoy-do-avgusta-2019-goda-razrabotat-predlozheniya-po-razvitiyu-pervichnogo-zven/

сутствия времени приводят к тому, что врачи участковой службы могут выполнять **только диспетчерские функции**, реально не занимаясь здоровьем пациента, перенаправляя его врачам-специалистам[1] и на другие этапы оказания медицинской помощи. Это приводит к **фрагментации** оказания медицинской помощи пациентам и **нивелированию ответственности** врачей за сохранение их здоровья. Более того, недостаточная заработная плата врачей участковой службы и недовольство со стороны пациентов низкой доступностью медицинской помощи приводят к тому, что работа в участковой службе становится **непривлекательной**, особенно для молодых врачей.

Действующие сегодня меры в рамках обучения по целевым контрактам (уже более 5 лет) не позволяют устранить имеющийся дефицит медицинских кадров и ежегодно не достигают целевых значений **на 50%**. Меры по программе «Земский доктор» также не позволяют устранить дефицит кадров на селе, тем более что число участников программы с 2012 по 2017 г. заметно снизилось — **на 35%** (с 7,7 до 5,0 тыс. человек в год).

2. **Дефицит всех медицинских работников, оказывающих медицинскую помощь в амбулаторных условиях.** Дефицит всех врачей (включая врачей участковой службы и врачей-специалистов), работающих в медицинских организациях, оказывающих ПМСП, по разным оценкам, составляет **около 50 тыс. человек**. Этот дефицит рассчитан путем вычитания от нормативной численности врачей (должностей) их фактической численности. Согласно методике, изложенной в приказе Минздрава России от 26.06.2014 № 322[2] (где за основу взяты объем посещений и норма времени на прием одного пациента — **20 мин**), расчетная численность этих врачей составляет **350 тыс. человек** (включая врачей «лечебной группы» и врачей «параклинической группы»)[3] (подробно см. приложение 2).

В табл. 16 приведены сводные данные по дефициту медицинских работников, работающих в первичном звене здравоохранения. Расчет дефицита сделан по состоянию на 2017–2018 гг. и **не учитывает убыль** медицинских кадров. Это означает, что для достижения нормативных значений по обеспеченности медицинскими кадрами потребуется еще и дополнительная компенсация этой убыли, то есть потребуется еще **больший приток** медицинских работников, чем указано в табл. 16.

Следует отметить, что показатели дефицита в официальных источниках существенно разнятся, что требует уточнения со стороны Минздрава России с приведением данных по первоисточникам (табл. 17).

---

[1] В соответствии с п. 3 ст. 21 Федерального закона от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» допускается возможность самостоятельного обращения граждан к врачам-специалистам, что формально повышает доступность, но усиливает фрагментарность оказания помощи и «размывание» ответственности за качество медицинского обслуживания в целом.

[2] Приказ Минздрава России от 26.06.2014 № 322 «О методике расчета потребности во врачебных кадрах».

[3] Расчеты сделаны при условии, что врачи не совмещают должности, среднее время приема составляет 20 мин (методическое письмо Минздрава России), а число посещений на одного человека в год за счет средств бюджетов всех уровней не менее 9,0.

Таблица 16. Сводные данные по дефициту медицинских работников первичного звена (тыс. человек)

Категория медицинских работников	Нормативная численность (количество штатных должностей)	Фактическая численность, 2018 г.	Дефицит	Дефицит при коэффициенте совместительства 1,2 и укомплектованности 95% согласно НП «Здравоохранение»
Все врачи, оказывающие медицинскую помощь в амбулаторных условиях	350,0	300,5 (2014 г.)	50,0	—
Врачи участковой службы (расчет согласно приказам Минздравсоцразвития России № 543н, 366н)	111,4	74,7	36,7	13,5
Численность средних медицинских работников, работающих с врачами участковой службы	148,5	82,8	65,7	34,7
Численность фельдшеров (из расчета 900 человек прикрепленного сельского населения)	41,8	21,9	19,9	13,2

Таблица 17. Дефицит медицинских работников первичного звена по разным источникам и методикам расчета (тыс. человек)

Источник информации или методика расчета	Расчет ВШОУЗ-КМК согласно приказу Минздрава России № 322	Выступление министра здравоохранения России от августа 2017 г.[1]	Выступление заместителя председателя Правительства РФ от декабря 2016 г.[2]	Выступление заместителя председателя Правительства РФ от июля 2019 г.[3]
Дефицит всех врачей, оказывающих ПМСП	50,0	34,7	41,2	25,0
Из них дефицит врачей участковой службы (расчет ВШОУЗ-КМК согласно приказам Минздравсоцразвития России № 543н, 366н)	36,7	22,3 (ЦНИИОИЗ, 2014)	—	—
Дефицит средних медицинских работников, работающих с врачами участковой службы, и фельдшеров	85,0	10,7	206,8 (всех специальностей)	130,0 (работающих с врачами первичного звена)

[1] Выступление министра здравоохранения на встрече с Президентом РФ от 01.08.2017. https://www.rbc.ru/society/01/08/2017/5980762c9a79472e3f6a8e61

[2] https://life.ru/t/%D0%B7%D0%B4%D0%BE%D1%80%D0%BE%D0%B2%D1%8C%D0%B5/948866/v_rossii_nie_khvataiet_bolieie_240_tysiach_miedikov

[3] https://tass.ru/nacionalnye-proekty/6703603

Дополнительно к показателям дефицита врачей первичного звена по данным Минздрава России потребуется устранить дефицит врачей по отдельным специальностям **в стационарных условиях**: анестезиологов-реаниматологов, рентгенологов, патологоанатомов[1]. Например, в выступлении заместителя председателя Правительства РФ по специальности «анестезиология-реаниматология» дефицит составлял 11,4 тыс. человек в 2016 г. По дефициту врачей других специальностей, которые потребуются для реализации проектов «Борьба с онкологическими заболеваниями», «Борьба с сердечно-сосудистыми заболеваниями», «Старшее поколение», расчетов пока **не сделано**.

Оценка достаточности показателей по увеличению численности врачей к 2024 г., заложенных в Госпрограмме «Развитие здравоохранения» (где запланировано повышение численности медицинских работников **всех специальностей на 49 тыс. человек**, а средних медицинских работников — **на 130 тыс. человек)**, показывает, что эти значения по врачам и среднему медицинскому персоналу достаточны только для покрытия дефицита **в первичном звене здравоохранения**, без учета других медицинских специальностей.

Оценка достаточности средств на увеличение ФОТ медицинских работников. Это оценить сложно: так, в бюджете ФОМС[2] обозначены расходы по данной статье только на 2019–2024 гг. **(97,4 млрд рублей)**, также не указан темп прироста медицинских кадров по специальностям, по которым необходимо увеличить численность врачей. В табл. 18 показаны расчеты по необходимому ФОТ для привлечения дополнительных медицинских кадров в государственные и муниципальные учреждения с примерно равным темпом, заложенным до 2024 г. Полученные расчеты показали, что в постоянных ценах 2018 г. (то есть с учетом инфляции) необходимо **не менее 482,1 млрд рублей**. Однако эти средства не предусматривают естественный отток медицинских кадров из отрасли, увеличение оплаты их труда и районные коэффициенты.

3. **Несовершенство нормативной базы.** В действующем профессиональном стандарте «Врач-лечебник (врач-терапевт участковый)» по приказу Минтруда России от 21.03.2017 № 293н, а также в проекте профессионального стандарта по специальности «терапия» (проект приказа Минтруда России «Об утверждении профессионального стандарта «Специалист по терапии» от 15.01.2016) **не предусмотрен ряд трудовых функций и умений**, который бы позволил им эффективно диагностировать и лечить распространенные заболевания (неосложненные формы), такие как диабет, артериальная гипертензия, ЛОР-патология, глазные болезни и др.

4. **Неудовлетворительная квалификация врачей первичного звена.** Сегодня в результате отмены интернатуры и отсутствия обязательной двухгодичной ординатуры, принятой для допуска к практике по общей врачебной практике во всех развитых странах, существенно снизился уровень практической подготовки и способности самостоятельно работать выпускников медицинских

[1] https://www.rosminzdrav.ru/open/kollegiya-ministerstva-zdravoohraneniya-rossiyskoy-federatsii/materialy-kollegii-ministerstva-zdravoohraneniya-rossiyskoy-federatsii

[2] Пояснительная записка к бюджету ФОМС.

Таблица 18. Расчет необходимых финансовых средств на увеличение численности врачей и среднего медицинского персонала, заложенное в показателях НП «Здравоохранение»

Показатель	2018 г.	2019 г.	2020 г.	2021 г.	2022 г.	2023 г.	2024 г.	Итого
Задачи								
Численность врачей в медицинских организациях в ведении МЗ РФ, субъектов РФ и муниципальных образований, тыс. чел. (нарастающим итогом)	549	557	565	572	580	589	598	**49**
Численность среднего медицинского персонала в медицинских организациях в ведении МЗ РФ, субъектов РФ и муниципальных образований, тыс. чел. (нарастающим итогом)	1266	1276	1291	1309	1328	1356	1396	**130**
Расчет средств на прирост численности								
Прирост численности врачей, тыс. чел.	—	8	8	7	8	9	9	49
Прирост численности среднего медицинского персонала, тыс. чел.	—	10	15	18	19	28	40	129
Средняя заработная плата врачей в месяц, тыс. руб.	75,0	78,2	81,2	84,4	87,8	91,3	95,0	—
Средняя заработная плата среднего медицинского персонала в месяц, тыс. руб.	37,0	38,6	40,0	41,7	43,3	45,0	46,8	—
Средства на увеличение численности врачей (с начислениями) нарастающим итогом, млн руб.	—	9 760,6	20 259,1	30 300,7	42 455,2	56 977,7	72 595,1	232 348,4
Средства на увеличение численности среднего медицинского персонала (с начислениями) нарастающим итогом, млн руб.	—	6 019,0	15 616,4	27 945,4	41 888,9	63 244,9	95 007,8	249 722,4
Итого, млн руб.	—	**15 779,6**	**35 875,5**	**58 246,0**	**84 344,2**	**120 222,5**	**167 602,9**	**482 070,8**

вузов. Это усугубляется недостаточным внедрением механизма **наставничества**. Перегруженность работой, отсутствие времени на повышение квалификации, низкая доступность специальных руководств и систем поддержки принятия клинических решений для врачей первичного звена — все это значительно снижает качество их работы. Одновременно многие **врачи-специалисты**, которые работают в первичном звене и находятся в отрыве от применения современных технологий, теряют свою квалификацию.

5. **Правовая незащищенность врачей со стороны проверяющих органов, избыточный документооборот, контроль за работой по многочисленным объемным показателям** (по числу посещений) усугубляют ситуацию для врачей первичного звена. Страх санкций затрудняет открытое обсуждение и разбор врачебных ошибок, приводит к их замалчиванию и, как следствие, ухудшению КМП для пациентов.

Предложения по повышению доступности ПМСП

Главные предложения — это ликвидация дефицита врачей участковой службы, повышение оплаты их труда и расширение трудовых функций, а также существенное повышение квалификации всех медицинских работников, оказывающих ПМСП.

1. **Ликвидировать дефицит медицинских кадров и повысить оплату их труда, разукрупнить участки для врачей с расширенными трудовыми функциями.**

- Поэтапно привести численность медицинских работников в медицинских организациях, оказывающих ПМСП, в соответствие с установленными или **обновленными** нормативами (для врачей с расширенными трудовыми функциями) из расчета: ***в городских условиях*** на одну должность врача-терапевта участкового и ВОП — **1200 человек** прикрепленного взрослого населения, ***в сельских районах***, а также в районах Крайнего Севера и приравненных к ним местностях — **1000 человек** прикрепленного взрослого населения и менее (18 лет и старше). Для врача-педиатра участкового можно сохранить действующий норматив — **800 человек** прикрепленного детского населения (до 17 лет включительно). При этом все ставки должны быть заняты **без совместительства**. На одну должность врача участкового и ВОП должно приходиться **две (но не менее 1,5)** должности участковой медицинской сестры. Только в этом случае можно обеспечить качественное выполнение требуемого объема их трудовых функций.
- **Снизить различия** в оплате труда медицинских работников субъектов ПМСП в различных регионах РФ путем установления **на федеральном уровне** базового оклада по профессиональным квалификационным группам. Это позволит снизить отток кадров в регионы с более высокими показателями оплаты труда (см. раздел 3.2).
- Предусмотреть существенное **повышение оплаты труда врачей и расширить социальные льготы для них**. Предлагается заложить следующие темпы роста среднемесячной номинальной начисленной заработной платы (без начислений): базовый рост — **10% в год** в текущих ценах до 2024 г.,

что позволит мотивировать существующих медицинских работников продолжать работать в субъектах ПМСП; повышение базового оклада **в 1,5 раза** участковым врачам, которые прошли переподготовку по специальности «врач общей практики» и сдали экзамен независимой комиссии, подтверждающий уровень их квалификации. Это позволит стимулировать приток дополнительных квалифицированных кадров в первичное звено.

- Предусмотреть субсидии **на снижение ставки ипотечного кредитования** по приобретению жилья для тех, кто нуждается в нем.
- Ввести повышающий коэффициент **1,3** (к базовому окладу по соответствующей профессиональной квалификационной группе) **за работу в сельской местности** всем медицинским работникам, также предусмотреть для них **через 5–7 лет** работы в сельской местности льготные кредиты на приобретение жилья в городских условиях.
- Рассчитать необходимое финансовое обеспечение для достижения всех результатов проекта. Предварительные расчеты показывают, что с учетом индексации базового оклада врачей-педиатров участковых, которые прошли обучение по программе «Врач общей практики» (**в 1,5 раза**), и при условии, что с 2019 по 2024 г. в первичное звено будет привлечено дополнительно **52,6 тыс.** врачей и **79 тыс.** средних медицинских работников (работающих на разукрупненных участках), потребуется около **1800 млрд рублей за 6 лет**. Это в среднем около 150 млрд рублей ежегодно дополнительно в ценах 2018 г., см. раздел 5.17, табл. 46.

2. **Повысить квалификацию медицинских кадров.**

- Разработать специальные **методические рекомендации** (включая алгоритмы) по всем направлениям трудовых функций участковых врачей (они должны быть основаны на клинических рекомендациях) и обеспечить ими каждого врача-терапевта участкового, врача-педиатра участкового, ВОП, а также интегрировать эти рекомендации в МИС и представить в виде мобильного приложения. Отметим, что сегодня клинические рекомендации охватывают все этапы оказания медицинской помощи и в ряде случаев затруднительны для использования в оперативной работе врачей первичного звена из-за большого объема.
- На каждом рабочем месте врачей и фельдшеров субъектов ПМСП обеспечить доступ к электронным системам **поддержки принятия клинических решений**, в том числе к электронным образовательным модулям, лекарственным справочникам.
- Актуализировать и утвердить приказом Минздрава России единые федеральные требования к оценке качества и объема работы субъектов ПМСП и врачей участковой службы, рассчитанные не на объемные, а на **качественные показатели** и принятые для оценки работы этих врачей в развитых странах.
- Ежегодно публиковать **рейтинг** эффективности деятельности субъектов ПМСП в соответствии с актуализированными требованиями.

- Восстановить работу **лечебно-контрольных комиссий** с проведением разборов сложных случаев, врачебных ошибок и клинико-анатомических конференций в субъектах ПМСП.

3. **Пересмотреть организационные подходы к оказанию первичной специализированной медицинской помощи.**

- Предусмотреть поэтапное сокращение (пересмотр) норматива обеспеченности врачами-специалистами в субъектах ПМСП при условии опережающего роста обеспеченности участковыми врачами и ВОП, работающих на разукрупненных участках и прошедших специальное обучение.
- Целесообразно сконцентрировать врачей-специалистов, ведущих амбулаторный прием, в специально созданных для этого клинико-диагностических отделениях крупных больниц.
- С учетом современных технологий оказания медицинскими помощи и прогнозируемых потоков пациентов рассчитать нормативы обеспеченности этими врачами-специалистами.
- Актуализировать и утвердить профессиональные стандарты врачей-специалистов субъектов ПМСП к 2020 г.
- Актуализировать и утвердить порядки оказания первичной специализированной медицинской помощи к 2020 г.
- С 2021 г. поэтапно внедрить в практику новые организационные подходы к оказанию первичной специализированной медицинской помощи.

4. **Конкретизировать ответственность муниципальных органов власти за создание условий по оказанию медицинской помощи.**

- Предусмотреть в Федеральном законе от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в РФ» **ответственность муниципальных и региональных властей** по созданию условий для оказания медицинской помощи в сельской местности, таких как: предоставление жилья медицинским работникам, организация транспортной доступности медицинских организаций для граждан, организация средств связи и требуемых каналов передачи данных для медицинских организаций.
- Обеспечить **транспортную доступность** медицинских организаций в соответствии с утвержденными нормативами (приказ Минздрава России от 27.02.2016 № 132н) с учетом особенностей сельской местности, климатических и иных региональных факторов (по плановым показаниям, а не только по экстренным, как это предусмотрено в действующем федеральном проекте).
- Продлить выплаты по программе «Земский доктор» до 2024 г., при этом установить увеличение субсидии на приобретение (строительство) жилья до уровня рыночной стоимости жилья в каждом конкретном муниципалитете (регионе).

5. Укомплектовать все субъекты ПМСП и ЦРБ **в соответствии с порядками оказания медицинской помощи.**

- Провести **оценку потребности** в медицинском оборудовании субъектов ПМСП, ЦРБ и ММЦ в сроки до 2020 г. В федеральном бюджете и кон-

солидированных бюджетах субъектов РФ **заложить средства** на поэтапное (до 2024 г.) дооснащение (переоснащение) медицинским оборудованием субъектов ПМСП, ЦРБ и ММЦ.

- В ЦРБ и ММЦ подготовить площадки для размещения медицинского оборудования, соответствующим специалистам пройти повышение квалификации для работы на этом оборудовании.
- Законодательно ввести **ответственность собственников** субъектов ПМСП, ЦРБ и ММЦ за исполнение табелей оснащения медицинских организаций согласно порядкам оказания медицинской помощи.
- Разработать и утвердить **требования к функционалу МИС** в субъектах ПМСП. В федеральном бюджете и консолидированных бюджетах субъектов РФ предусмотреть средства на приобретение МИС, соответствующего установленным требованиям.

6. **Актуализировать способы оплаты субъектов ПМСП.**

- Ввести только подушевой принцип оплаты всех субъектов ПМСП с учетом качества работы на участке, устранить все дополнительные виды оплаты — за посещение по неотложным показаниям и с профилактической целью как приводящие к ненужному дополнительному документообороту.
- Предусмотреть оплату ЦРБ и их структурных подразделений по бюджету с поправками на объемы и качество работ, фиксированный бюджет должен покрывать постоянные издержки этих учреждений (содержание зданий, сооружений и ФОТ медицинских работников).

7. **Актуализировать и дополнить федеральный проект «Развитие системы оказания первичной медико-санитарной помощи»** и сформировать **систему управления** этим проектом на федеральном и региональном уровнях по принципам проектного управления. Провести детальную **ревизию действующих нормативно-правовых актов** и принять соответствующие поправки с учетом задач данного федерального проекта.

8. **Провести масштабную работу в СМИ по повышению имиджа медицинского работника**, уважения к его труду, важности профилактических осмотров, приверженности населения принципам ЗОЖ (подготовлено совместно с канд. экон. наук Н.Ф. Прохоренко, первым проректором ВШОУЗ-КМК).

- Предусмотреть в центральных и местных газетах, журналах «колонки врачей», посвященные вопросам гигиенического воспитания населения, пропаганде рационального питания и профилактики заболеваний, искоренению курения, алкоголизма, наркомании и других вредных для здоровья привычек.
- На радио и телевидении в прайм-тайм предусмотреть пропаганду здорового образа жизни с целью вооружить население конкретными знаниями причин, приводящих к ухудшению здоровья, потере трудоспособности, научить каждого сознательно относиться к своему здоровью и здоровью окружающих, провести разъяснительную работу о роли физических упражнений в профилактике заболеваний, формировании,

укреплении и сохранении здоровья. Проект названия серии программ — «Здоровье — в движении!».

- Министерству цифрового развития, связи и массовых коммуникаций РФ предусмотреть план выхода серии документальных фильмов «Истории врачей» с целью повысить престиж профессии врача среди населения, укрепить доверие между врачами и пациентами с акцентом на врачах участковой службы.

ВЫВОДЫ К РАЗДЕЛУ 5.4

- Сегодня дефицит врачей участковой службы (врачей-терапевтов участковых, врачей-педиатров участковых и ВОП) составляет **36,7 тыс. человек**, или **в 1,5 раза** меньше необходимого, дефицит участковых медицинских сестер, работающих с врачами участковой службы, — **65,7 тыс. человек** (**в 1,8 раза** меньше необходимого), дефицит фельдшеров — **20 тыс. человек** (**в 1,9 раза** меньше необходимого). Такой дефицит на фоне роста потребности населения в медицинской помощи приводит к высокой трудовой нагрузке медицинских работников и к снижению качества оказания ПМСП населению.
- Сложившаяся система организации ПМСП в сочетании с дефицитом врачей участковой службы приводит **к фрагментации** оказания медицинской помощи населению и **снижению ответственности** врачей за здоровье населения.
- Представленные в Госпрограмме «Развитие здравоохранения» целевые показатели по устранению дефицита медицинских работников позволят покрыть его **только в первичном звене здравоохранения** (без учета убыли числа медицинских кадров и разукрупнения участков). Требуется уточнить объем средств, заложенный в ФОТ для привлечения дополнительных медицинских работников с учетом темпов их прироста по годам и в разрезе специальностей, по которым имеется дефицит.
- Основные предложения по повышению доступности и качества ПМСП:
  - для полноценного выполнения трудовых функций и обеспечения высокого качества работы врачей участковой службы численность прикрепленного населения на одну должность врача первичного контакта (врача-терапевта участкового с расширенными функциями и ВОП) не должна превышать **1200 человек**. На одну должность врача участковой службы должно приходиться не менее **1,5 должностей** медицинской сестры. Все расчеты требуемой численности медицинских кадров должны проводиться **без учета коэффициента совместительства**;
  - для привлечения дополнительных медицинских кадров в первичное звено потребуется увеличить оплату их труда **на 10% ежегодно** всем медицинским работникам и провести индексацию базового оклада в **1,5 раза для врачей**, прошедших обучение по специальным программам и в ор-

динатуре по общей врачебной практике, а также предусмотреть комплекс **дополнительных льгот**, в том числе по льготному ипотечному кредитованию;

- существенно повысить квалификацию врачей участковой службы путем оснащения их специально разработанными для них руководствами, системами поддержки принятия клинических решений, регулярного проведения заседаний лечебно-контрольных комиссий;
- **расширить трудовые функции** врачей участковой службы путем обучения их по специальным программам или прохождения ординатуры по общей врачебной практике;
- по мере укомплектования разукрупненных участков ВОП и врачами-педиатрами участковыми необходимо пересмотреть подходы **к организации первичной специализированной медицинской помощи**, в том числе поэтапно сконцентрировать врачей-специалистов в клинико-диагностических отделениях при крупных больницах;
- законодательно закрепить за государственными и муниципальными властями создание **конкретных условий** для оказания медицинской помощи: предоставление социального жилья, увеличение выплат для работы в сельских условиях, льготное ипотечное кредитование и др.;
- проводить информационные кампании в СМИ, направленные **на укрепление доверия** между пациентами и медицинскими работниками.

ПРИЛОЖЕНИЕ 1 К РАЗДЕЛУ 5.4

Расчет дефицита числа врачей и средних медицинских работников участковой службы

Врачи-терапевты участковые и участковые медицинские сестры, работающие с ними

В среднем численность населения на одном терапевтическом участке (при условии, что в расчет не берется плотность проживания населения) составляет 1700 человек взрослого населения (18 лет и старше) в городских условиях (приказ Минздравсоцразвития России от 15.05.2012 № 543н)[1]. Это означает, что врачей-терапевтов участковых в городе необходимо **51,62 тыс.** (без учета совместительства) (87 756 613 ÷ 1700, где 87,76 млн — численность городского населения от 18 лет и старше[2]).

Для сельской местности норматив обслуживаемого населения составляет 1300 человек взрослого населения (приказ Минздравсоцразвития России от 15.05.2012 № 543н). Соответственно, врачей-терапевтов участковых в сель-

[1] Приказ Минздравсоцразвития России от 15.05.2012 № 543н «Об утверждении Положения об организации оказания первичной медико-санитарной помощи взрослому населению».

[2] Данные по численности населения представлены в среднем за 2017 г. (с учетом Республики Крым и г. Севастополя). Источник: Численность населения Российской Федерации по полу и возрасту на 01.01.2018 // Статистический бюллетень Росстата. — М., 2019.

ской местности необходимо **22,54 тыс.** (29 308 460 ÷ 1300, где 29,31 млн — численность сельского населения от 18 лет и старше).

Соответственно, всего необходимо **74,2 тыс. врачей-терапевтов участковых**. По данным Минздрава России[1], в 2018 г. их численность составляла **47,1 тыс.**, включая ВОП. Это **в 1,6 раза ниже норматива**, или дополнительно необходимо **27,1 тыс. врачей-терапевтов участковых**.

Норматив участковых медицинских сестер составляет **1,5** должности на каждую должность врача-терапевта участкового (приказ Минздравсоцразвития России от 15.05.2012 № 543н). Соответственно, численность **участковых медицинских сестер врачей-терапевтов участковых** должна составить **111,3 тыс. человек** (74,2 тыс. × 1,5 должности, где 74,2 тыс. — необходимая численность врачей-терапевтов участковых). По данным Минздрава России, в 2018 г. их численность составляла **53,3 тыс. человек** (включая медицинских сестер ВОП). Это **в 2,1 раза ниже норматива**, или дополнительно необходимо **58 тыс.** участковых медицинских сестер врачей-терапевтов участковых и ВОП.

Врачи-педиатры участковые и участковые медицинские сестры, работающие с ними

Численность прикрепленного детского населения от 0 до 17 лет на одном педиатрическом участке по нормативам составляет 800 человек (приказ Минздравсоцразвития России от 16.04.2012 № 366н)[2]. Тогда **врачей-педиатров участковых** необходимо **37,2 тыс.** (29 777 329 ÷ 800, где 29,78 млн — численность детского населения в возрасте от 0 до 17 лет). По данным Минздрава России, в 2018 г. их численность составляла **27,6 тыс. человек**. Это **в 1,3 раза ниже норматива**, или дополнительно необходимо **9,6 тыс.** врачей-педиатров участковых. Численность врачей-педиатров участковых в сельской местности в официальной статистике недоступна. При получении этих данных можно уточнить расчеты по необходимому числу врачей-педиатров участковых в городских и сельских условиях.

В приказе Минздравсоцразвития России от 16.04.2012 № 366н предусмотрено, что на одну должность врача-педиатра участкового приходится одна должность участковой медицинской сестры. Соответственно, численность **участковых медицинских сестер врачей-педиатров участковых** должна составить **37,2 тыс.** (37,2 тыс. — численность необходимых врачей-педиатров участковых × 1). По данным Минздрава России, в 2018 г. их численность составляла **29,5 тыс. человек**. Это **в 1,3 раза ниже норматива**, или дополнительно необходимо **7,7 тыс.** участковых медицинских сестер.

Фельдшеры

В 2004 г., до начала массовых сокращений ФАП, в РФ их было **42,5 тыс.** В 2004 г. численность постоянного сельского населения составляла 38,46 млн

[1] Статистический сборник Минздрава России за 2018 г. Электронный доступ: https://www.rosminzdrav.ru/ministry/61/22/stranitsa-979/statisticheskie-i-informatsionnye-materialy/statisticheskiy-sbornik-2018-god

[2] Приказ Минздравсоцразвития России от 16.04.2012 № 366н «Об утверждении Порядка оказания педиатрической помощи».

человек. Соответственно, на одну должность фельдшера приходилось **900 человек** прикрепленного сельского населения (38,46 млн ÷ 42,5 тыс.).

Исходя из этого норматива можно сосчитать, сколько необходимо фельдшеров. В 2017 г. численность постоянного сельского населения составляла 37,66 млн человек. Из расчета, что на одного фельдшера должно приходиться в среднем 900 человек прикрепленного сельского населения, численность фельдшеров должна составить **41,8 тыс. человек** (37,66 млн ÷ 900 человек). По данным ЦНИИОИЗ Минздрава России, в 2017 г. численность фельдшеров (включая заведующих) составляла **21,9 тыс**. Это **в 1,9 раза ниже норматива**, или дополнительно необходимо **19,9 тыс. фельдшеров**.

Действующая нормативная база по рекомендуемому штатному нормативу фельдшеров в сельской местности (приказ Минздравсоцразвития России от 15.05.2012 № 543н) содержит требование, что на одну должность фельдшера должно приходиться **не менее 1300** прикрепленного населения[1]. Для выполнения указа Президента РФ от 07.05.2018 № 204 по обеспечению шаговой доступности медицинской помощи в сельской местности численность фельдшеров должна рассчитываться исходя из норматива 900 человек прикрепленного сельского населения на одну должность фельдшера.

Сводная фактическая и необходимая численность медицинского персонала участковой службы (без учета разукрупнения участков)

Врачей первичного звена по нормативам необходимо **111,4 тыс.** (74,2 + 37,2 тыс.) (табл. 19). По данным Минздрава России, в 2018 г. их численность составляла 74,7 тыс. (включают: 35,5 тыс. врачей-терапевтов участковых, 27,6 тыс. врачей-педиатров участковых и 11,6 тыс. ВОП[2]; данные без учета малокомплектных участков). **Это в 1,5 раза ниже норматива**, или дополнительно необходимо **36,7 тыс. участковых врачей и ВОП**.

Таблица 19. Расчеты необходимого и фактического числа медицинского персонала участковой службы

Показатель	Необходимая численность согласно нормативу, тыс. чел.	Фактическая численность (2018), тыс. чел.	Дефицит, тыс. чел.	Дефицит
Врачи-терапевты участковые (включая ВОП)	74,2	47,1	27,1	**58%**
Участковые медицинские сестры врачей-терапевтов участковых (включая ВОП)	111,3	53,3	58,0	**109%**

[1] Приказ Минздравсоцразвития России от 15.05.2012 № 543н «Об утверждении Положения об организации оказания первичной медико-санитарной помощи взрослому населению». На 700–900 жителей приходится 0 должности фельдшера, от 900 до 1300 жителей — 0,5 должности, от 1300 до 1800 жителей — одна должность, от 1800 до 2400 жителей — 1,5 должности, от 2400 до 3000 жителей — две должности.

[2] Данные с учетом Республики Крым и г. Севастополя.

Окончание табл. 19

Показатель	Необходимая численность согласно нормативу, тыс. чел.	Фактическая численность (2018), тыс. чел.	Дефицит, тыс. чел.	Дефицит
Врачи-педиатры участковые	37,2	27,6	9,6	**35%**
Участковые медицинские сестры врачей-педиатров участковых	37,2	29,5	7,7	**26%**
Фельдшеры	41,8	21,9	19,9	**91%**
Итого участковых врачей	**111,4**	**74,7**	**36,7**	**49%**
Итого участковых медицинских сестер	**148,5**	**82,8**	**65,7**	**79%**

ПРИЛОЖЕНИЕ 2 К РАЗДЕЛУ 5.4

Расчет дефицита всех врачей в медицинских организациях, предоставляющих медицинскую помощь в амбулаторных условиях

Согласно приказу Минздрава России от 26.06.2014 № 322 «О методике расчета потребности во врачебных кадрах», основой расчета необходимого числа врачей, оказывающих медицинскую помощь в амбулаторных условиях, служат объемы медицинской помощи с профилактической и иными целями (число посещений на одного жителя), в связи с заболеваниями (число обращений на одного жителя), установленные в ПГГ. Функция врачебной должности носит рекомендательный характер (письма Минздрава России «О формировании и экономическом обосновании ТПГГ»[1]) — **20 мин на одного пациента**. Однако, согласно приказу Минздрава России от 06.06.2015 № 290н, нормы времени на одно посещение пациентом врача-специалиста в связи с заболеванием, необходимые для выполнения в амбулаторных условиях трудовых действий по оказанию медицинской помощи (в том числе затраты времени на оформление медицинской документации), следующие: врача-педиатра участкового — 15 мин, врача-терапевта участкового — 15 мин, врача общей практики (семейного врача) — 18 мин. Далее для расчетов принята норма времени — **20 мин**.

Число врачей «лечебной группы», оказывающих медицинскую помощь в амбулаторных условиях, рассчитывается путем деления расчетного норматива числа амбулаторных посещений (абсолютное число) на функцию врачебной должности. Соответственно: необходимое число врачей = норматив посещений на одного человека в год × численность населения ÷ плановое число посещений на одного врача в год.

[1] Письмо Минздрава России от 13.12.17 № 11-7/10/2-8616 «О формировании и экономическом обосновании территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2018 г. и на плановый период 2019 и 2020 гг.».

Норматив посещений на одного человека в год на 2019 г. составляет 8,955. *Для справки*: по сравнению с 2018 г. норматив снизился на 1,2% (за счет снижения обращений по заболеванию на 12%, а посещения с профилактической целью выросли на 18%) (табл. 20).

Таблица 20. Расчет норматива посещений на одного человека в год по ПГГ в 2018–2021 гг.

Показатель	ПГГ на 2018 г.[1]	ПГГ на 2019 г.[2]			2019/ 2018 гг.
	2018 г.	2019 г.	2020 г.	2021 г.	
Посещения с профилактической и иными целями за счет средств ОМС	2,35	2,88	2,90	2,92	+23%
Посещения с профилактической и иными целями за счет консолидированных бюджетов субъектов РФ	0,70	0,73	0,73	0,73	+4%
Посещения с профилактической и иными целями за счет всех средств	3,05	3,61	3,63	3,65	**+18%**
Обращения по поводу заболевания (кратность посещений — не менее 2,0) за счет средств ОМС	*1,98*	*1,77*	*1,77*	*1,77*	*–11%*
Посещения по поводу заболевания (кратность посещений — 2,5 к одному обращению) за счет средств ОМС	*4,950 (1,98×2,5)*	*4,425 (1,77×2,5)*	*4,425 (1,77×2,5)*	*4,425 (1,77×2,5)*	*–11%*
Обращения по поводу заболевания (кратность посещений — не менее 2,0) за счет средств консолидированных бюджетов субъектов РФ	*0,200*	*0,144*	*0,144*	*0,144*	*–28%*
Посещения по поводу заболевания (кратность посещений — 2,5 к одному обращению) за счет средств консолидированных бюджетов субъектов РФ	*0,50 (0,2×2,5)*	*0,36 (0,144×2,5)*	*0,36 (0,144×2,5)*	*0,36 (0,144×2,5)*	*–28%*
Посещения по поводу заболевания (кратность посещений — 2,5 к одному обращению) за счет всех средств	5,45	4,785	4,785	4,785	**–12%**
Посещения в неотложной форме	0,56	0,56	0,54	0,54	**0%**
Итого	**9,06**	**8,955**	**8,955**	**8,975**	**–1,2%**

[1] Постановление Правительства РФ от 08.12.2017 № 1492.
[2] Постановление Правительства РФ от 10.12.2018 № 1506.

Функция врачебной должности (или плановое число посещений на одного врача в год) составляет 4599 человек при длительности приема 20 мин [3 человека в час × 7 ч × 219 дней (247 рабочих дней в году — 28 дней отпуска)]. Соответственно, рекомендуемый норматив врачей «лечебной группы», оказывающих ПМСП, при длительности приема 20 мин составляет **286 тыс. человек** (8,955 × 146,83 млн ÷ 4599).

Согласно приказу Минздрава России № 322, потребность во врачах, оказывающих медицинскую помощь в амбулаторных условиях, включает расчетное число врачей «лечебной» и «параклинической групп» (включают «диагностическую подгруппу» и «подгруппу управления»). Расчет численности врачей «параклинической группы» по ее подгруппам проводится на основе метода соотношения с учетом расчетных коэффициентов в процентах: «диагностическая подгруппа» — 16,6% и «подгруппа управления» — 5,8%. Соответственно, рекомендуемый норматив врачей «диагностической подгруппы» составляет 47,5 тыс. человек (286 × 16,6%), а врачей «подгруппы управления» — 16,6 тыс. человек (286 × 5,8%). Таким образом, рекомендуемый норматив врачей, оказывающих медицинскую помощь в амбулаторных условиях (с учетом врачей «параклинической группы»), составляет **350 тыс. человек** (286,0 + 47,5 + 16,6). Фактическое число врачей, работающих в поликлиниках, в 2014 г. составляло 300,5 тыс. человек, то есть дефицит по нашим расчетам — **50 тыс. врачей**.

Дополнительно приводим данные по дефициту всех врачей с разбивкой на работающих в амбулаторных условиях (по отдельным специальностям) и в стационарных условиях по данным ЦНИИОИЗ Минздрава России за 2014 г. Дефицит без коэффициента совместительства рассчитан как разница между штатными единицами и физическими лицами. Дефицит с коэффициентом совместительства рассчитан как разница между штатными и занятыми единицами. С 2014 г. дефицит вряд ли сильно изменился, так как общее число врачей, работающих в АПУ, приросло только на несколько тысяч, см. раздел 3.2.

Согласно табл. 21 дефицит врачей, предоставляющих медицинскую помощь в амбулаторных условиях (поликлиниках), составляет **165,3 тыс. человек** (из них врачей участковой службы — **22,3 тыс.**), в стационарных условиях — **142,9 тыс. человек**, то есть всего дефицит — **308,2 тыс. человек**. Таким образом, полученные данные по дефициту всех врачей, работающих в амбулаторных условиях, по данным ЦНИИОИЗ Минздрава России, получились выше, чем по расчетам ВШОУЗ-КМК (соответственно 165 и 50 тыс.), а по врачам участковой службы — несколько ниже, чем у ВШОУЗ-КМК (соответственно 22,3 и 36,7 тыс.).

Таблица 21. Расчет дефицита врачей по специальностям по данным ЦНИИОИЗ (2014)

Персонал		Число штатных единиц	Число занятых единиц	Физические лица на занятых должностях	Дефицит без коэффициента совместительства	Коэффициент совместительства	Дефицит с коэффициентом совместительства
Поликлиника	**Врачи, тыс. чел.**	**465,8**	**406,0**	**300,5**	**165,3**	**1,35**	**59,8**
Из них	Кардиологи (чел.)	6655	5612	4361	2294	1,29	1043
	Онкологи (чел.)	5501	4723	3112	2389	1,52	778
	Педиатры (чел.)	59 037	53 266	39 955	19 082	1,33	5771
	Участковые (чел.) *терапевты*	*48 970*	*42 944*	*35 460*	*13 510*	*1,21*	*6026*
	педиатры	*31 159*	*29 330*	*25 748*	*5411*	*1,14*	*1829*
	ВОП	*13 185*	*11 610*	*9789*	*3396*	*1,19*	*1575*
	Всего участковых (чел.)	93 314	83 885	70 997	22 317		9430
Стационар	**Врачи, тыс. чел.**	**359,6**	**325,7**	**216,7**	**142,9**	**1,5**	**33,9**

5.5. УВЕЛИЧЕНИЕ ДОСТУПНОСТИ ЛС ДЛЯ НАСЕЛЕНИЯ РФ

Общий объем рынка ЛП

В РФ в Государственный реестр лекарственных средств (ГРЛС) в 2018 г. было включено **2,6 тыс.** наименований лекарственных препаратов (ЛП) по международным непатентованным наименованиям (МНН), что соответствует **14,3 тыс.** торговых наименований ЛП без учета конкретных фасовок и дозировок. Доля отечественных ЛП (произведенных на территории РФ) по МНН в ГРЛС — **64%**.

Всего ЛП и изделий медицинского назначения недлительного применения для индивидуального пользования (ИМНИП) в РФ в 2018 г. было потреблено на сумму **1587 млрд рублей** в ценах конечных потребителей (розничных ценах)[1]. Следует отметить, что ИМНИП включаются в расходы по ряду государственных программ лекарственного обеспечения, расходы по этой статье также необходимо учитывать при проведении международных сравнений, поэтому здесь и далее (если не указано иначе) расходы на ЛП даны с их уче-

[1] Подробные расчеты см. в табл. 25 в конце главы, составлены автором.

том, что добавляет около 15% к чистым расходам на ЛП (**1365 млрд рублей**[1]). Все расходы на ЛП в 2018 г. составили **31%** общего объема расходов на здравоохранение (5105 млрд рублей), а государственные расходы на ЛП — **15%** объема государственных расходов на здравоохранение (3316 млрд рублей). В натуральном выражении общее потребление ЛП составило **6,4 млрд упаковок**[2].

Расходы на ЛП обычно классифицируются в зависимости от источника финансирования — **население** или **государство** и от условий потребления — **амбулаторные** или **стационарные**.

Личные расходы населения на ЛП составили **69%** (1096,2 млрд рублей)[3] общих расходов по этой статье, соответственно, государства — **31%** (490,7 млрд рублей)[4] (рис. 101). Население платит за ЛП только в амбулаторных условиях. В стационарных условиях расходы на ЛП должны полностью покрываться государством за счет средств ОМС или бюджетов всех уровней (они входят в структуру тарифа[5] по оплате медицинской помощи). Расходы государства на ЛП в амбулаторных условиях в 2018 г. были примерно равны таковым в стационарных условиях — **47%** (232,7 млрд рублей) **и 53%** (258,0 млрд рублей)[6] соответственно.

Таким образом, в общих расходах на ЛП в РФ затраты населения **в 2 раза выше**, чем государства.

Расходы населения и государства на ЛП в амбулаторных условиях

Структура расходов на ЛП в амбулаторных условиях. В 2018 г. расходы населения и государства на ЛП и ИМН в амбулаторных условиях составили **1328,9 млрд рублей**, из них населения — **82%** (1096,2 млрд рублей[7]), государства — **18%** (232,7 млрд рублей). В «новых-8» странах ЕС, имеющих близкий с РФ уровень экономического развития (оценено по ВВП на душу населения)[8], доля государственных расходов на ЛП в амбулаторных условиях составляет **38%**, в «старых» странах ЕС аналогичные расходы государства — **67%** (рис. 102).

---

[1] В амбулаторных условиях расходы населения и государства только на ЛП (без учета ИМН), по данным Росстата, в 2018 г. составили 1107,2 млрд рублей (с учетом ИМН — 1328,9 млрд рублей). В стационарных условиях учитываются только ЛП без ИМН, соответственно, общий объем ИМН недлительного пользования составляет около 221,7 млрд рублей.

[2] Итоговый отчет DSM Group «Фармацевтический рынок РФ» за 2018 г.

[3] База данных Росстата — ЕМИСС.

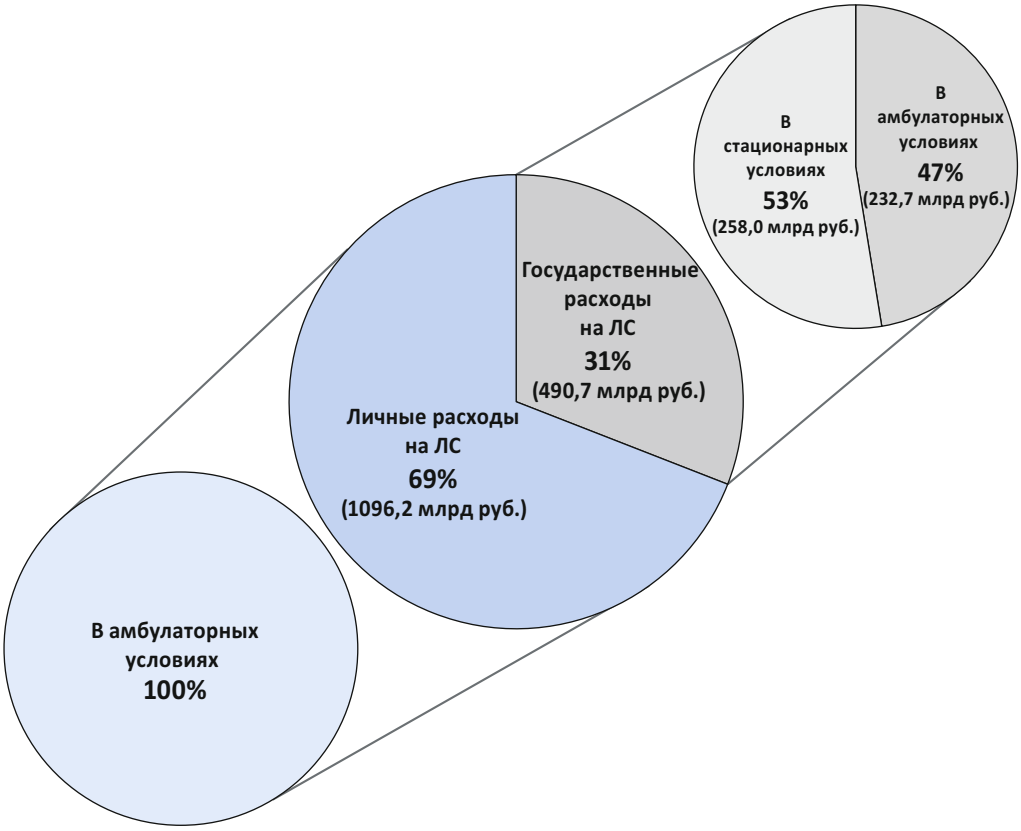
[4] Доклад Госсовета РФ «Повышение эффективности системы лекарственного обеспечения в РФ»; итоговый отчет Минздрава России за 2018 г. (коллегия); итоговый отчет DSM Group «Фармацевтический рынок РФ» за 2018 г.

[5] Тариф по оплате медицинской помощи в РФ чаще всего привязан к группе заболеваний и включает также другие статьи расходов: оплату труда с начислениями, расходы на медицинские изделия, коммунальные услуги и др.

[6] Итоговый отчет DSM Group «Фармацевтический рынок РФ» за 2018 г.

[7] Расходы населения на ЛС в амбулаторных условиях рассчитаны как разница между показателем, представляемым Росстатом, всех расходов в амбулаторных условиях (1328,9 млрд рублей) и расходов на все государственные программы, реализуемые в амбулаторных условиях (232,7 млрд рублей) (см. табл. 25 в конце главы).

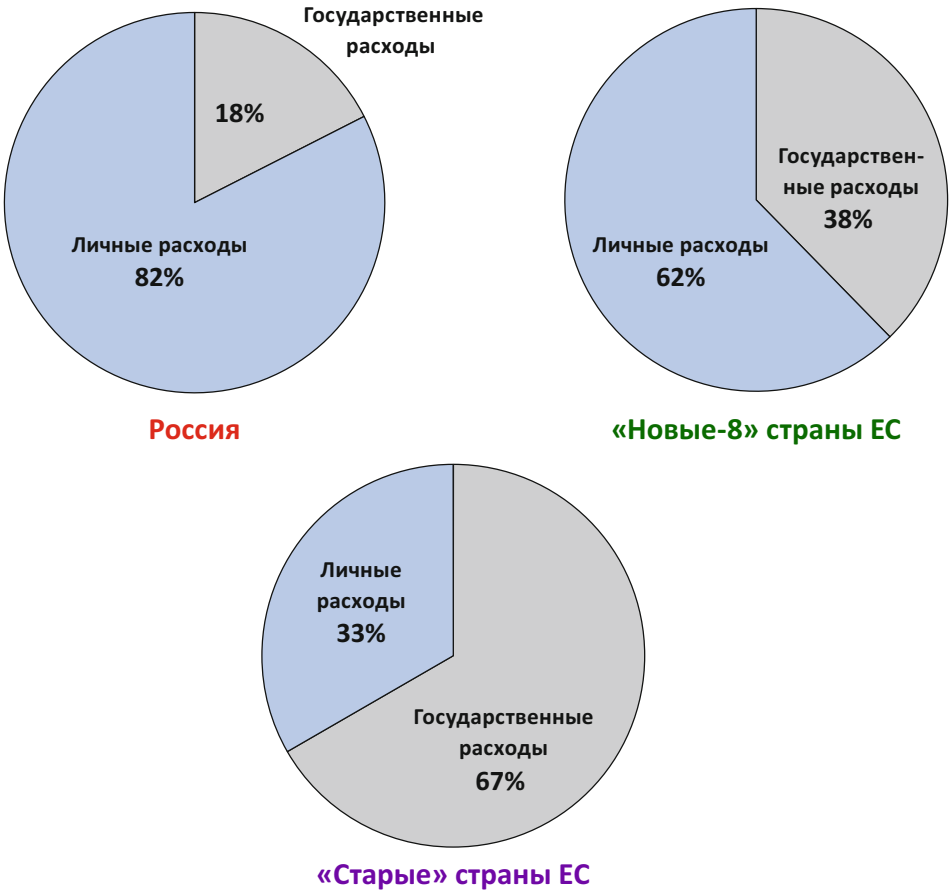
[8] «Новые-8» страны ЕС включают Венгрию, Латвию, Литву, Польшу, Словакию, Словению, Чехию и Эстонию.



Источники: Росстат, ЕМИСС, Минздрав России, DSM Group.

Рис. 101. Объем рынка ЛП в амбулаторных и стационарных условиях в РФ в 2018 г.

Сравнение расходов на обеспечение населения ЛП в амбулаторных условиях в РФ и странах ЕС представлено в разделе 3.5. Там обосновано, что в РФ эти расходы **в 2,8 раза меньше**, чем в «новых-8» странах ЕС в расчете на душу населения, и **в 2,4 раза меньше** в доле ВВП, чем у них. Для обеспечения населения ЛП в РФ на уровне этих стран потребуется увеличение государственных расходов как минимум **на 320 млрд рублей** ежегодно (расчеты даны в приложении 1 к данному разделу).



Источники: Росстат, ЕМИСС, Минздрав России, DSM Group; Health at a Glance 2017.

Рис. 102. Структура расходов на ЛП и ИМН в амбулаторных условиях в РФ, «новых-8» и «старых» странах ЕС

На рис. 102 видно, что на ЛП в амбулаторных условиях в РФ **население тратит в четыре с лишним раза больше**, чем государство. В «новых-8» странах ЕС расходы населения только **в 2 раза больше**, чем государства, а в «старых» странах ЕС они **в 2 раза ниже**, чем государственные.

Динамика расходов на ЛП в амбулаторных условиях[1]. С 2005 по 2018 г., с момента начала реализации программы дополнительного лекарственного

[1] Доклады о реализации программы государственных гарантий оказания гражданам бесплатной медицинской помощи за 2006–2011 гг.

Доклады о состоянии здоровья населения и организации здравоохранения по итогам деятельности органов исполнительной власти субъектов РФ за 2012–2013 гг.

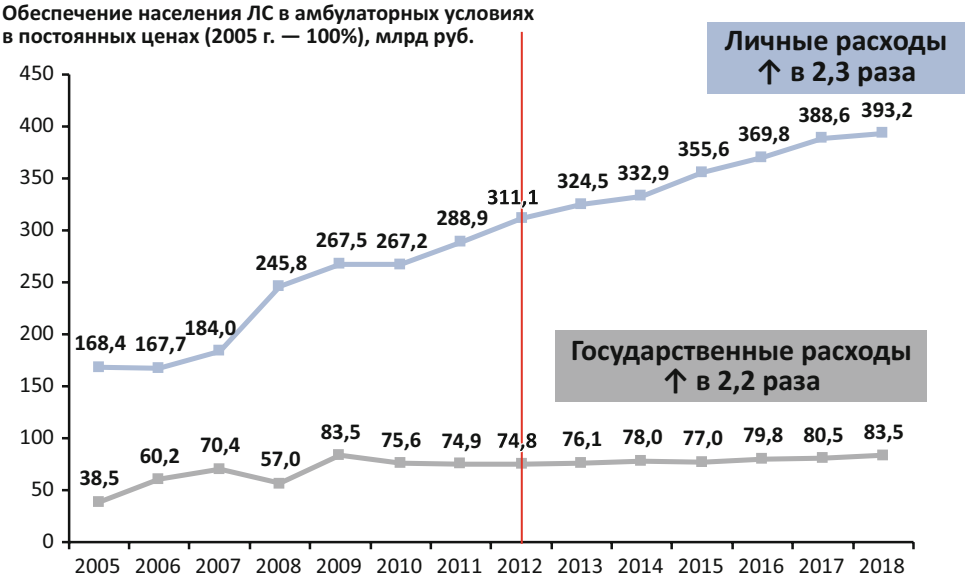
Государственные доклады о реализации государственной политики в сфере охраны здоровья за 2014–2016 гг.

Итоговая презентация и отчет Минздрава России за 2015–2018 гг. (коллегия).

Презентация министра здравоохранения «О повышении доступности и качества услуг, предоставляемых населению Российской Федерации в сфере здравоохранения».

Итоговые отчеты DSM Group «Фармацевтический рынок РФ» за 2012–2018 гг., оценка расходов сделана по реализованным контрактам на закупку ЛП стационарными медицинскими организациями.

обеспечения (сегодня эта программа называется «Обеспечение населения ЛС» — ОНЛС), расходы на ЛП в амбулаторных условиях в текущих ценах значительно выросли: за счет государства — **в 6 раз**, за счет личных средств граждан — **в 6,5 раза**[1]. В постоянных ценах (2005 г. — 100%) за счет государства они выросли **в 2,2 раза** и за счет личных средств граждан — **в 2,3 раза** (рис. 103). Это говорит о реальном увеличении доступности ЛП за этот период как за счет средств населения, так и государства, причем почти в равной степени.



Источники: Росстат, ЕМИСС, Минздрав России, DSM Group; расчет ВШОУЗ.

Рис. 103. Динамика расходов на ЛП в амбулаторных условиях в постоянных ценах в РФ

За последние 6 лет (с 2012 по 2018 г.) государственные и личные расходы на ЛП в амбулаторных условиях в текущих ценах также выросли: государственные расходы — **в 1,7 раза** (с 138,2 до 232,7 млрд рублей), личные — **в 1,9 раза** (с 575,1 до 1096,2 млрд рублей). Однако в постоянных ценах (2012 г. — 100%) государственные расходы выросли только **в 1,1 раза**, а личные — **в 1,3 раза**. При этом среднедушевые денежные доходы российских семей за этот период **снизились на 7%** в постоянных ценах 2012 г. (с 23,2 до 21,6 тыс. рублей).

На рис. 103 хорошо видно, что темп роста государственных расходов в постоянных ценах за последние 6 лет существенно замедлился. В 2005–2011 гг. эти расходы увеличивались со средним темпом 9,9% в год, а в 2012–2018 гг. этот темп **снизился в 5,2 раза** и составил только 1,9% в год. Темпы роста расходов населения на ЛП в последние 6 лет **снизились только в 2,3 раза** (с 9,2% в 2005–2011 гг. до 4,0% в 2012–2018 гг.).

Все это говорит о том, что за последние 6 лет снижение темпов роста государственных расходов на ЛП на фоне отсутствия роста реальных денежных доходов российских граждан легло дополнительным **финансовым бременем** на бюджеты семей.

[1] Все расчеты в динамике не учитывают расходы по ведомственным программам из-за отсутствия данных.

Государственные программы лекарственного обеспечения населения

По государственным программам, реализуемым в амбулаторных условиях, расходы на ЛП компенсируются населению в зависимости от наличия у гражданина социальной льготы или определенного заболевания, требующего дорогостоящего и/или длительного лечения, а также по принадлежности к определенной профессии (например, военнослужащие обеспечиваются ЛП из ведомственного бюджета).

Основные государственные программы следующие.

1. Региональные программы («Региональная льгота»).
2. Программа обеспечения населения лекарственными средствами (ОНЛС).
3. Программа «7 высокозатратных нозологий» («7 ВЗН»).
4. Программа для лиц, страдающих жизнеугрожающими и хронически прогрессирующими редкими (орфанными) заболеваниями.
5. Программа для лиц, инфицированных ВИЧ, гепатитами В и С.
6. Национальный календарь профилактических прививок.
7. Ведомственные закупки ЛП.

В табл. 22 представлены основные характеристики данных программ: название, регулирующий нормативный документ; объем финансирования и расчетный дефицит; число лиц, получающих ЛП; категории лиц, имеющих право на получение лекарств; порядок формирования перечней ЛП.

На все государственные программы, реализуемые в амбулаторных условиях, в 2018 г. было израсходовано **232,7 млрд рублей**. Всего бесплатные лекарственные средства получали **8,8 млн человек**. За счет федеральных источников финансирования было покрыто **54%** общих расходов на все программы (126,8 млрд рублей), за счет средств регионов — **46%** (105,9 млрд рублей) (включая орфанные заболевания).

Из табл. 22 следует, что:

- доступ к ЛП имеют только **ограниченное число** граждан РФ;
- по каждой из программ имеется **дефицит** финансирования, составляющий **не менее 50%** существующего объема расходов;
- в региональной программе действует **отдельный** перечень ЛП, не совпадающий с перечнем ЖНВЛП, а объем ее финансирования **зависит** от бюджетной обеспеченности субъекта РФ, что создает неравенство в доступности ЛП в разных субъектах РФ;
- по программе ОНЛС регионы **ограничены** объемами средств, предусмотренных на программу, в зависимости от числа льготополучателей, оставшихся в ней.

Существенное неравенство в доступности ЛП в амбулаторных условиях в различных регионах РФ показано на рис. 104. В РФ в 2018 г. расходы населения и государства на лекарственные препараты в амбулаторных условиях составили **7,5 тыс. рублей на душу населения**[1]. Эти расходы оказались ниже

[1] Как было показано выше, из них в среднем по РФ 18% — расходы государства, 82% — населения; расходов государства в разрезе регионов РФ в официальной статистике нет.

Таблица 22. Основные характеристики государственных программ лекарственного

Программа, нормативный документ	Финансирование
Региональные программы «Региональная льгота». Постановление Правительства РФ от 30.07.1994 № 890 «О государственной поддержке развития медицинской промышленности и улучшении обеспечения населения и учреждений здравоохранения лекарственными средствами и изделиями медицинского назначения»	**89 млрд руб.**[2] за счет средств консолидированных бюджетов субъектов РФ. Прогнозируемый дефицит на 2018 г. — **31,4 млрд руб.**[3]
Программа обеспечения населения лекарственными средствами (ОНЛС). Федеральный закон от 17.07.1999 № 178-ФЗ «О государственной социальной помощи». По закону граждане, включенные в Федеральный регистр лиц, имеющих право на получение социальной помощи в виде НСУ и не отказавшихся от нее взамен на денежную компенсацию, обеспечиваются бесплатно ЛП и ИМН, а также специализированными продуктами лечебного питания для детей-инвалидов	**42,8 млрд руб.**[5] за счет средств федерального бюджета. Неудовлетворенная потребность — **22 млрд руб.**[6] Полномочия по обеспечению населения ЛП переданы в регионы с соответствующими субвенциями. Объем средств для субъекта РФ определяется из числа граждан, оставшихся в программе, и норматива финансовых затрат в расчете на одного гражданина в месяц (в 2018 г. — 862,3 руб.)
Программа «7 высокозатратных нозологий» («7 ВЗН»). Федеральный закон от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» (ст. 16)	**43,6 млрд руб.** за счет федерального бюджета, организация обеспечения по программе передана субъектам РФ с соответствующими субвенциями. Темп роста числа пациентов **превышает** темпы роста финансирования программы (даже с учетом снижения стоимости ЛП). По оценкам экспертов, дефицит составляет **10 млрд руб.** (без учета новых 5 нозологий)[9]
Программа для лиц, страдающих жизнеугрожающими и хронически прогрессирующими редкими (**орфанными**) заболеваниями. Федеральный закон от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» (ст. 44)	16,9 млрд руб.[12] за счет средств консолидированных бюджетов субъектов РФ. Прогнозируемый дефицит средств в 2018 г. — 7 млрд руб. Каждый субъект РФ ведет региональный сегмент регистра лиц и выделяет средства исходя из числа больных и собственных финансовых возможностей

обеспечения населения в амбулаторных условиях[1]

Число лиц, получающих ЛП	Перечень категорий населения	Перечень ЛП
По экспертным оценкам, **5 млн человек**	Постановление Правительства РФ от 30.07.1994 № 890. Приложение 1: ■ участники гражданской и ВОВ; ■ инвалиды ВОВ; ■ родители и жены погибших военнослужащих; ■ ветераны; ■ дети до 3 лет; ■ инвалиды; ■ граждане, подвергшиеся радиации; ■ малочисленные народы Севера и др. Приложение 2: перечень населения — с 50% скидкой	Постановление Правительства РФ от 30.07.1994 № 890 (приложение 1): перечислены заболевания и общие группы ЛП (шире, чем перечень ЖНВЛП). Согласно ФЗ-323[4] (ч. 2, ст. 81) каждый субъект РФ по этой программе обязан утвердить перечень ЛП, который является приложением к ТПГГ
Имели право на получение ЛП **15,4 млн человек**. Остались в программе **3,2 млн человек** (20%)[7]	В законе № 178-ФЗ указано 9 категорий граждан: 1) инвалиды войны; 2) участники ВОВ; 3) ветераны боевых действий; 4) военнослужащие; 5) награжденные знаком «Жителю блокадного Ленинграда»; 6) лица, работавшие в период ВОВ; 7) члены семей погибших участников ВОВ; 8) инвалиды; 9) дети-инвалиды. Ведется федеральный регистр лиц	Перечень ЖНВЛП[8] (приложения 1 и 2), на основании которого каждый субъект РФ должен рассчитать и обеспечить потребность населения в ЛП
181 тыс. человек — в федеральном регистре	Лица, страдающие гемофилией, муковисцидозом, гипофизарным нанизмом, болезнью Гоше, злокачественными новообразованиями лимфоидной, кроветворной и родственных им тканей, рассеянным склерозом, после трансплантации органов и/или тканей. В 2019 г. перечень расширится за счет пациентов с гемолитико-уремическим синдромом, юношеским артритом с системным началом, мукополисахаридозом (типами I, II, VI)[10]	Перечень ЖНВЛП[11] (приложение 3), на 2018 г. включено 27 МНН. Распоряжение Правительства РФ от 31.12.2008 № 2053-р
17,8 тыс. человек — в федеральном регистре. Получают ЛП — 11,9 тыс. человек	Редкими являются заболевания, которые имеют распространенность не более 10 случаев на 100 тыс. человек. Перечень заболеваний утвержден постановлением Правительства РФ от 26.04.2012 № 403[13]. С 2019 г. пять заболеваний передано в программу «7 ВЗН»	Перечень ЖНВЛП (приложение 3)

[1] Доклад Госсовета РФ «Повышение эффективности системы лекарственного обеспечения в РФ».
Итоговый отчет DSM Group «Фармацевтический рынок РФ» за 2017–2018 гг.
Итоговый отчет и презентация Минздрава России за 2017–2018 гг. (коллегия).

Программа, нормативный документ	Финансирование
Программа для лиц, **инфицированных ВИЧ**, гепатитами В и С. Государственная стратегия противодействия распространению ВИЧ-инфекции в РФ до 2020 г.[14] Постановления Правительства РФ от 28.12.2016 № 1512[15] и от 27.12.2012 № 1438[16]	21,6 млрд руб., федеральный бюджет
Национальный календарь профилактических прививок (НКПП). Постановление Правительства РФ от 11.03.2011 № 156[17]	**15,9 млрд руб.**, федеральный бюджет. Закупочные цены на ряд ЛП являются **убыточными** для отечественных производителей, а установленные цены для НКПП потребуют увеличения объема средств
Программа обеспечения лиц, больных туберкулезом с множественной лекарственной устойчивостью возбудителя (МЛУ). Федеральный закон от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан» (ч. 1, ст. 14, п. 20)	**2,9 млрд руб.**, федеральный бюджет. Потребность в ЛП, рассчитанная на основе заявок, — **6,9 млрд руб**.
ИТОГО	**232,7 млрд руб.**

[2] Итоговый отчет DSM Group «Фармацевтический рынок РФ» за 2018 г.

[3] Доклад Госсовета РФ «Повышение эффективности системы лекарственного обеспечения в РФ».

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

[5] Итоговая презентация Минздрава России за 2018 г. Со всеми дополнительными бюджетными ассигнованиями.

[6] Доклад Госсовета РФ «Повышение эффективности системы лекарственного обеспечения в РФ» (с. 25).

[7] Доклад Госсовета РФ «Повышение эффективности системы лекарственного обеспечения в РФ».

[8] На 2018 г. действует Распоряжение Правительства РФ от 23.10.2017 № 2323-р «Об утверждении перечня жизненно необходимых и важнейших лекарственных препаратов на 2018 г., а также перечней лекарственных препаратов для медицинского применения и минимального ассортимента лекарственных препаратов, необходимых для оказания медицинской помощи».

[9] Всероссийский союз пациентов: http://www.dsm.ru/news/533/

[10] С 01.01.2019 согласно поправкам в ФЗ-323, внесенным Федеральным законом от 03.08.2018 № 299-ФЗ.

[11] На 2018 г. действует Распоряжение Правительства РФ от 23.10.2017 № 2323-р «Об утверждении перечня жизненно необходимых и важнейших лекарственных препаратов на 2018 г., а также перечней лекарственных препаратов для медицинского применения и минимального ассортимента лекарственных препаратов, необходимых для оказания медицинской помощи».

[12] Расчет ВШОУЗ-КМК. Данных за 2019 г. нет, увеличили данные за 2017 г. на инфляцию 2018 г.

[13] «О порядке ведения Федерального регистра лиц, страдающих жизнеугрожающими и хроническими прогрессирующими редкими (орфанными) заболеваниями, приводящими к сокращению продолжительности жизни граждан или их инвалидности, и его регионального сегмента».

Окончание табл. 22

Число лиц, получающих ЛП	Перечень категорий населения	Перечень ЛП
708 тыс. человек в федеральном регистре. Получают ЛП — 331 тыс. человек (47%)	—	Перечень ЖНВЛП (приложения 1 и 2), используется 27 МНН
—	■ Дети с рождения до 15 лет. ■ Взрослые каждые 10 лет (против дифтерии, столбняка, вирусного гепатита В). ■ Вакцинация против гриппа	Приложение 1 к приказу Минздрава России от 21.03.2014 № 125н[18], закупаются 23 медицинских иммунобиологических препарата
39,5 тыс. человек с МЛУ в федеральном регистре	Пациенты с туберкулезом с МЛУ возбудителя	Перечень ЖНВЛП. В перечень закупаемых препаратов на 2018 г. вошли 13 МНН
8,76 млн человек	—	—

[14] Утверждена распоряжением Правительства РФ от 20.10.2016 № 2203-р.

[15] «Об утверждении Положения об организации обеспечения лиц, инфицированных вирусом иммунодефицита человека, в том числе в сочетании с вирусами гепатитов В и С, антивирусными лекарственными препаратами для медицинского применения, и Положения об организации обеспечения лиц, больных туберкулезом со множественной лекарственной устойчивостью возбудителя, антибактериальными и противотуберкулезными лекарственными препаратами для медицинского применения».

[16] «О финансовом обеспечении закупок диагностических средств и антивирусных препаратов для профилактики, выявления, мониторинга лечения и лечения лиц, инфицированных вирусами иммунодефицита человека и гепатитов В и С, а также о реализации мероприятий по профилактике ВИЧ-инфекции и гепатитов В и С».

[17] «Об использовании бюджетных ассигнований федерального бюджета, предоставленных на закупку иммунобиологических лекарственных препаратов для иммунопрофилактики в рамках национального календаря профилактических прививок, для передачи федеральным учреждениям, оказывающим медицинскую помощь, подведомственным Министерству здравоохранения Российской Федерации и Федеральному медико-биологическому агентству (ФМБА), а также в собственность субъектов Российской Федерации с последующей их передачей при необходимости в собственность муниципальных образований».

[18] «Об утверждении Национального календаря профилактических прививок и календаря профилактических прививок по эпидемическим показаниям».

в 67% субъектов РФ (в 57 из 85). Разница между **10** самыми благополучными и **10** самыми неблагополучными по этому показателю регионами составила **6 раз** (14,5 и 2,4 тыс. рублей на душу населения, средневзвешенный показатель). С учетом, что в РФ 82% расходов на ЛП в амбулаторных условиях несет население и только 18% — государство, это говорит о том, что в РФ **крайне высоко** бремя расходов населения на ЛП и что их доступность во многом зависит от уровня доходов граждан. Решением этой проблемы может быть только формирование единого перечня ЛП для всех регионов, единого подушевого норматива лекарственного обеспечения для всех субъектов РФ (без права выхода граждан из программы), причем программа должна быть направлена на обеспечение всех граждан, а не только тех, кто сегодня имеет социальные льготы и/или страдает определенным заболеванием (это называется системой всеобщего лекарственного обеспечения). Все это потребует существенного увеличения государственных расходов по данной статье.

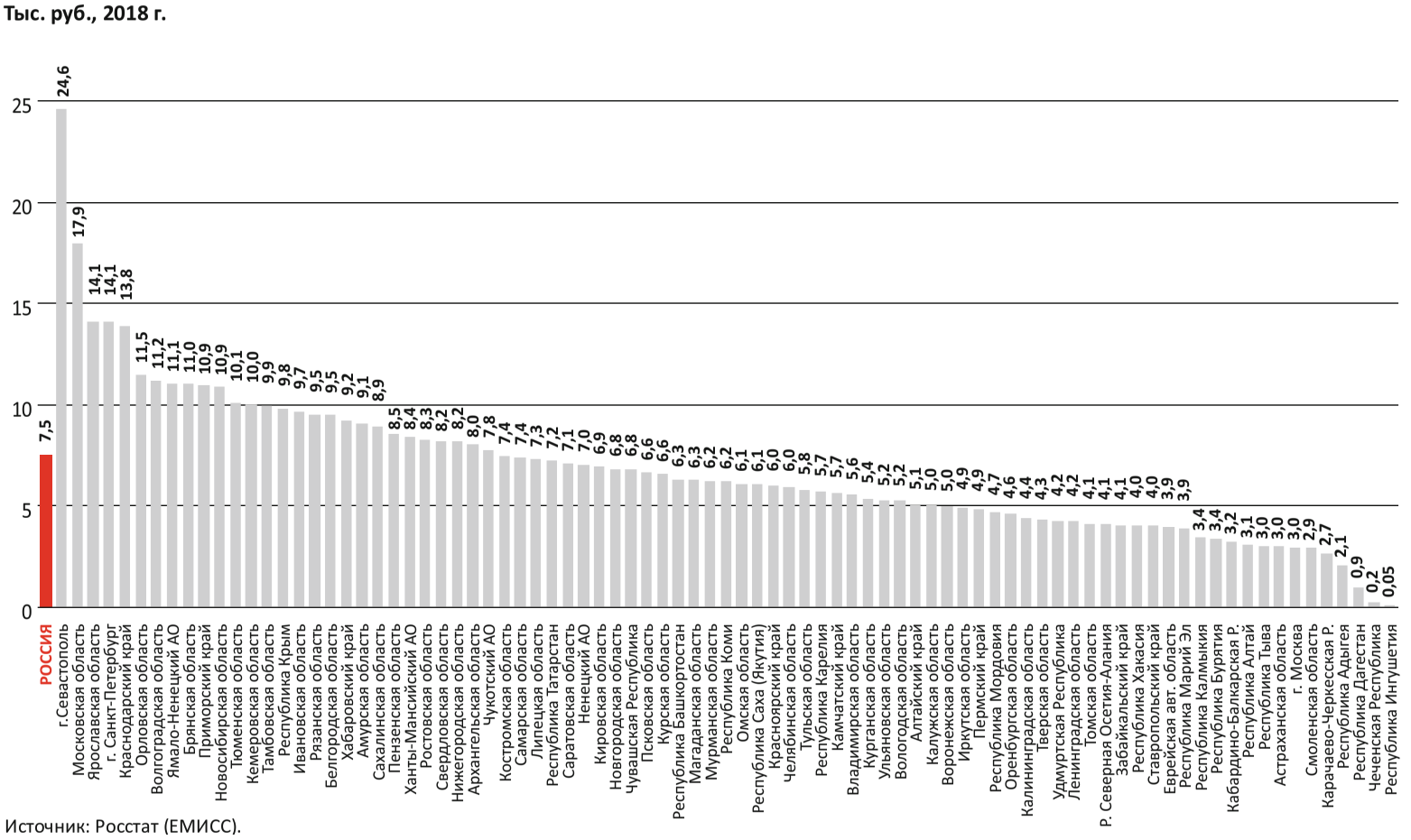
Распределение ресурсов по государственным программам. Оно не сбалансировано: на самые малочисленные программы тратится больший объем средств, чем на программы с большим числом участников. На рис. 105 представлена структура государственных программ по объему финансирования в долях от общего объема, на рис. 106 — по численности населения в долях от общего числа получивших ЛП. Данные представлены за 2017 г. (за 2018 г. нет данных по численности населения, получающего ЛП по государственным программам).

На рис. 105 и 106 показано, что на одну из самых объемных по численности населения программ — ОНЛС (**37%** получивших ЛП) затрачивается всего **20%** средств (45,9 млрд рублей), а на самые малочисленные программы — «7 ВЗН» и для лечения орфанных заболеваний (**2%** получивших ЛП) — более четверти всех средств (26%, или 59,8 млрд рублей).

Всего на программы лечения редких заболеваний («7 ВЗН» и орфанные заболевания) в РФ тратится 59,8 млрд рублей, что составляет **17 $ППС** на душу населения. В «новых» странах ЕС расходы государства на лечение подобных заболеваний в расчете на душу населения составляют в среднем **11 $ППС** (около 9 евро, 2014)[1], в «старых» странах ЕС — **21 $ППС** (около 17 евро[2]) (рис. 107). Таким образом, расходы на редкие заболевания в расчете на душу населения в сопоставимых ценах в РФ **в 1,5 раза выше**, чем в среднем в «новых» странах ЕС, и **приближаются** к показателям «старых» стран ЕС в среднем. И это при том, что в целом на лекарственное обеспечение населения за счет государства в РФ тратится **в 2,8 раза меньше**, чем в «новых» странах ЕС, и **в 6,4 раза меньше**, чем в «старых» странах ЕС. Доля затрат на лечение орфанных заболеваний от общих расходов на ЛП в РФ также **выше**, чем в странах ЕС, соответственно **5** и **3–4%**.

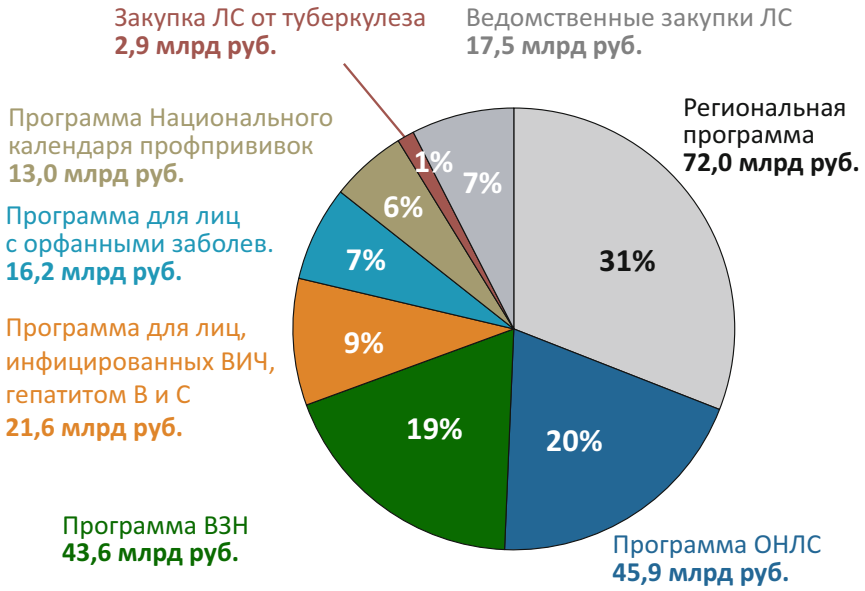
[1] В расчеты берутся только ЛП, направленные на таргетное лечение орфанных заболеваний.

[2] Patient Access to Medicines for Rare Diseases in European Countries / A. Detiček, I. Locatelli, M. Kos // Elsevier. — May, 2018. — Vol. 21, Issue 5. — P. 553–560.



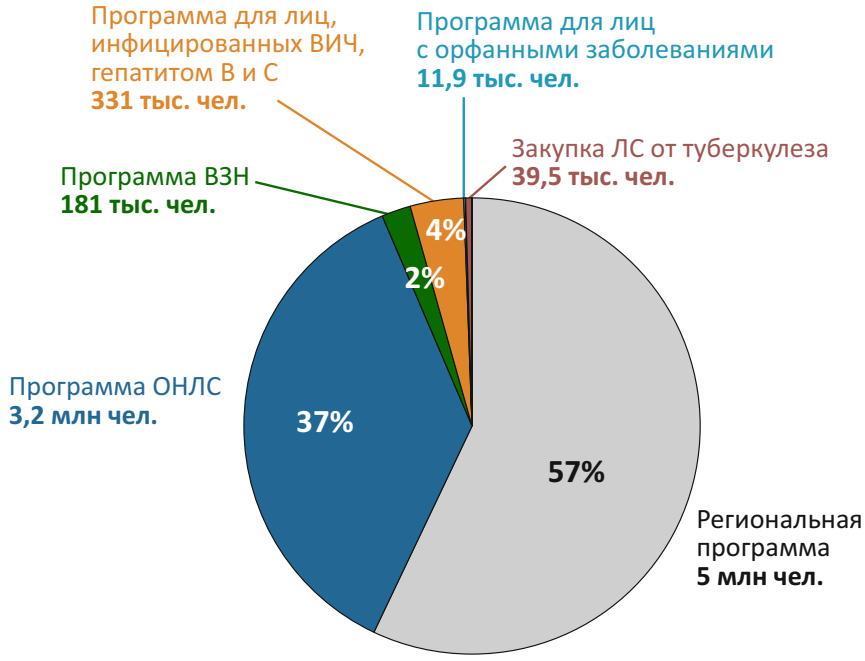
Источник: Росстат (ЕМИСС).

Рис. 104. Подушевые общие расходы на ЛС в амбулаторных условиях в регионах РФ в 2018 г.



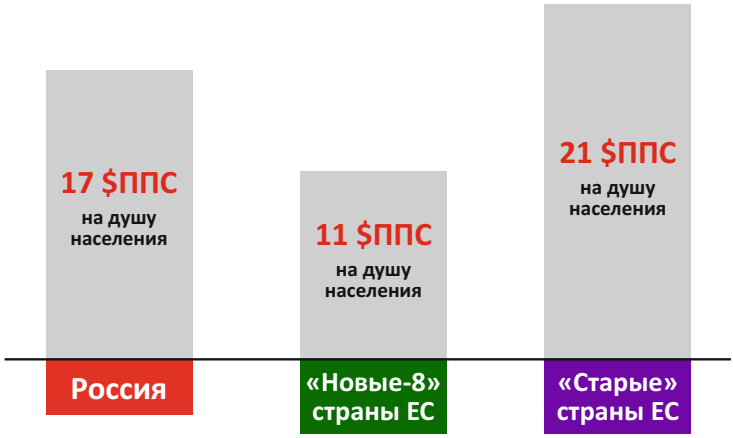
Данные за 2017 г. с учетом расходов на ЛС по ведомственным закупкам.
Источники: Росстат, ЕМИСС, Минздрав России, DSM Group; расчет ВШОУЗ.

Рис. 105. Структура государственных программ обеспечения населения ЛП в амбулаторных условиях по объему финансирования в РФ в 2017 г.



Источники: Росстат, ЕМИСС, Минздрав России, DSM Group; расчет ВШОУЗ.

Рис. 106. Структура государственных программ обеспечения населения ЛП в амбулаторных условиях по численности граждан в РФ в 2017 г.



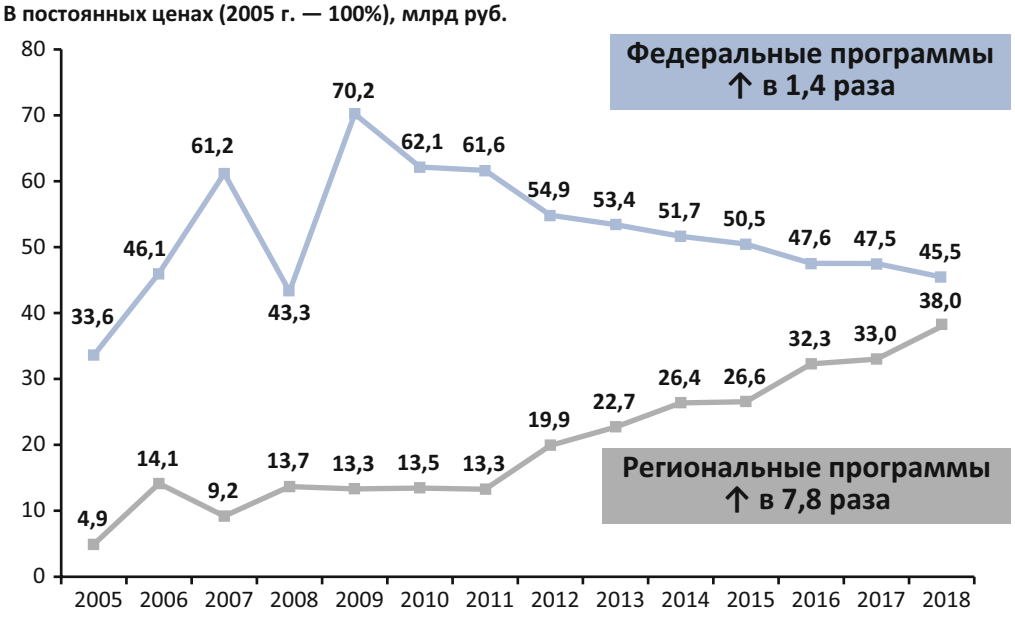
Расчет ВШОУЗ-КМК. *Источник*: Patient Access to Medicines for Rare Diseases in European Countries / A. Detiček, I. Locatelli, M. Kos // Elsevier. — May, 2018. — Vol. 21, Issue 5. — PP. 553–560.

Рис. 107. Расходы на редкие заболевания в РФ и странах ЕС

Динамика расходов на ЛП по отдельным государственным программам в амбулаторных условиях. Расходы на ЛП по госпрограммам с 2005 по 2018 г. в постоянных ценах (2005 г. — 100%) за счет федерального бюджета **выросли в 1,4 раза**, а из регионального бюджета — **в 7,8 раза** (с учетом дополнительных расходов на орфанные заболевания с 2013 г.) (рис. 108). Отметим, что все расчеты в динамике не учитывают расходы по ведомственным программам из-за отсутствия данных.

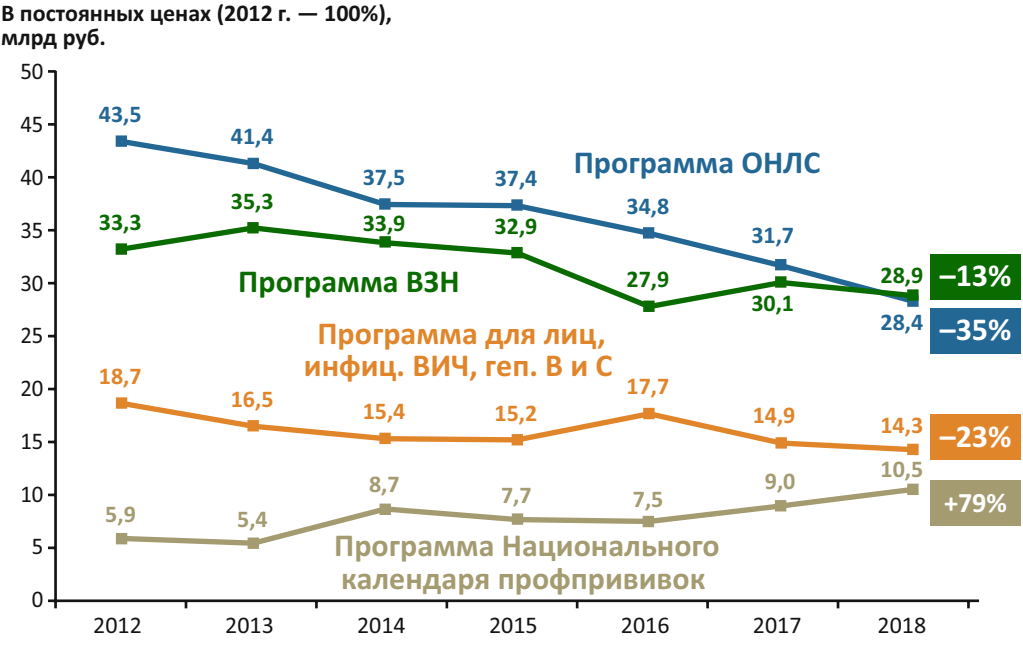
При этом за последние **6 лет** (с 2012 по 2018 г.) государственные расходы в постоянных ценах (2012 г. — 100%) за счет средств федерального бюджета **снизились на 17%**, а за счет средств регионов **возросли в 1,9 раза** (с учетом затрат на лечение орфанных заболеваний). Затраты федерального бюджета **снизились** почти по всем программам: по программе ОНЛС — **на 35%**, по программе «7 ВЗН» — **на 13%**, по программе ВИЧ — **на 23%**. Лишь по программе обеспечения населения профилактическими прививками расходы выросли **на 79%** (рис. 109).

Анализ государственных программ лекарственного обеспечения свидетельствует, что доступ к ЛП имеет только **ограниченное** число граждан РФ (8,8 млн человек) и что по всем существующим программам имеется существенный дефицит финансирования — **до 50%**. За последние 6 лет расходы по этим программам в постоянных ценах росли только за счет региональных бюджетов, а за счет федерального бюджета снизились **на 17%**. Обеспечение населения ЛП по региональным программам зависит от уровня бюджетной обеспеченности субъекта РФ. В структуре затрат на различные государственные программы сложились неоптимальные балансы с преобладанием финансирования программ для отдельных малочисленных групп населения, например, страдающих орфанными заболеваниями. Это ограничивает доступность ЛП для других категорий населения (в странах ЕС за счет общественных средств расходы на ЛП в амбулаторных условиях компенсируются всем категориям населения). В дальнейшем такая ситуация потребует увеличения



По региональным программам рост с 2013 г. обусловлен введением дополнительной программы «орфанных заболеваний». Источники: Росстат, ЕМИСС, Минздрав России, DSM Group; расчет ВШОУЗ-КМК.

Рис. 108. Динамика государственных расходов на ЛП в амбулаторных условиях по федеральным и региональным программам в РФ в постоянных ценах 2005 г.



Источники: Росстат, ЕМИСС, Минздрав России, DSM Group; расчет ВШОУЗ-КМК.

Рис. 109. Динамика государственных расходов по отдельным федеральным программам обеспечения населения ЛП в РФ в постоянных ценах 2012 г.

затрат по другим направлениям, например, дополнительное финансирование по обеспечению всех детей и подростков от 0 до 17 лет бесплатными ЛП, а также граждан, страдающих болезнями системы кровообращения, инфекционными болезнями и не охваченных на настоящий момент программами «льготного» лекарственного обеспечения.

Объем потребления ЛП в стационарных условиях

Данные по продаже ЛП в медицинских организациях, то есть в условиях круглосуточного и дневного стационара, **существенно разнятся** по данным разных источников (табл. 23).

Таблица 23. Государственные расходы на ЛП в стационарных условиях в динамике по данным разных источников информации (млрд руб.)

Источник информации	2007 г.	2008 г.	2009 г.	2010 г.	2011 г.	2012 г.	2013 г.	2014 г.	2015 г.	2016 г.	2017 г.	2018 г.
DSM Group[1]	—	—	—	—	—	151,5[2]	182,4	208,0	221,9	222,3	259,9	258,0
Доклады о реализации ПГГ[3]	52,2	75,1	89,3	89,7	95,8	91,5	120,1	133,1	—	—	138,0[4]	—
Группа компаний HeadWay[5]	—	—	—	—	—	—	286,0	257,6	288,0	324,1	318,2	—
Доклад Госсовета[6]	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	134,0	—

[1] http://www.dsm.ru/marketing/free-information/analytic-reports/index.php?sphrase_id=14691

[2] Стратегия об обеспечении ЛС до 2025 г. (от 13.02.2013 № 66, в редакции от 07.04.2016).

[3] Доклады о реализации программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи в соответствующем году (выпускались до 2014 г.). Рассчитано ВШОУЗ-КМК как доля расходов «на медикаменты и перевязочные средства» в расходах на оказание медицинской помощи в стационарных условиях и условиях дневных стационаров (форма статистической отчетности № 62).

[4] По данным Минздрава России (форма статистической отчетности № 62).

[5] https://www.hwcompany.ru/blog/expert/obzor_rynka_tendernyh_zakupok_ls_2017

[6] Доклад Госсовета РФ «Повышение эффективности системы лекарственного обеспечения в РФ».

Далее использованы расходы, предоставляемые аналитической компанией DSM Group, поскольку они собирают статистику по заключенным и исполненным контрактам медицинских организаций. Доклады о реализации ПГГ базируются на отчетной форме № 62, которую медицинские организации заполняют самостоятельно, однако точность заполнения и число организаций, заполнивших такие формы, могут существенно отличаться.

Объем покупки ЛП медицинскими организациями **в стационарных условиях** в РФ в 2018 г. составил **258 млрд рублей**, или **949 млн упаковок**. Динамика увеличения продаж с 2012 по 2018 г. в финансовом выражении составила **70%** в текущих ценах, **13%** — в постоянных ценах (2012 г. — 100%). В упаковках объем продаж за этот период не изменился (с 2013 г.) (рис. 110).

Источники: DSM Group; расчет ВШОУЗ-КМК.

Рис. 110. Динамика государственных расходов на ЛП в стационарных условиях в РФ в текущих и постоянных ценах (2012 г. — 100%)

Структура потребления референтных и воспроизведенных ЛП

Референтный ЛП (ранее — оригинальный) — лекарственный препарат, который впервые зарегистрирован в РФ, качество, эффективность и безопасность которого доказаны на основании результатов доклинических исследований лекарственных средств и клинических исследований лекарственных препаратов, проведенных в соответствии с требованиями Федерального закона «Об обращении лекарственных средств», и который используется для оценки биоэквивалентности или терапевтической эквивалентности, качества, эффективности и безопасности воспроизведенного или биоаналогового (биоподобного) лекарственного препарата[1]. Эксклюзивный сбыт оригинального ЛП защищается патентом на определенный срок. Оригинальный ЛП, как правило, имеет торговое наименование (марку), присваиваемое производителем. Товарная марка ЛП (бренд) — эксклюзивное торговое наименование препарата. Для обеспечения эксклюзивности оно должно быть зарегистрировано в агентстве по охране интеллектуальной собственности (как разновидность авторского права).

Воспроизведенный ЛП (ранее — дженериковый) — лекарственный препарат, который имеет такой же качественный и количественный состав действующих веществ в такой же лекарственной форме, что и референтный лекарственный препарат, и биоэквивалентность или терапевтическая экви-

[1] Определение согласно Федеральному закону от 12.04.2010 № 61-ФЗ «Об обращении лекарственных средств» (в редакции от 02.08.2019).

валентность которого референтному лекарственному препарату подтверждена соответствующими исследованиями[1]. Другими словами, это химический и фармацевтический аналог оригинального препарата (продукта), который произведен другим (-ими) производителем (-ями), как правило, после окончания срока действия патента на эксклюзивный сбыт этого ЛП владельцем патента. Большинство дженериковых препаратов выпускается на рынок под названиями, составленными из непатентованного наименования субстанции (МНН) плюс название или торговый знак производителя.

Понятие **«инновационный ЛП»**, согласно определению ОЭСР, подразумевает, что он содержит новые активные вещества для лечения основных (значимых) заболеваний и состояний, для которых ранее не существовало эффективного воздействия или это воздействие было недостаточным; который позволяет получить больший терапевтический эффект (или большую эффективность, или меньшую токсичность, или и то, и другое вместе) или другой превосходящий эффект (например, существенные улучшения в удобстве пациента), по сравнению с существующими терапевтическими альтернативами. Лекарственный препарат, который является новым, но не предполагает дополнительные преимущества по сравнению с имеющимися альтернативами лечения, не может рассматриваться как инновационный. В приказе Минпромторга РФ[2] определение инновационного ЛС частично совпадает с определением референтного ЛП: «инновационный препарат (инновационное лекарственное средство) — лекарственное средство, активная фармацевтическая субстанция которого защищена патентом, и/или запатентованы технологии получения готовой лекарственной формы и/или способа доставки».

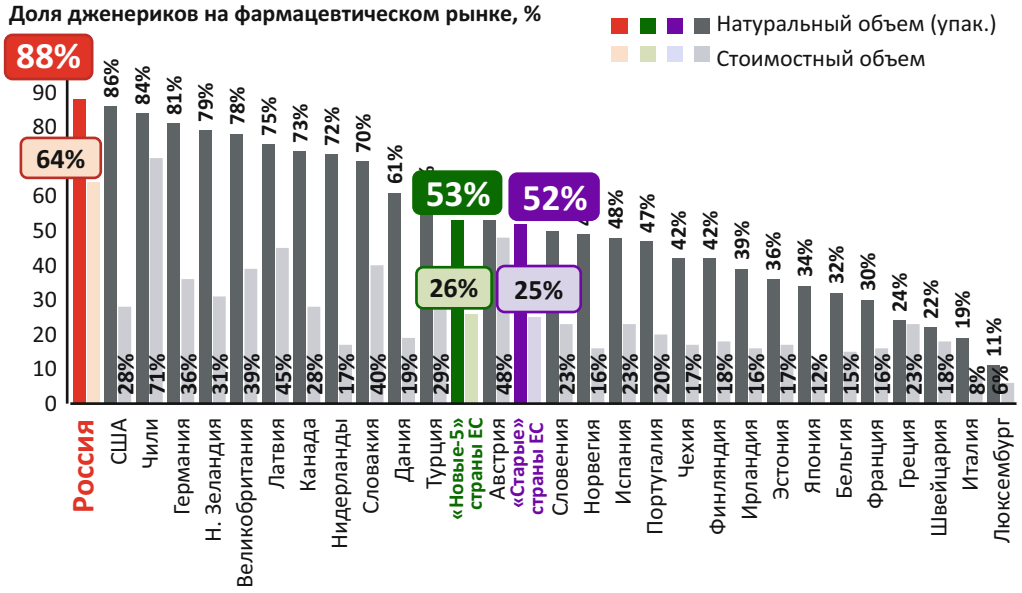
Доля потребления воспроизведенных ЛП (дженериков) в РФ **самая высокая** среди стран ОЭСР. В стоимостном выражении она составила **64%**, что в **2,5 раза выше**, чем в странах ЕС в среднем (у них — 26%), и в упаковках — **88%, что в 1,6 раза выше**, чем у них (53%) (рис. 111). Из этих данных можно получить отношение (коэффициент) стоимости единицы упаковки оригинального ЛП к дженерику (воспроизведенному ЛП) и сравнить этот коэффициент в РФ и в странах ЕС. Для РФ он составляет **4,3** (36/12 : 64/88), а для стран ЕС — **3,2** (73/47 : 26/53). Другими словами, в РФ стоимость единицы упаковки оригинального препарата **в 4,3 выше**, чем дженерика, а в ЕС — **в 3,2 раза**. Это может свидетельствовать о том, что в РФ цены на оригинальные ЛП **завышены** по отношению к воспроизведенным ЛП.

Существенное преобладание в потреблении воспроизведенных ЛП по сравнению с референтными ЛП в РФ (в 2,6 раза выше в ценовом выражении и в 1,7 раза выше в упаковках, в долях от общего потребления ЛП) говорит о необходимости поэтапного (по мере роста общих объемов расходов на ЛП) приведения соотношения воспроизведенных и референтных ЛП к более оптимальному балансу, а именно увеличению доли оригинальных,

[1] Определение согласно Федеральному закону от 12.04.2010 № 61-ФЗ «Об обращении лекарственных средств» (в редакции от 02.08.2019).

[2] Приказ Минпромторга РФ от 23.10.2009 № 965 «Об утверждении Стратегии развития фармацевтической промышленности Российской Федерации на период до 2020 г.».

в том числе инновационных, ЛП в государственных закупках. Необходимо детально изучить стоимость оригинальных препаратов по отношению к дженерикам по классам препаратов и при необходимости привести их к более оптимальному балансу, сложившемуся в странах ОЭСР, — 1:3.



«Новые-5» страны ЕС включают: Чехию, Эстонию, Латвию, Словакию, Словению.
Источники: Отчет DSM Group, 2017; Health at a Glance, 2017.

Рис. 111. Доля дженериков на фармацевтическом рынке в РФ (2017) и в странах ОЭСР[1] (2015)

Структура потребления произведенных на территории РФ и импортируемых ЛП

Доля отечественных ЛП в общем потреблении в стоимостном выражении составляет **30%**, а в упаковках — **61%**. Больше всего отечественные ЛП потребляют в стационарных условиях (табл. 24).

С 2012 по 2017 г. в РФ было зарегистрировано более **2,5 тыс.** лекарственных препаратов, при этом их доля в общем числе зарегистрированных лекарственных средств за этот период увеличилась **с 61 до 84%**. По данным DSM Group, меры по развитию отечественного фармацевтического производства (в том числе введение правила «третий лишний» — постановление Правительства РФ от 30.11.2015 № 1289) и локализации производств крупных зарубежных компаний на территории РФ с 2014 по 2017 г. привели к снижению объема импорта ЛП в стоимостном выражении **на 18%** (с 13,0 до 10,7 млрд $ США), в упаковках — также **на 18%** (с 3156 до 2603 млн упаковок).

[1] Организация экономического сотрудничества и развития (*Organisation for Economic Co-operation and Development* — OECD) — международная экономическая организация развитых стран, признающих принципы представительной демократии и свободной рыночной экономики (Википедия).

Таблица 24. Доля отечественных и импортируемых ЛП в РФ

Сектор	Доля отечественных ЛП	
	стоимость	упаковки
Амбулаторные условия (расходы населения)	29%	59%
Государственные программы в амбулаторных условиях	30%	47%
Стационарные условия	36%	75%
Всего (с учетом соответствующих весов)[1]	**30%**	**61%**
Всего продажи ЛС[2]	**35%**	**59%**

[1] По данным DSM Group, расчет ВШОУЗ-КМК.

[2] По данным ALPHARM: https://alpharm.ru/sites/default/files/obem_i_dinamika_farmacevticheskogo_rynka_rossii_po_itogam_2017_goda.pdf

Потребление отдельных групп ЛП в РФ

Для анализа структуры потребления ЛП лучше всего использовать анатомо-терапевтическо-химическую классификацию (АТХ) в сочетании с методом определения стандартных дневных доз (СДД)[1].

Анатомо-терапевтическо-химическая классификация (АТХ) (*Anatomical Therapeutic Chemical classification system* — ATC) ранжируется по пяти уровням. На первом уровне имеется 14 главных анатомических/фармакологических групп ЛС, например, для метформина — это группа ЛП для лечения болезней пищеварительного тракта и обмена веществ. Каждая из этих групп подразделяется на фармакологическую или терапевтическую подгруппу (второй уровень), для метформина — это подгруппа ЛП для лечения диабета. На третьем и четвертом уровнях ЛС подразделяются на фармакологические (или терапевтические) и химические подгруппы, для метформина — это ЛП, снижающие уровень глюкозы в крови, кроме инсулина, и бигуаниды соответственно. На пятом уровне дается химическая субстанция — метформин.

Стандартная (определенная) дневная доза (СДД) (*Defined Daily Dose* — DDD) — это средняя дневная доза ЛП, используемая по определенным показаниям у взрослых. Только одна СДД может соответствовать АТХ-коду и способу введения (например, перорально). Она определяется экспертно для МНН, например, для аспирина перорально — это 3 грамма (для применения при болевом синдроме). СДД в привязке к АТХ-кодам публикуются ежегодно на сайте ВОЗ — WHOCC[2] (см. также WHO Drug Information[3]) и обновляются не реже 1 раза в 3 года. СДД необязательно совпадает со средней реально назначаемой и средней реально потребляемой дозой ЛП. Названные дозы зависят от индивидуальных характеристик пациентов: тяжести заболевания, пола, возраста, фармакокинетики ЛП, приверженности пациента лечению и др.

[1] Guidelines for ATC classification and DDD assignment 2019. WHO Collaborating Centre for Drug Statistics Methodology. Norway, 2018. — 283 p.

[2] WHO Collaborating Centre for drug statistics methodology: https://www.whocc.no/use_of_atc_ddd/

[3] https://www.who.int/medicines/publications/druginformation/en/

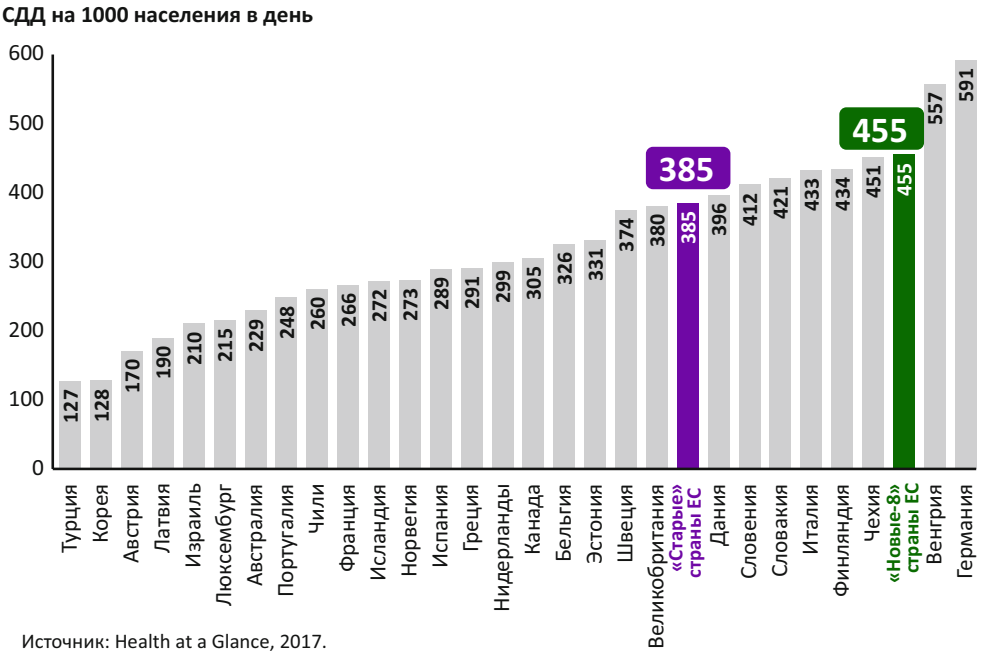
Показатели для измерения СДД рассчитываются с учетом численности населения или пациенто-дней (койко-дней) в стационаре. В амбулаторных условиях **для длительных курсов терапии** СДД измеряют в расчете на 1000 населения (жителей) в день. Например, 10 СДД на 1000 населения в день означает, что в этой группе населения в среднем ежедневно потребляется 10 СДД данного ЛП, или 1% населения (10/1000) потребляет этот ЛП ежедневно (в год проведения исследования). Для **кратких курсов** терапии в амбулаторных условиях СДД обычно измеряют в расчете на одного человека (жителя) в год. Например, пять СДД на одного жителя в год может означать, что каждый житель проходил лечение в год как минимум 5 дней. **В стационарных условиях** используют показатель СДД на 100 пациенто-дней (койко-дней). Например, 100 СДД антибиотика (при курсе 5 дней) на 100 койко-дней может означать, что 20 пациентов принимали по одной СДД в течение 5 дней. Или 70 СДД снотворного ЛП на 100 койко-дней означает, что 70% пациентов принимали одну СДД ежедневно.

СДД может быть выражена также через СДД на одного пациента. Этот показатель выражает интенсивность лечения в группе пациентов, принимающих ЛП в определенный период времени. Если фактическая доза ЛП эквивалентна установленной СДД, то этот показатель может отражать число дней лечения за определенный период.

Данные для расчета СДД получают путем выборочного изучения выписанных рецептов, проданных упаковок, опросов медицинского персонала и пациентов. Наиболее точным является учет СДД по данным, полученным из электронных историй болезней и амбулаторных карт. Для этого важно, чтобы число СДД было **промаркировано** на каждой упаковке ЛП.

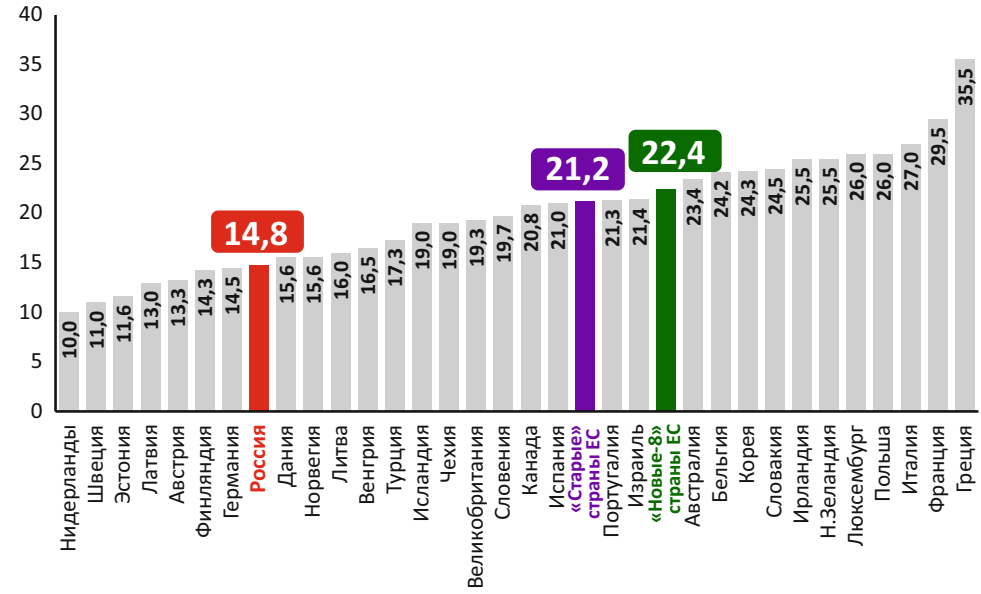
Потребление ЛП, выраженное через СДД, дает общее представление о потреблении ЛП вне зависимости от цен, валютной разницы, упаковки ЛП. Цель описанного метода — определить **рациональность** использования ЛП путем проведения сопоставимых сравнений потребления отдельных ЛП между популяциями пациентов в динамике, в различных регионах и странах. Следует отметить, что использование **ценовых** показателей для сравнения объемов потребления отдельных ЛП в динамике и между странами **затруднительно** из-за различий в ценах, колебаний валютного курса; такие сравнения используются только для общих объемов потребления ЛП. **Объемные** показатели (граммы, литры и др.) можно использовать только для строго определенных отдельных лекарственных средств, но не их групп с одинаковыми по силе активными ингредиентами. По этой же причине ограничено использование показателя числа потребленных **таблеток**. Сравнение числа выписанных **рецептов** показательно только тогда, когда одновременно учитывается число ЛП на рецепт или нужно определить частоту их выписки.

В РФ актуальные данные по потреблению отдельных ЛП, рассчитанные методом АТХ/СДД, приводятся мало (есть только данные по потреблению антибиотиков за 2015 г.). В странах ОЭСР такой учет ведется на регулярной основе. Для примера ниже представлена структура потребления антигипертензивных ЛП в странах ОЭСР (рис. 112) и антибиотиков с учетом данных по РФ (рис. 113).



Источник: Health at a Glance, 2017.

Рис. 112. Потребление (СДД) антигипертензивных ЛП в странах ЕС



Источники: база данных ОЭСР «OECD.Stat»; Health at a Glance, 2017.
Россия — ВОЗ (European Surveillance of Antimicrobial Consumption Network (ESAC-Net)).

Рис. 113. Потребление (СДД) антибиотиков (выписанных) в РФ[1] и странах ЕС

[1] WHO report on surveillance of antibiotic consumption: 2016–2018 early implementation. — Geneva: World Health Organization, 2018. — P. 27–28.

Объем потребления антигипертензивных ЛП включает ЛП **по пяти АТХС2-категориям**, которые назначаются при артериальной гипертонии: антигипертензивные, диуретики, β-адреноблокаторы, блокаторы кальциевых каналов и ЛП, влияющие на ренин-ангиотензиновую систему.

На рис. 113 показано, что потребление антибиотиков (СДД на 1000 населения в день) в РФ **в 1,5 раза ниже**, чем в «новых-8» странах ЕС.

Структура продаж (потребления) ЛП по АТХ-группам измеряется по фармацевтическому рынку в целом, а также в разрезе условий — стационарные и амбулаторные (в амбулаторных условиях включает государственные программы и личные расходы населения). На рис. 114 представлен анализ структуры общего потребления ЛП (в стоимостном выражении) в РФ и некоторых странах ОЭСР[1] по основным АТХ-группам. На рис. 115 представлена структура потребления ЛП по основным АТХ-группам только в амбулаторных условиях (включая расходы государства и личные средства граждан).

ОЭСР включает: Австралия, Германия, Люксембург, Нидерланды, Португалия.

Рис. 114. Структура потребления ЛП по основным АТХ-группам в РФ и некоторых странах ОЭСР

[1] Pharmaceutical expenditure and policies: past trends and future challenges // Annalisa Belloni, David Morgan, Valérie Paris. — OECD Health Working Paper N. 87. — Paris, 2016. — http://dx.doi.org/10.1787/5jm0q1f4cdq7-en

ОЭСР включает: Австралия, Германия, Люксембург, Нидерланды, Португалия.

Рис. 115. Структура потребления ЛП в амбулаторных условиях по основным АТХ-группам в РФ и некоторых странах ОЭСР

На рис. 114 показано, что доля расходов на ЛП для лечения заболеваний пищеварительного тракта в РФ **в 1,7 раза выше**, чем в странах ОЭСР. По остальным АТХ-группам доли расходов близки. На рис. 115 показано, что в амбулаторных условиях доля расходов на ЛП для лечения заболеваний пищеварительного тракта в РФ **в 1,3 раза выше**, чем в странах ОЭСР, нервной системы — **в 1,5 раза ниже**, сердечно-сосудистой системы — **в 1,4 раза ниже**, респираторной системы — **в 1,9 раза выше**. При этом доли расходов на ЛП для лечения заболеваний крови и кроветворных органов, костно-мышечной системы и урогенитального тракта, включая гормоны, вместе взятые в РФ практически **в 1,6 раза выше**, чем в странах ОЭСР. Это говорит о необходимости дальнейшего изучения этого вопроса.

Таким образом, можно сделать вывод, что в РФ проводится недостаточно НИР по оценке объемов потребления наиболее распространенных ЛП и их групп (антигипертензивные, антидиабетические, антидепрессанты, холестеринпонижающие, противораковые), соответственно, достоверно оценить достаточность или избыточность (то есть рациональность) терапии этими ЛП на данный момент затруднительно. Предложение: необходимо провести НИР по оценке рациональности потребления основных ЛП в РФ и предусмотреть информацию о содержании СДД при маркировке упаковки ЛП.

Удовлетворенность населения качеством и доступностью ЛП в РФ

За последние годы отмечается усиление недовольства населения доступностью ЛП. Среди опрошенных ВЦИОМ доля граждан, которые не смогли купить необходимый ЛП из-за высокой цены[1], с 2013 по 2017 г. увеличилась на 20% (с 39 до 47%)[2]. С апреля 2015 г. открыта горячая линия Росздравнадзора для приема обращений граждан, в том числе по вопросам назначения, выписки и обеспечения обезболивающими и другими лекарственными препаратами. Согласно этим данным, число всех обращений с 2015 по 2017 г. возросло **в 1,6 раза** (с 2,7 до 4,4 тыс.). Число обращений по восстановлению прав граждан на получение бесплатных ЛП увеличилось **на 17%** (с 4,0 до 4,7 тыс.)[3].

Это говорит о том, что для населения обеспеченность ЛП является чувствительной сферой, которая требует постоянного мониторинга по установленным методикам.

Научные исследования в области разработки новых (инновационных) ЛП

Разработка нового ЛП — от фундаментальных научных исследований до регистрации ЛС — дорогостоящий и длительный процесс, который занимает **от 10 до 15 лет** и затраты на который составляют до **2,6 млрд $США**[4]. На рис. 116 представлена схема, которая обобщает процесс научного поиска, разработки и производства нового ЛС, стоимость этапов и вероятность перехода исследования к следующей стадии.

По оценкам, сегодня в мире в разработке на разных стадиях исследований находится более **7000 ЛС-кандидатов**[5].

В РФ расходы на научные исследования в отношении создания и разработки новых ЛС **значительно ниже**, чем в развитых странах. Так, расходы государства и бизнеса на НИР (в области здоровья человека, большая доля которых касается разработки ЛС) в РФ **в 8–10 раз меньше**, чем в развитых странах, соответственно **0,04%** (38 млрд рублей, из них около 30 млрд рублей — на разработку ЛС)[6] **и 0,3–0,4% ВВП**[7]. В результате это приводит к существенному отставанию РФ от развитых стран в регистрации новых отечественных

[1] Формулировка вопроса: «Сталкивались ли Вы за последние полгода со следующей ситуацией или нет: не смог купить необходимое лекарственное средство из-за высокой цены». Данные по ответам: «Часто сталкивался» и «Сталкивался 1–2 раза».

[2] https://wciom.ru/zh/print_q.php?s_id=1008&q_id=69311&date=01.02.2015 https://wciom.ru/zh/print_q.php?s_id=1161&q_id=77912&date=22.02.2017

[3] Доклады Росздравнадзора «Об осуществлении государственного контроля (надзора) в сфере охраны здоровья граждан и об эффективности такого контроля (надзора)» за соответствующий год.

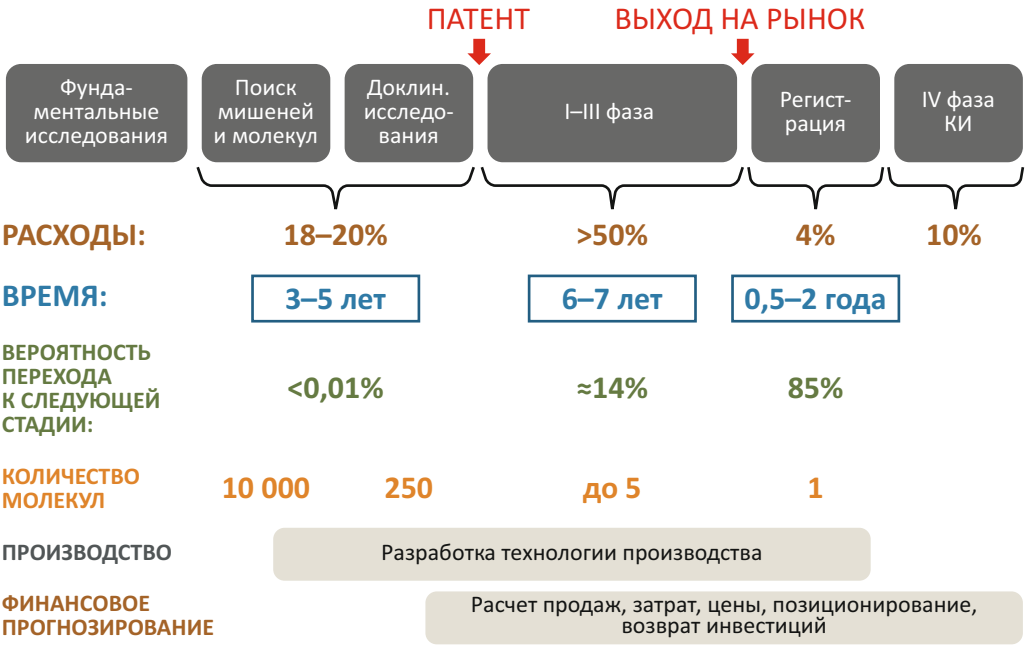
[4] https://www.oecd.org/health/pharmaceutical-innovation-and-access-to-medicines-9789264307391-en.htm

[5] The pharmaceutical industry and global health facts and figures 2017 // International Federation of Pharmaceutical Manufacturers & Associations. February, 2017. 86 p. https://www.ifpma.org/wp-content/uploads/2017/02/IFPMA-Facts-And-Figures-2017.pdf

[6] The Pharmaceutical Industry in Figures, 2018. — P. 7 (https://www.efpia.eu/media/361960/efpia-pharmafigures2018_v07-hq.pdf)

[7] https://www.oecd.org/health/pharmaceutical-innovation-and-access-to-medicines-9789264307391-en.htm

ЛС. Так, за 2014–2016 гг. число инновационных ЛП, разработанных и зарегистрированных в РФ, составило только **0,03%** общего числа выданных регистрационных удостоверений — **три ЛП**[1], в то время как в США за 5 лет (2013–2017) было зарегистрировано около **100 новых** ЛП, в Южной Корее с 2000 по 2017 г. — **26 новых ЛП** и **52** модифицированных ЛП[2].



Источник: International Federation of Pharmaceutical Manufacturers & Associations, 2017

Рис. 116. Схема разработки нового лекарственного препарата

В РФ также **не создана** единая система управления разработкой инновационных ЛС, так как это сделано в большинстве развитых стран, например в США[3] и Южной Корее. Этим процессом в РФ занимаются различные ведомства и структуры — Минздрав России, Минобрнауки России, Минпромторг России, а также ряд научных государственных фондов. Политика между ними **не согласовывается**, взаимодействие между различными участниками процесса — **не организовано**. Отсутствует обоснованный **перечень приоритетов** в создании инновационных ЛС. Востребованность результатов отечественных НИОКР низкая вследствие недостаточной емкости внутреннего рынка и неотрегулированных процессов защиты авторских прав на разработки. Все это в сочетании с **недостаточным** материально-техническим оснащением ряда научных лабораторий, зависимостью НИР от поставок лабораторного оборудования иностранного производства, проблемами с лабораторным животноводством, оттоком квалифицированных кадров из государственных научных

[1] Арланса (нарлапревир), Сатерекс (гозоглиптин), Элпида (элсульфавирин).
[2] hptt://www.kdra.or.kr/english/03web01.php
[3] http://commonfund.nih.gov

учреждений в частные структуры существенно ослабляет потенциал разработки инновационных ЛС в РФ.

Для того чтобы в РФ за ближайшие **10 лет** было разработано и зарегистрировано **не менее 30 инновационных ЛП** (обосновывающие расчеты см. в приложении 2 к данному разделу), необходимы дополнительные государственные вложения (не менее 100 млрд рублей) и создание государственной системы управления этим процессом. При этом должна быть разработана государственная программа, сформулированы приоритетные направления для НИР и конкретные показатели для мониторинга эффективности реализации государственной политики в данном направлении. Цели данной государственной программы: снижение заболеваемости граждан РФ, продление ожидаемой продолжительности жизни, в том числе здоровых лет жизни, восстановление научно-технологического потенциала РФ в разработке и производстве инновационных ЛП. Структура типовой государственной программы по разработке инновационных ЛС и алгоритм для принятия решений по выбору приоритетных направлений для НИР представлены в приложении 3 и 4 к данному разделу.

ВЫВОДЫ И ПРЕДЛОЖЕНИЯ К РАЗДЕЛУ 5.5

ВЫВОДЫ

- В РФ расходы государства на лекарственное обеспечение населения в амбулаторных условиях **крайне недостаточны:** они **в 2,8 раза ниже** в расчете на душу населения, чем в странах ЕС, близких к РФ по уровню экономического развития. Как следствие, население РФ вынуждено нести **в 4 раза большую** финансовую нагрузку по расходам на ЛП, чем государство. В странах ЕС государство несет **практически равную** и даже большую финансовую нагрузку по расходам ЛП в амбулаторных условиях.
- По всем государственным программам бесплатного лекарственного обеспечения населения **имеется существенный дефицит финансирования** (потребность превышает предусмотренные средства как минимум **на 50%**). Более того, за последние 6 лет расходы по большинству государственных программ, финансируемых из федерального бюджета, существенно **снизились** в постоянных ценах: на ОНЛС — **на 35%**, на программу «7 ВЗН» — **на 13%**, на лечение ВИЧ-инфицированных — **на 23%**. На фоне снижения реальных денежных доходов российских семей **на 7%** в постоянных ценах за этот же период это легло дополнительным бременем на их бюджеты.
- Доступ к бесплатным ЛП в амбулаторных условиях имеют **ограниченное число граждан РФ — 8,8 млн человек**, имеющих социальную льготу или определенное заболевание. Это ограничивает доступность ЛП для других категорий населения (в странах ЕС за счет общественных средств расходы на ЛП в амбулаторных условиях компенсируются **всем категориям населения**).

- Имеется **существенное неравенство в доступности** ЛП по государственным программам для населения, проживающего в различных субъектах РФ. Это связано с различиями в числе льготополучателей и их потребности в ЛП, неодинаковыми подходами к формированию перечней ЛП и объемов финансирования программ в зависимости от бюджетной обеспеченности региона.
- Распределение государственных ресурсов по программам обеспечения населения ЛП в РФ **неоптимально:** на две самые малочисленные программы — «7 ВЗН» и лечение орфанных заболеваний (**2%** получателей) — затрачивается **26%** средств от общего финансирования. В результате расходы на лечение редких заболеваний сегодня в РФ **в 1,5 раза выше**, чем в «новых» странах ЕС, и приближаются к уровню «старых» стран ЕС. Это требует установления обоснованных балансов таким образом, чтобы все нуждающиеся категории граждан имели справедливые объемы компенсации затрат на ЛП со стороны государства, например, дети и подростки, не страдающие редкими заболеваниями, но нуждающиеся в лечении.
- Доля потребления дженериков (воспроизведенных ЛП) в РФ **самая высокая** из развитых стран (в стоимостном выражении — **64%**, в упаковках — **88%**). Это требует поэтапного (по мере увеличения объема финансирования лекарственного обеспечения) **увеличения доли оригинальных ЛП** в общем объеме потребления ЛП.
- В РФ расходы на НИР по разработке инновационных ЛП **от 8 до 10 раз ниже**, чем в развитых странах (соответственно 0,04 и 0,3–0,4% ВВП). В РФ не определены конкретные приоритетные направления в разработке инновационных ЛП и не создана единая государственная система управления этим процессом.

ПРЕДЛОЖЕНИЯ

- Поэтапно с 2019 по 2024 г. **увеличить как минимум в 2,4 раза** (или на 320 млрд рублей ежегодно) расходы государства на лекарственное обеспечение населения в амбулаторных условиях в постоянных ценах (с 233 до 550 млрд рублей). Предусмотреть в РФ реализацию **государственной программы всеобщего лекарственного обеспечения населения** в амбулаторных условиях вне привязки к отдельным группам населения, имеющим социальные льготы или заболевания. В итоге к 2024 г. добиться следующего соотношения расходов на ЛП в амбулаторных условиях: 50% — государство, 50% — население (сегодня 18% — государство, 82% — население). Погружение в программу различных категорий населения должно быть **поэтапным** по мере увеличения объемов финансирования программы. Обеспечение населения по программам, требующим высоких затрат на небольшие группы населения (орфанные заболевания, «7 ВЗН»), желательно реализовывать по специальной схеме с отдельными источниками финансирования, в том числе за счет средств благотворительности.

- В рамках программы всеобщего лекарственного обеспечения должны быть произведены **расчеты прогнозных потребностей** населения в ЛП по отдельным нозологиям, определены **единые для РФ перечни ЛП**, установлены **предельные цены** компенсации на ЛП и разработаны **оптимальные механизмы** финансирования (например, через систему ОМС), а также определены каналы дистрибуции ЛП (например, через единого государственного закупщика и частных оптовых дистрибьюторов за фиксированное вознаграждение). Должны быть разработаны требования к розничным дистрибьюторам и предусмотрена фиксированная оплата аптечных сетей за участие в реализации программы (например, фиксированная оплата за упаковку).
- Для разработки не менее **30** инновационных ЛС в РФ за 10 лет потребуются поэтапные вложения от **200 до 280 млрд рублей ежегодно в ценах 2017 г., из них не менее половины должно обеспечить государство** (от 100 до 140 млрд рублей). Для реализации цели по разработке 30 инновационных ЛП в период до 2030 г. должны быть разработаны государственная программа и единая система управления ее реализацией вне зависимости от ведомственной подчиненности участников.

ПРИЛОЖЕНИЕ 1 К РАЗДЕЛУ 5.5

Расчет дополнительного объема финансирования для реализации системы всеобщего лекарственного обеспечения

В 2018 г. общий объем расходов государства и граждан в амбулаторных и стационарных условиях составил почти **1,6 трлн рублей** в ценах конечного потребителя, из них в амбулаторных условиях потрачено **1,3 трлн рублей**. По всем государственным программам затрачивается около **233 млрд рублей**, что в **2,4 раза меньше** в доле ВВП, чем в «новых» странах ЕС, имеющих близкий уровень экономического развития (*для справки*: у них ОПЖ сегодня составляет 78 лет), то есть до их уровня нам необходимо расходовать в 2,4 раза больше — это еще около 320 млрд рублей ежегодно (233 × 2,4 – 233). Тогда государственные расходы на лекарственное обеспечение в амбулаторных условиях в РФ достигнут уровня «новых» стран ЕС сегодня в долях от ВВП. Основным источником этих расходов должен стать федеральный бюджет, потому что сегодня граждане РФ уже тратят более 80% всех расходов на ЛП в амбулаторных условиях.

ПРИЛОЖЕНИЕ 2 К РАЗДЕЛУ 5.5

Оценка количества инновационных ЛС, которые возможно разработать в РФ, и необходимых финансовых ресурсов

В США за 5 лет (2013–2017) было зарегистрировано около 100 новых ЛП. Тогда в РФ за ближайшие 5 лет возможно зарегистрировать **в 5 раз меньше** — 20 новых ЛП (именно на столько меньше ВВП РФ, чем ВВП США, в абсолютных величинах $ППС — 3,7 и 19,4 трлн $ППС, соответственно). Тогда за 10 лет в РФ можно произвести около **30 новых ЛП**.

Стоимость НИР для разработки одного зарегистрированного ЛП в среднем за 10–12 лет составляет 2,6 млрд $ППС, или 65 млрд рублей по курсу $ППС (1 $ППС = 25 рублей), то есть чтобы получить 30 новых ЛС за 10 лет в РФ, потребуется **около 200 млрд рублей** ежегодно (65 млрд рублей × 30 ЛП ÷ 10 лет). Можно оценить необходимые расходы другим способом. Сегодня расходы государства и бизнеса на НИР (в области здоровья человека) в РФ в **8–10 раз меньше**, чем в развитых странах, соответственно 0,04 и 0,3–0,4% ВВП, то есть если увеличить расходы на НИОКР в РФ хотя бы до 0,3% ВВП, потребуется около **280 млрд рублей в год** [92,1 трлн рублей (ВВП в 2017 г.) × 0,3%]. В развитых странах государство обычно покрывает 1/3 или 1/2 всех расходов на НИОКР по разработке новых ЛС. Оценка числа инновационных ЛП, которые можно создать в РФ за ближайшие 10 лет, дает показатель 30–40 ЛП.

ПРИЛОЖЕНИЕ 3 К РАЗДЕЛУ 5.5

Проект структуры программы по разработке, созданию и производству новых ЛС в РФ

Вводная часть

I. Авторы и рецензенты.
II. Краткое содержание программы.
III. Обоснование актуальности.

Анализ

1. Состояние и организация фундаментальных исследований в части разработки новых ЛС (опросы организаций и запросы через соответствующие ведомства).

1.1. Анализ существующего состояния фундаментальных исследований.

1.1.1. Перечень учреждений, занимающихся фундаментальными исследованиями.

1.1.2. Достигнутые результаты за 10 лет.
1.1.3. Материально-техническое и кадровое обеспечение учреждений.
1.1.4. Объемы финансирования.
1.1.5. Система управления.
1.2. Анализ перспективных направлений развития фундаментальных исследований на 2020–2030 гг. и дальнейшую перспективу.
1.2.1. Анализ международных публикаций.
1.2.2. Опрос экспертов.

2. Состояние и организация доклинических исследований в части разработки новых ЛС.

2.1. Перечень государственных и частных учреждений (фармацевтических компаний), занимающихся доклиническими исследованиями.
2.2. Достигнутые результаты за 10 лет.
2.3. Материально-техническое и кадровое обеспечение.
2.4. Объемы государственного и частного финансирования.
2.5. Система управления проведением доклинических исследований.

3. Состояние и организация клинических исследований новых ЛС в РФ.

3.1. Число и структура клинических исследований (по направлениям), проводимых в РФ.
3.2. Перечень учреждений, занимающихся проведением клинических исследований.
3.3. Затраты на проведение клинических исследований.

4. Существующие мощности по производству ЛС в РФ и потенциал их развития.

4.1. Твердые лекарственные формы.
4.2. Биотехнологии.
4.3. Инъекционные лекарственные формы.
4.4. Производство биомедицинских клеточных продуктов (БМКП).

5. Опыт национальных «чемпионов» («Генериум», «ХимРар», «Биокад», «Р-Фарм») в области разработки ЛС и внедрение их в производство.

6. Защита результатов интеллектуальной деятельности (РИД) в области разработки новых ЛС в РФ и за рубежом.

7. Система подготовки и повышения квалификации кадров для разработки и производства новых ЛС.

8. Управление процессом разработки и производства новых ЛС и действующая нормативная база.

9. Отдельные вопросы.

9.1. Анализ существующих проблем в применении ЛП в педиатрии.
9.2. Анализ применения зарегистрированных ЛП (импортных и отечественных) off-label.
9.3. Разработка и производство вакцин.

10. Анализ международного опыта в разработке и реализации комплексных программ по разработке ЛС (цели, дорожная карта, координация, инвестиции, мероприятия, результаты).

Программа

1. Цели программы и показатели для их измерения.

1.1. Увеличение ОПЖ.

1.2. Снижение заболеваемости и инвалидности (перечень заболеваний).

1.3. Количество новых препаратов (30 препаратов за 10 лет).

1.4. Количество рабочих мест в НИОКР.

1.5. Увеличение экспортного потенциала.

1.6. Вклад фарминдустрии в ВВП.

2. Принципы формирования программы.

3. Задачи.

3.1. Сформировать приоритетные направления для проведения фундаментальных, поисковых и прикладных научных исследований (НИР).

3.2. Организовать фундаментальные и поисковые НИР в соответствии с установленными приоритетами.

3.3. Организовать доклинические исследования в соответствии с установленными приоритетами.

3.4. Организовать клинические исследования в соответствии с установленными приоритетами.

3.5. Организовать процесс внедрения разработок в массовое производство.

3.6. Создать систему защиты результатов интеллектуальных исследований.

3.7. Организовать создание и регистрацию ЛС для детей и детских лекарственных форм.

3.8. Модернизировать материально-техническое обеспечение организаций, задействованных в разработке и производстве новых ЛС, в том числе обеспечить гармонизацию процессов разработки и производства с международными нормами GLP, GCP, GMP и др.

3.9. Организовать подготовку и повышение квалификации кадров для реализации поставленных приоритетов. Разработать систему межведомственного управления программой, в том числе определить организационную структуру для управления, ее функции и кадровое обеспечение.

4. Показатели для контроля за эффективностью реализации целей и задач программы.

5. Необходимые объемы финансирования для реализации поставленных задач.

6. Дорожная карта, этапы и ответственные исполнители.

7. Ожидаемые результаты и обоснование эффективности программы.

8. Информационное сопровождение программы.

9. Риски реализации программы и пути их нивелирования.

Алгоритм выбора приоритетных направлений в разработке ЛС

Рис. 117. Алгоритм выбора приоритетных направлений для фундаментальных, поисковых и доклинических исследований ЛС

Таблица 25. Доступность лекарственных средств в РФ (включая ИМН), млрд рублей

Показатель	2005 г.	2006 г.	2007 г.	2008 г.	2009 г.	2010 г.	2011 г.	2012 г.	2013 г.	2014 г.	2015 г.	2016 г.	2017 г.	2018 г.	2018/ 2005	2018/ 2012
ИПЦ, декабрь к декабрю предыдущего года	10,9%	9,0%	11,9%	13,3%	8,8%	8,8%	6,1%	6,6%	6,5%	11,4%	12,9%	5,4%	2,5%	4,3%	—	—
Расходы на ЛС в АМБУЛАТОРНЫХ УСЛОВИЯХ за счет государственных средств[1], млрд руб., *в текущих ценах*																
Региональные программы по обеспечению населения ЛС	4,9	15,4	11,2	18,9	20,0	22,0	23,0	36,8	40,3	50,4	53,7	70,5	72,0	89,0	**18,2 р.**	**2,4 р.**
Программа для лиц с орфанными (редкими) заболеваниями	—	—	—	—	—	—	—	—	4,4	7,4	12,0	13,7	16,2	16,9	—	—
Региональные программы по обеспечению населения ЛС, всего	**4,9**	**15,4**	**11,2**	**18,9**	**20,0**	**22,0**	**23,0**	**36,8**	**44,7**	**57,8**	**65,7**	**84,2**	**88,2**	**105,9**	**21,6 р.**	**2,9 р.**
Программа ОНЛС (ДЛО)	33,6	42,6	66,9	46,8	49,4	40,5	42,2	43,5	44,1	44,5	50,1	49,1	45,9	42,8	+27%	–2%
Программа «7 ВЗН»	—	0,4	—	—	40,7	42,5	43,2	33,3	37,6	40,2	44,1	39,3	43,6	43,6	—	—
Программа Национального календаря профилактических прививок	—	4,5	—	5,0	6,1	5,3	5,7	5,9	5,8	10,3	10,3	10,6	13,0	15,9	—	—
Программа для лиц, инфицированных ВИЧ, гепатитами В и С	—	2,7	7,7	8,0	9,3	13,3	15,8	18,7	17,6	18,2	20,4	25,0	21,6	21,6	—	—
Закупка ЛС для лечения больных туберкулезом	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	2,9	2,9	—	—
Федеральные программы по обеспечению населения ЛС, всего	**33,6**	**50,2**	**74,6**	**59,8**	**105,5**	**101,6**	**106,9**	**101,4**	**105,1**	**113,2**	**124,9**	**124,0**	**127,0**	**126,8**	**3,8 р.**	**1,3 р.**
ИТОГО в ТЕКУЩИХ ценах, млрд руб.	**38,5**	**65,6**	**85,8**	**78,7**	**125,5**	**123,6**	**129,9**	**138,2**	**149,8**	**171,0**	**190,6**	**208,2**	**215,2**	**232,7**	**6 р.**	**1,7 р.**
Расходы на ЛС в АМБУЛАТОРНЫХ УСЛОВИЯХ за счет государственных средств, млрд руб., *в постоянных ценах*																
Региональные программы по обеспечению населения ЛС, всего	4,9	14,1	9,2	13,7	13,3	13,5	13,3	19,9	22,7	26,4	26,6	32,3	33,0	38,0	**7,8 р.**	**1,9 р.**
Региональная программа без учета орфанных заболеваний	—	—	—	—	—	—	—	36,8	37,9	42,5	40,1	50,0	49,8	59,0	—	60%
Федеральные программы по обеспечению населения ЛС, всего	33,6	46,1	61,2	43,3	70,2	62,1	61,6	54,9	53,4	51,7	50,5	47,6	47,5	45,5	**1,4 р.**	**–17%**

Окончание табл. 25

Показатель	2005 г.	2006 г.	2007 г.	2008 г.	2009 г.	2010 г.	2011 г.	2012 г.	2013 г.	2014 г.	2015 г.	2016 г.	2017 г.	2018 г.	2018/ 2005	2018/ 2012
Программа ОНЛС (ДЛО)	—	—	—	—	—	—	—	43,5	41,4	37,5	37,4	34,8	31,7	28,4	—	–35%
Программа «7 ВЗН»	—	—	—	—	—	—	—	33,3	35,3	33,9	32,9	27,9	30,1	28,9	—	–13%
Программа Национального календаря профилактических прививок	—	—	—	—	—	—	—	5,9	5,4	8,7	7,7	7,5	9,0	10,5	—	78%
Программа для лиц, инфицированных ВИЧ, гепатитами В и С	—	—	—	—	—	—	—	18,7	16,5	15,4	15,2	17,7	14,9	14,3	—	–23%
ИТОГО в ПОСТОЯННЫХ ценах, млрд руб.	**38,5**	**60,2**	**70,4**	**57,0**	**83,5**	**75,6**	**74,9**	**74,8**	**76,1**	**78,0**	**77,0**	**79,8**	**80,5**	**83,5**	**2,2 р.**	**1,1 р.**
Расходы на ЛС в ГОСПИТАЛЬНОМ СЕКТОРЕ за счет государственных средств[2], млрд руб.																
Государственные расходы на ЛС в госпитальном секторе, в текущих ценах	—	—	—	—	—	—	—	151,5	182,4	208,0	221,9	222,3	259,9	258,0	—	**70%**
Государственные расходы на ЛС в госпитальном секторе, в постоянных ценах 2012 г.	—	—	—	—	—	—	—	151,5	171,3	175,4	165,8	157,6	179,7	171,0	—	**13%**
Расходы на ЛС в амбулаторных условиях за счет ЛИЧНЫХ средств[3], млрд руб.																
Частные расходы на ЛС и ИМН, в текущих ценах	168,4	182,8	224,4	339,5	402,0	436,8	501,1	575,1	638,7	729,5	879,9	964,4	1038,9	1096,2	**6,5 р.**	**1,9 р.**
Частные расходы на ЛС и ИМН, в постоянных ценах	168,4	167,7	184,0	245,8	267,5	267,2	288,9	311,1	324,5	332,9	355,6	369,8	388,6	393,2	**2,3 р.**	**1,3 р.**
ОБЩИЕ расходы на ЛС (государственные и частные, госпитальные и амбулаторные условия), млрд руб.																
Общие расходы на ЛС, в текущих ценах	—	—	—	—	—	—	—	864,8	970,9	1108,5	1292,4	1394,9	1514,0	1586,9	—	**83%**
Общие расходы на ЛС, в постоянных ценах	—	—	—	—	—	—	—	864,8	911,9	935,0	965,5	988,8	1046,9	1052,1	—	**22%**

[1] Данные согласно докладам о реализации ПГГ и отчетам Минздрава России за соответствующие годы.

[2] Данные собраны из итоговых докладов DSM Group (по заключенным медицинскими организациями контрактам).

[3] Данные согласно базе данных Росстата — ЕМИСС, за вычетом региональных программ обеспечения населения ЛС и федеральных (ОНЛС, «7 ВЗН», программа для лиц, инфицированных ВИЧ, гепатитами В и С, закупка ЛС для лечения больных туберкулезом) для избегания повторов учета.

5.6. ОПТИМИЗАЦИЯ СИСТЕМЫ ОБЯЗАТЕЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ

Среди медицинской общественности постоянно обсуждается вопрос о необходимости системы обязательного медицинского страхования (ОМС) в РФ. Он обсуждался на площадках Российского инвестиционного форума-2019 (г. Сочи), Петербургского международного экономического форума (ПМЭФ-2019).

В апреле 2019 г. Национальный исследовательский университет «Высшая школа экономики» (НИУ ВШЭ) провел исследование «Анализ состояния страховой медицины в России и перспектив ее развития»[1] (далее — исследование НИУ ВШЭ). Авторы на основании анализа ряда собственных и трактовки зарубежных исследований делают **спорный вывод** о том, что наличие системы ОМС принесло пользу для здравоохранения РФ, и предлагают пути ее дальнейшего развития. Суть их предложений сводится к формированию «рисковой» и конкурентной модели ОМС, а именно:

- установить право страховым медицинским организациям (СМО) **самим распоряжаться** сэкономленными от оказания медицинской помощи средствами, в том числе получать их в собственный доход, тем самым мотивировать СМО к экономии средств на оказание медицинской помощи;
- переложить на СМО **финансовые риски** за превышение объемов медицинской помощи застрахованным, разделив их совместно с ФОМС, ТФОМС и медицинскими организациями (другими словами, мотивировать основных участников процесса финансирования медицинской помощи к снижению ее объемов);
- ввести право для СМО **самостоятельно** «закупать» медицинскую помощь у медицинских организаций на конкурентной основе;
- ввести **добровольное** (дополнительное к действующей программе ОМС) страхование в рамках одной СМО, тем самым организовать конкуренцию за население между ними.

ВШОУЗ-КМК категорически **не поддерживает данную позицию** в связи с тем, что развитие системы ОМС по предложенному НИУ ВШЭ сценарию **не принесет дополнительной ценности** для системы здравоохранения РФ. Более того, может быть сопряжено с дополнительными финансовыми и социальными **рисками,** а именно с недовольством населения и снижением доступности медицинской помощи. Считаем, что сегодня, когда перед здравоохранением РФ стоят другие важнейшие задачи (увеличение государственного финансирования и тем самым увеличение гарантированных государством объемов бесплатной медицинской помощи, восстановление и повышение эффективности работы первичного звена здравоохранения, создание системы всеобщего лекарственного обеспечения населения), **нет необходимости отвлекать**

[1] Шишкин С.В., Шейман И.М., Потапчик Е.Г., Понкратова О.Ф. Анализ состояния страховой медицины в России и перспектив ее развития. — М.: НИУ ВШЭ, 2019. — 94 с. — Электронный доступ: https://www.oprf.ru/files/1_2019dok/doklad_OMS22042019.pdf

дефицитные управленческие ресурсы на изменение механизма финансирования здравоохранения. Можно только предложить **отдельные меры** по его совершенствованию, например, **устранить** не приносящий дополнительной пользы и отвлекающий ресурсы отрасли институт страховых представителей, **исключить** заинтересованность СМО в выявлении большего числа нарушений в медицинских организациях, перейти на более **оптимальные** способы оплаты медицинских организаций.

Для обоснования нашей позиции сначала кратко рассмотрим общую структуру организации системы ОМС в РФ, затем проанализируем аргументы экспертов НИУ ВШЭ о ее ценности для системы здравоохранения и возможные варианты дальнейшего развития.

Организация системы ОМС в РФ

В системе здравоохранения ОМС является лишь одним из вариантов (далее — модель) **аккумулирования и доведения** общественных (государственных) средств до медицинских организаций, которые оказали населению медицинскую помощь, гарантированную государством. Другой вариант (который зачастую противопоставляется этой модели) — **бюджетное финансирование**.

И в модели ОМС, и в бюджетной модели главным регулятором всех процессов, связанных с финансированием гарантированной медицинской помощи, является **государство**, поскольку оно через нормативные акты определяет **основные правила этого процесса**: источники финансирования, объемы средств, порядок их администрирования и, главное, гарантированные населению объемы бесплатной медицинской помощи (пакет услуг). В обеих моделях соблюдается принцип **солидарности** — отчисления граждан (взносы или налоги) на медицинскую помощь не зависят от наличия у них высоких рисков потребления медицинской помощи, например, хронических заболеваний. Далее все граждане, вне зависимости от их материального положения, имеют **равные права** на получение одинаковой по объему и качеству медицинской помощи. *Для справки*: в модели финансирования медицинской помощи по добровольному медицинскому страхованию (ДМС), в отличие от модели ОМС и бюджетного финансирования, взносы (платежи, страховые премии) носят рисковый характер, то есть чем выше вероятность застрахованного заболеть, тем выше взносы. Также граждане, в зависимости от их платежеспособности и других факторов, могут быть застрахованы по разным программам страхования, соответственно, страховая выплата при наступлении страхового случая будет различаться, а значит, и объем полученной медицинской помощи. Повторимся, что ни модель ОМС, ни бюджетная модель **не определяют объемы финансирования гарантированной государством медицинской помощи**, это лишь механизм доведения консолидированных общественных средств до медицинских организаций.

Главные отличия этих систем в том, что в модели ОМС источником финансирования являются фиксированные (регламентированные законом)

взносы застрахованных (граждан и/или работодателей), в бюджетной — отчисления из федерального и региональных бюджетов, которые, в свою очередь, формируются из общих **налоговых отчислений** граждан и работодателей. В первом случае получателями и администраторами собранных средств являются несколько страховых организаций (фондов), в другом, как правило, — федеральные или региональные органы управления здравоохранением. Считается, что наличие фиксированных и целевых взносов в системе ОМС — гарантия выделения определенных средств на бесплатную медицинскую помощь, тогда как в бюджетной модели каждый год необходимо отстаивать расходы на здравоохранение при рассмотрении общего бюджета страны. Это различие между моделями можно исправить, предусмотрев дополнительные к общим налогам так называемые выделенные (целевые) налоги на здравоохранение, или установить минимальный подушевой уровень расходов на гарантированную медицинскую помощь. Более подробно характеристики модели ОМС на примере разных стран представлены в табл. 26 в конце раздела.

Наличие бюджетной модели финансирования **не обязательно** связано с оплатой медицинской помощи по смете с четко определенными статьями расходов, как это было в советское время. Сегодня в рамках бюджетной модели возможно внедрение таких же **способов оплаты** медицинских организаций, как и в страховой модели, например, за законченный случай с дифференциацией по клинико-статистическим группам (КСГ), по методу глобального бюджета (в том числе рассчитанного на основе подушевого способа) с доплатой за достижение установленных показателей, объемов, качества и эффективности оказания медицинской помощи. Последний способ, например, апробируют сегодня в США[1].

В настоящее время в РФ существует смешанная модель финансирования общественной системы здравоохранения. Всего в РФ стоимость **программы государственных гарантий** (ПГГ) бесплатного оказания гражданам медицинской помощи в 2018 г. составила 2477 млрд рублей[2]. Через систему ОМС было оплачено **75%** стоимости услуг по ПГГ (1871 млрд рублей)[3], остальное (607 млрд рублей) — из средств консолидированных бюджетов субъектов РФ[4]. Однако в доходной части Федерального фонда ОМС (ФОМС), где аккумулируются все средства ОМС, **собственно страховые средства** (или взносы работодателей за работающих граждан в размере 5,1% ФОТ работников) в 2018 г. составили около **64%** (1201 млрд рублей)[5], а доходы за счет средств консолидированных бюджетов регионов (это взносы, выплачиваемые ими за нерабо-

[1] James B.C., Poulsen G.P. The case for capitation // Harvard Business Review. 2016. https://hbr.org/2016/07/the-case-for-capitation

[2] Доклад министра здравоохранения на коллегии Минздрава России (апрель 2019).

[3] Проект Федерального закона «Об исполнении бюджета Федерального фонда обязательного медицинского страхования за 2018 г.». Названная сумма не включает расходы на оказание высокотехнологичной медицинской помощи, которая не входит в базовую программу ОМС, однако оплачивается из средств ОМС, это 101 млрд рублей.

[4] Доклад министра здравоохранения на коллегии Минздрава России (апрель 2019).

[5] Проект Федерального закона «Об исполнении бюджета Федерального фонда обязательного медицинского страхования за 2018 г.».

тающее население — детей и пенсионеров) составили **35%** (662 млрд рублей). На основании этих данных можно заключить, что сегодня за счет консолидированных **бюджетов регионов оплачивается более 50% расходов на бесплатную медицинскую помощь по ПГГ** (или 1262 млрд рублей, из них 607 млрд рублей — напрямую и 662 млрд рублей — через систему ОМС).

Обязанность по уплате **страховых взносов** на обязательное медицинское страхование **работающего населения**, размер страхового взноса, контроль за правильностью его исчисления, полнотой и своевременностью уплаты устанавливаются **законодательством РФ о налогах и сборах**. Согласно Федеральному закону от 03.07.2016 № 250-ФЗ[1], главным администратором доходов бюджета ФОМС от уплаты этих страховых взносов с 01.01.2017 является Федеральная налоговая служба. Обязанность по уплате страховых взносов на **неработающее население** установлена Федеральным законом от 29.11.2010 № 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации», а тариф этого взноса установлен Федеральным законом от 30.11.2011 № 354-ФЗ «О размере и порядке расчета тарифа страхового взноса на обязательное медицинское страхование неработающего населения»[2]. Главными администраторами доходов бюджета ФОМС от уплаты этих взносов являются территориальные фонды обязательного медицинского страхования (ТФОМС). Дальнейший порядок администрирования этих средств в системе ОМС установлен в законе об «Обязательном медицинском страховании в РФ» и соответствующих нормативных документах, главный из которых — «Правила обязательного медицинского страхования»[3].

Организационно система ОМС состоит из государственных фондов — **Федерального фонда ОМС** (ФОМС) и его **территориальных отделений** (ТФОМС). Функционально ФОМС — это орган, который **аккумулирует** часть средств на оказание гарантированной государством медицинской помощи и **распределяет их** в ТФОМС по установленным правилам исходя из числа застрахованных, их возраста, заболеваемости населения и других показателей. Затем средства из ТФОМС «доводятся» до медицинских организаций через частные страховые медицинские организации (СМО). СМО проверяют и оплачивают счета, выставленные медицинскими организациями за оказанную населению медицинскую помощь, проверяют качество ее оказания, выдают страховые полисы, информируют застрахованных и должны защищать их права.

Общая схема финансирования медицинской помощи по ПГГ в РФ показана на рис. 118. Видно, что эта система более сложна, чем при бюджет-

[1] Федеральный закон от 03.07.2016 № 250-ФЗ «О внесении изменений в отдельные законодательные акты Российской Федерации и признании утратившими силу отдельных законодательных актов (положений законодательных актов) Российской Федерации в связи с принятием Федерального закона "О внесении изменений в части первую и вторую Налогового кодекса Российской Федерации в связи с передачей налоговым органам полномочий по администрированию страховых взносов на обязательное пенсионное, социальное и медицинское страхование"».

[2] Федеральный закон от 30.11.2011 № 354-ФЗ «О размере и порядке расчета тарифа страхового взноса на обязательное медицинское страхование неработающего населения».

[3] Приказ Минздрава России от 28.02.2019 № 108н «Об утверждении Правил обязательного медицинского страхования».

ной модели, так как в ней больше участников. Стрелка от бюджета ФОМС к федеральному бюджету означает, что часть собранных средств ОМС направляется на оказание высокотехнологичной помощи (ВМП), не входящей в базовую программу ОМС. Эти средства направляются как собственно в федеральный бюджет для софинансирования региональных бюджетов, так и в Минздрав России для федеральных государственных учреждений. *Для справки*: с 2020 г. средства на ВМП и родовые сертификаты планируется направлять из федерального бюджета в ФОМС. Стрелка от ФОМС к Фонду социального страхования РФ (ФСС) означает, что из бюджета ФОМС в бюджет ФСС передаются средства на оплату родовых сертификатов. Стрелка от консолидированных бюджетов субъектов РФ к бюджету ТФОМС означает, что они могут передавать средства на расширение программы ОМС.

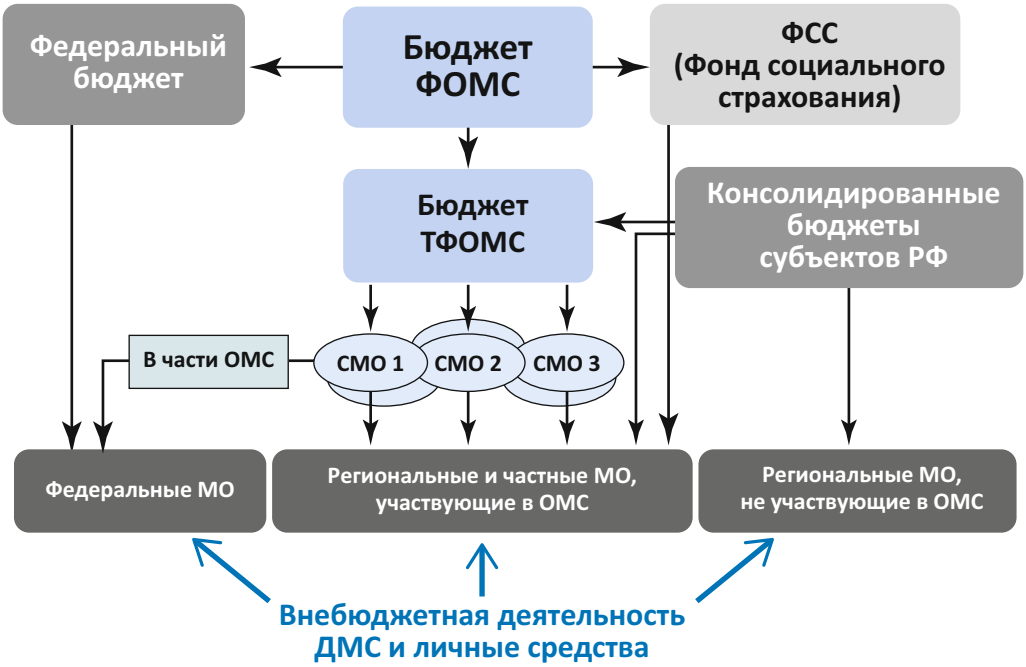


Рис. 118. Схема финансирования медицинской помощи в РФ

СМО, согласно закону «Об обязательном медицинском страховании в РФ» (статьи 28 и 38), получают вознаграждение на ведение дела в размере не менее **1%** и не более **2%** от суммы средств, поступивших в нее (рассчитываются от числа застрахованных и дифференцированного подушевого норматива). Они также получают дополнительные доходы в процентном отношении (от 10 до 25%) от применения к медицинским организациям **санкций** за нарушения, выявленные при проведении контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи[1], а также от экономии годового объема средств, предназначенных на оплату медицинской помощи.

[1] Приказ ФОМС от 28.02.2019 № 36 «Об утверждении Порядка организации и проведения контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию».

Из этого следует, что объем государственных (общественных) средств, который затрачивается на деятельность СМО, составляет не менее **25 млрд рублей** (1871 млрд рублей × 1%, где 1871 млрд рублей — это размер субвенций ТФОМС в 2018 г. плюс доходы от санкций около 6–8 млрд рублей). Причем эти средства покрывают **не только расходы, но и прибыль этих организаций**. Таким образом, СМО сегодня является **посредником**, который исполняет для ТФОМС ряд перечисленных функций, причем посредником, **заинтересованным** в увеличении числа нарушений в медицинских организациях (МО) и экономии средств на оказание медицинской помощи.

Медицинские организации выставляют СМО счета на оплату за оказанную медицинскую помощь. Для каждой медицинской организации на год устанавливаются лимиты объемов медицинской помощи (плановые объемы) в рамках государственного задания, которое утверждается специальной комиссией. Способ оплаты медицинских организаций, работающих в амбулаторных условиях, преимущественно подушевой, то есть они получают фиксированную сумму за каждого прикрепленного к организации застрахованного, плюс существуют многочисленные доплаты за услуги — за профилактические осмотры, посещения по неотложным показаниям и за некоторые диагностические исследования. Оказание медицинской помощи в стационарных условиях оплачивается преимущественно по клинико-статистическим группам (КСГ), то есть организация получает оплату за законченный случай лечения, который дифференцируется по стоимости в зависимости от принадлежности к определенной группе диагнозов, а также в зависимости от объема и сложности медицинских вмешательств[1].

Анализ ценности системы ОМС для здравоохранения РФ

Деятельность любой системы здравоохранения оценивается по результатам — по **улучшению здоровья** населения, по объективным показателям качества и доступности медицинской помощи, а также на основании **мнения пациентов**. Эти показатели, в свою очередь, определяются требуемым объемом государственного финансирования здравоохранения и эффективностью управления. И это понятно, поскольку от объемов финансирования зависят показатели обеспеченности врачами, стационарными койками, доступность для населения бесплатных лекарственных средств, диагностических исследований. А эффективное управление позволяет распределить имеющиеся ресурсы на приоритетные направления.

Система ОМС была предложена в РФ в 1990 г. и реально стартовала с 1993 г. как дополнение к существовавшей тогда в РФ чисто бюджетной модели финансирования здравоохранения. Те, кто стоял у ее основания, объяснили это необходимостью увеличения объемов финансирования здравоохранения. Правда, почему для этого надо было вводить такой достаточно сложный и новый для РФ инструмент управления государственными средствами — **непонятно**, ведь хорошо известно, что система ОМС **сложнее** структурно и более

[1] Правда, в РФ научно обоснованных расчетов таких тарифов не производилось.

затратна по сравнению с бюджетной моделью[1]. Увеличения финансирования здравоохранения РФ можно было бы добиться и другими способами, например, предусмотреть дополнительный **целевой налог** на здравоохранение в рамках действующей системы бюджетного финансирования. Скорее всего, это была дань активно реализуемым тогда на территории страны и не всегда продуманным реформам, в том числе инициированным Всемирным банком. Например, им же было предложено ввести институт семейного врача и упразднить педиатрическую службу. Но здесь наши педиатры во главе с выдающимися представителями, акад. РАН А.А. Барановым и профессором Л.М. Рошалем, смогли отстоять это достижение советского здравоохранения. Так или иначе, сегодня система ОМС в РФ состоялась в описанном выше виде и выполняет перечисленные функции.

Рассмотрим, как повлияло введение системы ОМС на ожидаемую продолжительность жизни при рождении (ОПЖ) и финансирование государственной системы здравоохранения. С 1990 по 2005 г. ОПЖ снизилась на **3,8 года**. Государственные расходы с 1991 по 2000 г. в постоянных ценах (1991 — 100%) снизились **на 40%** и далее до 2005 г. выросли до уровня 1991 г.[2], то есть введение системы ОМС **никак не сказалось** ни на результатах оказания медицинской помощи, ни на объемах ее финансирования. Следует отметить, что с 2005 г. началось существенное увеличение государственных расходов на здравоохранение, но не за счет средств системы ОМС, а в результате увеличения расходов федерального бюджета на реализацию Национального проекта «Здравоохранение», а с 2011 г. — на программу модернизации здравоохранения регионов РФ. Так, с 2005 по 2018 г. государственное финансирование здравоохранения возросло **в 1,5 раза** в постоянных ценах (2005 г. — 100%). Таким образом, именно в результате увеличения государственного финансирования здравоохранения и целевого управления этими средствами в рамках названных проектов в РФ начала снижаться смертность и, как следствие, увеличиваться ОПЖ (см. раздел 1.1).

Что касается удовлетворенности населения деятельностью системы здравоохранения, то доступные и сопоставимые данные имеются с 2014 по 2017 г. Согласно данным ВЦИОМ и «Левада-центра», в 2017 г. только **9%** населения было полностью удовлетворено системой здравоохранения, тогда как в 2014 г. таких было около **22%**[3]. Объективные показатели качества медицинской помощи, принятые в развитых странах, в РФ на постоянной основе в динамике не измеряются (см. раздел 5.10). Однако показатель внутрибольничной летальности, который можно проследить с 1990 по 2018 г., увеличился **в 1,7 раза** (с 1,13 до 1,90). Что касается сроков ожидания медицинской помощи, то они в принципе не могут зависеть от наличия или отсутствия системы ОМС, поскольку определяются другими показателями, а именно установленными

[1] Administrative spending in OECD health care systems: Where is the fat and can it be trimmed? // Tackling Wasteful Spending on Health. January 2017. P. 229–264. https://www.researchgate.net/publication/312344599

[2] Улумбекова Г.Э. Здравоохранение России. Что надо делать: научное обоснование «Стратегии развития здравоохранения РФ до 2020 г.». –– М.: ГЭОТАР-Медиа, 2010. — С. 88.

[3] https://56orb.ru/news/society/18-12-2017/lish-9-rossiyan-polnostyu-dovolny-meduslugami

в ПГГ нормативами объемов медицинской помощи, имеющимися мощностями системы здравоохранения (обеспеченностью кадрами, стационарными койками и их производительностью), правильной организацией труда. Таким образом, влияние системы ОМС на удовлетворенность населения определить **невозможно**, а имеющиеся объективные показатели КМП в период с 1990 по 2017 г. **ухудшились**.

Авторы исследования НИУ ВШЭ также пишут о том, что введение системы ОМС повысило эффективность здравоохранения за счет структурной перестройки здравоохранения, подразумевая под этим сокращение коечного фонда в круглосуточных стационарах, увеличение оборота койки и развитие стационарозамещающих видов медицинской помощи. Так, с 1990 по 2018 г. обеспеченность коечным фондом действительно **сократилась в 1,8 раза** (с 129,2 до 71,2 койки на 10 тыс. населения), оборот койки с 2000 по 2017 г. **увеличился в 1,4 раза** (с 20,3 до 28,7). Оставляя без обсуждения используемый авторами термин «структурная эффективность» (такой не бывает, а бывает улучшение результатов за счет изменения структуры и организации медицинской помощи), поясним, что эти результаты **не связаны** с наличием системы ОМС. Сокращение объемов стационарной и увеличение стационарозамещающих видов медицинской помощи были обусловлены соответствующим изменением **плановых показателей ПГГ**, что, в свою очередь, стало возможным с появлением новых медицинских технологий, например, лекарственных средств, позволяющих проводить терапию в условиях на дому или дневного стационара. Таким образом, система ОМС и в этом случае не могла повлиять на эти процессы.

Следует также отметить, что **сокращение** коечного фонда в РФ, которое **не сопровождается** одновременным увеличением доступности первичного звена здравоохранения (то есть увеличением числа медицинских кадров и качества их работы), **опасно,** поскольку снижает доступность медицинской помощи и вызывает недовольство населения. Именно это и произошло в рамках «оптимизации» здравоохранения с 2013 по 2017 г., которая была установлена в «дорожных картах» (распоряжение Правительства РФ от 28.12.2012 № 2599-р). Кстати, принятие правительством этого постановления было основано на исследованиях, сделанных теми же авторами из НИУ ВШЭ[1]. Они предложили в целях изыскания дополнительных средств на увеличение оплаты труда медицинских работников (которое было предусмотрено майским указом Президента РФ от 2012 г.) сократить якобы избыточный стационарный коечный фонд, уменьшить объемы скорой медицинской помощи, наращивать платные медицинские услуги в государственных медицинских организациях (разделы 5.2, 5.3 монографии «Здравоохранение России. Что надо делать»[2]). В результате этой непродуманной реформы с 2012 по 2017 г. на фоне **увеличения** числа больных людей и **неувеличения** объемов первичной

[1] Оптимизация государственных расходов и привлечение негосударственных источников финансирования в сфере здравоохранения / Экспертная группа № 7. — М.: НИУ ВШЭ, 2013.

[2] Улумбекова Г.Э. Здравоохранение России. Что надо делать. — 2-е изд. — М.: ГЭОТАР-Медиа, 2015. — 704 с.

медико-санитарной помощи обеспеченность стационарным коечным фондом в РФ сократилась **на 14%** (с 84,0 до 71,8 на 10 тыс. населения), как следствие, сократились объемы этого вида медицинской помощи **на 13%** (с 21,0 до 18,3 госпитализации на 100 человек). Следует отметить, что обеспеченность коечным фондом в РФ сегодня достигла критического уровня и ниже, чем в таких странах, как Германия, Австрия, Венгрия, Чехия. При этом потребность в стационарных койках в РФ выше, чем в этих странах, поскольку наши граждане **менее здоровы** и население проживает **менее плотно**.

А вместо проведения этой «оптимизации» нужно было просто **обосновать** дополнительные объемы финансирования для повышения оплаты труда медицинских работников и поэтапно **приводить** инфраструктуру системы здравоохранения в соответствие с современными технологиями оказания медицинской помощи, просчитанными потребностями населения в ее объемах и фактической транспортной доступностью медицинских организаций. При этом при расчетах пропускной способности системы здравоохранения надо было учесть научно обоснованные нормативы труда медицинских работников (не более 48 рабочих часов в неделю) и использования коечного фонда (не более 310 дней в год). Все названные меры могут быть реализованы и при модели ОМС, и при бюджетной модели финансирования здравоохранения.

Следует отметить, что некоторые другие аргументы, приведенные авторами исследования НИУ ВШЭ, в пользу системы ОМС **некорректны**. Например, авторы ссылаются на то, что в Республике Беларусь число посещений амбулаторно-поликлинических учреждений в расчете на одного человека в год выше, чем в РФ, и связано это с тем, что у них сегодня бюджетная модель финансирования, а у нас — ОМС. Какая разница, сколько у них посещений, если в 2017 г. в Республике Беларусь ОПЖ была **на 1,6 года выше**, чем в РФ (соответственно 74,3 и 72,7 года), при этом подушевые государственные расходы на здравоохранение были **на 20% ниже** (соответственно 260 и 330 $ США), чем в РФ[1]. То есть деятельность системы здравоохранения Республики Беларусь по факту гораздо **эффективнее**, чем в РФ.

Таким образом, наличие системы ОМС само по себе **не повлияло** ни на показатели здоровья населения РФ, ни на удовлетворенность населения, ни на объемы финансирования системы здравоохранения.

Перспективы развития ОМС в РФ

Рассмотрим **различные варианты решений** по дальнейшему развитию системы ОМС: 1) ничего не менять, и/или только устранить частные СМО из цепочки доведения денежных средств до медицинских организаций, или 2) полностью перейти на бюджетную модель финансирования здравоохранения, или 3) развивать систему ОМС по направлениям, предложенным НИУ ВШЭ. Для этого сначала ответим на вопросы, без ответа на которые нельзя принимать решения.

[1] По курсу конвертации российского рубля к белорусскому рублю подушевые государственные расходы в Республике Беларусь были на 26% ниже, чем в РФ (соответственно 14,2 и 19,2 тыс. рублей).

1. Отвечает то или иное предложение **интересам** населения? Например, приведет ли оно к улучшению здоровья граждан, повышению доступности и качества медицинской помощи, снижению непроизводительных издержек?
2. Насколько это предложение из ряда других **приоритетно**, то есть позволит ли оно достичь поставленных целей быстрее и с наименьшими затратами?
3. Как отразится рассматриваемое предложение **на настроениях** населения и интересах других заинтересованных сторон?
4. Есть ли **срочность** в принятии данного решения и по каким причинам?

Влияет ли наличие системы ОМС на улучшение результатов деятельности системы здравоохранения? Из проведенного выше анализа ясно, что наличие системы ОМС в РФ не повлияло ни на улучшение показателей здоровья населения, ни на удовлетворенность населения, ни на увеличение финансирования отрасли. При этом система ОМС более затратна и сложна в администрировании по сравнению с бюджетной моделью.

Улучшатся ли показатели здоровья населения, если мы перейдем на бюджетную модель финансирования здравоохранения? Вряд ли, поскольку сам по себе способ сбора и аккумулирования средств не может принципиально повлиять на результаты деятельности системы здравоохранения. Сегодня важно добиваться **не изменения** модели финансирования здравоохранения, а существенного **увеличения** объемов финансирования государственной системы здравоохранения. Так, в 2018 г. в РФ из государственных источников потрачено на здравоохранение **3,2% ВВП**, а в «новых-8» странах ЕС, близких к РФ по уровню экономического развития[1], — **5% ВВП**. Если бы в РФ в 2018 г. на здравоохранение из государственных источников было бы потрачено 5% ВВП, то объем финансирования составил бы **5,2 трлн рублей** (103,9 трлн рублей × 5%, где 103,9 трлн рублей — это ВВП РФ). Соответственно, для достижения уровня финансирования названных «новых» стран ЕС дополнительно необходимо **1,9 трлн рублей ежегодно** (госрасходы на здравоохранение в 2018 г. составили 3,3 трлн рублей). Предусмотренные в Национальном проекте «Здравоохранение» дополнительные средства (на 6 лет 1,73 трлн рублей) важны, но не позволят достичь удовлетворительного уровня финансирования. Более того, при пересчете государственных расходов на здравоохранение до 2024 г. в постоянных ценах (2018 г. — 100%) объем финансирования увеличится только **на 6,5%** и к 2024 г. составит всего **2,9% ВВП** (подробно см. разделы 5.1 и 5.17).

Дополнительные средства должны пойти на следующие приоритетные направления: увеличение **оплаты труда** медицинских работников и привлечение дополнительных кадров в первичное звено здравоохранения (тем самым значительно увеличится доступность первичной медико-санитарной помощи для населения), лекарственное обеспечение **всего** населения в амбулаторных

[1] «Новые-8» страны ЕС: Венгрия, Латвия, Литва, Польша, Словакия, Словения, Чехия, Эстония, которые имеют сопоставимый с РФ ВВП на душу населения в год.

условиях, восстановление **инфекционной службы** (подробно см. раздел 5.3). Потребуется также установить справедливые, научно обоснованные правила распределения объемов финансирования между различными регионами, чтобы полностью устранить существующие различия в объемах гарантированной медицинской помощи; внедрить такие способы оплаты медицинской помощи, которые будут мотивировать исполнителей к снижению непроизводительных издержек и повышению качества медицинской помощи (например, оплата медицинских организаций по фиксированному бюджету с учетом эффективности расходов и КМП); обновить материально-техническую базу здравоохранения (в первую очередь, в центральных районных больницах). Вот это и **есть главные приоритеты, на которых сегодня необходимо сосредоточить управленческие усилия**. А быть или не быть существующей модели финансирования здравоохранения — решение этого вопроса можно отложить до лучших времен. Иначе, увлеченные дискуссиями по этому поводу, мы можем упустить решение более важных задач.

Имеет ли смысл дальше развивать систему ОМС в РФ по сценарию НИУ ВШЭ? Главный аргумент экспертов НИУ ВШЭ состоит в том, что наличие **конкуренции** между СМО, самостоятельное администрирование ими общественных средств, в том числе путем выбора и заключения договорных отношений с медицинскими организациями, позволят повысить эффективность системы здравоохранения. Однако реализация этих положений в условиях хронического **дефицита** средств в системе здравоохранения РФ **просто опасна**. Частные СМО, естественно, руководствуясь своими интересами в получении большей прибыли, будут экономить на оказании медицинской помощи, например, выбирать медицинские организации с минимальными тарифами, уменьшать необходимые объемы медицинской помощи и т.п. Как следствие, предложения НИУ ВШЭ приведут к обратному эффекту — **снижению** доступности и качества медицинской помощи и, как следствие, росту **недовольства** населения. Более того, такая «свобода» частных СМО в управлении общественными средствами потребует значительных усилий по подготовке руководящих кадров для СМО и увеличения расходов государства для усиления контроля над ними.

Важно также отметить, что говорить о конкуренции в здравоохранении РФ, где из **5,7 тыс.** медицинских организаций 1,9 тыс. (**34%**) находятся в сельской местности, **неуместно,** поскольку там вообще не может быть никакой конкуренции. Даже в крупных городах, где расположено большинство частных медицинских организаций, конкуренция между частными и государственными медицинскими организациями может быть только **по отдельным направлениям**. Это связано с тем, что большинство частных медицинских организаций оказывают медицинскую помощь по высокомаржинальным профилям медицинской помощи, таким как диагностические исследования, гинекология, урология, стоматология, косметология и др. Допустим, они будут готовы работать по более низким тарифам (поскольку имеют дополнительный поток частных пациентов) и заключат соглашения со СМО. Но тогда при неувеличивающемся объеме финансирования здравоохранения произойдет

отток средств от государственных медицинских организаций **в пользу** частных организаций. В результате оттока средств государственные учреждения будут **вынуждены сокращать** свои мощности, ставя под угрозу доступность медицинской помощи для населения по тем ее видам и профилям, которые не оказывают частные организации.

Непонятно вообще, ради каких целей надо **ломать** сложившуюся и в большинстве случаев отлаженную систему оказания медицинской помощи **в государственных учреждениях здравоохранения вместо ее совершенствования**. Ведь развитие частных СМО и частных медицинских организаций — **не самоцель** развития системы здравоохранения. Государство должно ставить во главу интересы пациента, а именно доступность и качество медицинской помощи для населения. Например, с этой точки зрения надо создать условия для развития частного бизнеса там, где есть **потребность в дополнительных мощностях**, — это оказание реабилитационных услуг, услуг долговременного ухода, паллиативной помощи.

Вообще, в такой чувствительной отрасли, как здравоохранение, которая касается здоровья и жизни десятков миллионов людей, требуются **здравый консерватизм** и **взвешенные решения**. В этой сложной и дорогостоящей системе, где на формирование инфраструктуры (подготовку кадров и создание материально-технической базы) уходит почти **10 лет** и которая всегда будет сталкиваться с ограничениями в средствах, самая эффективная модель управления — **это государственное планирование, распределение средств и контроль**. Никакая конкуренция не справится с задачей управления такой системой и внесет только **хаос.** Это, правда, не исключает внедрения **отдельных рыночных инструментов управления**, таких, например, как оплата труда в медицинских организациях с учетом результатов деятельности, оплата труда руководителей медицинских организаций с учетом достижения целевых показателей и др.

Что можно усовершенствовать в системе ОМС сегодня, чтобы повысить эффективность? Первое — это избавиться от **13 тыс.** страховых представителей и перенаправить высвободившиеся средства на оплату труда медицинских работников[1]. Институт страховых представителей является **излишней, неэффективной и затратной** надстройкой в системе ОМС. Вопрос ведь не в необходимости дополнительных видов контроля со стороны этих представителей над медицинскими организациями, а в реальном увеличении доступности медицинской помощи путем увеличения обеспеченности медицинскими кадрами, особенно в первичном звене здравоохранения. Второе — надо **устранить норму** по выплате части средств в пользу СМО по итогам контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи. Третье — можно рассмотреть вопрос о поэтапном переходе на способ оплаты медицинских организаций по методу глобального бюджета с учетом показателей объемов и качества медицинской помощи. Особенно это актуально

[1] *Для справки*: на 13 тыс. страховых представителей должно приходиться не менее 10,5 тыс. застрахованных, каждый из которых в среднем по несколько раз обращается в первичное звено.

для учреждений, расположенных в сельской местности и в труднодоступных районах РФ, которые не могут «зарабатывать» в системе ОМС из-за низких объемов помощи и невысоких тарифов. Такой бюджет должен как минимум покрывать расходы на содержание их инфраструктуры.

Что делать со СМО? После того как будут решены более приоритетные вопросы здравоохранения, указанные выше, можно обсудить вопрос об их устранении из цепочки доведения денежных средств до медицинских организаций, поэтапно передавая их функции ТФОМС. Предварительно надо просчитать, насколько это решение будет оправданно с точки зрения экономии средств.

Кто будет недоволен устранением СМО? Надо понимать, что это затрагивает интересы бизнеса, доходы которого от деятельности в системе ОМС сегодня составляют как минимум **25 млрд рублей**. Но если будет доказано, что устранение СМО из системы ОМС сохранит дополнительные средства для оказания бесплатной медицинской помощи, то тогда решение государства должно быть очевидным.

Надо ли дополнить гарантированный объем помощи по ОМС добровольным страхованием? Это означает, что в дополнение к гарантированным государством услугам граждане могут из собственных средств застраховать себя на получение услуг сверх этих гарантий, например, доплатить за более дорогое медицинское изделие или лекарственное средство. Действительно, ДМС является более желательным способом частного финансирования медицинской помощи по сравнению с оплатой непосредственно из кармана пациента (поскольку это более солидарный источник финансирования). Однако в СМО частные средства ДМС **не должны смешиваться** с солидарными средствами ОМС, чтобы не происходило перекрестного субсидирования. Также для осуществления доплат за гарантированную медицинскую помощь потребуется более конкретно (чем это сегодня сделано в ПГГ) определить объемы этой помощи, тогда можно будет разграничить услуги по ОМС и ДМС, и станет понятно, за что будет доплачивать пациент.

В заключение отметим, что сегодня в медицинской науке при публикации статей и выступлениях принято указывать на то, имеет ли автор **конфликт интересов** по излагаемой теме, например, было ли заказано научное исследование фармацевтической компанией. При подготовке данного раздела у автора не было конфликта интересов. Было бы хорошо, если бы сотрудники НИУ ВШЭ также раскрыли, кто был заказчиком подготовленного ими исследования.

ВЫВОД К РАЗДЕЛУ 5.6

- Наличие системы ОМС в РФ **не повлияло** ни на улучшение показателей здоровья населения, ни на удовлетворенность населения качеством и доступностью медицинской помощи, ни на увеличение объемов финансирования здравоохранения. Сегодня, когда в РФ **на повестке дня стоят более при-**

оритетные вопросы (необходимость увеличения государственного финансирования здравоохранения, устранение дефицита медицинских кадров в первичном звене, существенное повышение квалификации всех медицинских кадров, выравнивание регионов РФ по доступности гарантированной медицинской помощи), решение вопроса об изменении механизма финансирования системы здравоохранения **нужно отложить**, иначе это отвлечет управленческие ресурсы от этих более важных вопросов.

- Предложения НИУ ВШЭ по развитию ОМС в направлении развития конкуренции между СМО и медицинскими организациями и по предоставлению «свободы» для СМО в управлении общественными средствами приведут **к снижению** доступности медицинской помощи и росту недовольства населения, соответственно, они **должны быть отклонены**.
- Необходимо принять **корректирующие меры** по деятельности системы ОМС, такие как устранение страховых представителей, исключение заинтересованности СМО в увеличении числа нарушений в медицинских организациях, переход на оплату по методу глобального бюджета, особенно для учреждений, находящихся в сельской местности и труднодоступных районах.
- В основе управления здравоохранением — сложной, чувствительной для населения, дорогостоящей и всегда сталкивающейся с ограничениями в ресурсах системы, должна быть не конкуренция, а научно обоснованное **государственное планирование**, **распределительный механизм**, **здравый консерватизм и только элементы рыночной экономики**.

Таблица 26. Структура и организация деятельности системы ОМС в зарубежных странах

Характеристика	Австрия, Бельгия, Франция, Германия, Люксембург, Нидерланды, Швейцария, Израиль
Среднее число фондов (СМО), участвующих в ОМС	Германия — 355, Бельгия и Швейцария — около 100, остальные — до 20. Общая тенденция — сокращение числа СМО
Статус СМО (коммерческие или некоммерческие организации)	Все СМО — частные некоммерческие организации. Только в Нидерландах и Швейцарии в реализации программ ОМС принимают участие коммерческие СМО, но по установленным федеральным законам, таким же, как и для некоммерческих СМО
Доля застрахованного населения	100%, исключая Германию, где по закону 12% населения, имеющего ФОТ более 3500 евро в месяц, и госслужащие обязаны застраховаться в системе ДМС (деятельность страховых компаний в системе ДМС также жестко регулируется законами)
Возможность выбора населением страховой компании	В большинстве стран есть возможность выбора страховой компании
Размер взносов	От 7,4 до 15,0% ФОТ с разделением между работником и работодателем (всегда). В ряде стран есть дополнительные индивидуальные взносы работников на страхование (взносы необходимо отличать от соплатежей, которые выплачиваются населением в момент оказания медицинской помощи)

Продолжение табл. 26

Характеристика	Австрия, Бельгия, Франция, Германия, Люксембург, Нидерланды, Швейцария, Израиль
Наличие верхней планки ФОТ и возможность выхода из системы ОМС	Верхняя планка ФОТ, с которой не начисляются взносы, есть только в Германии и Нидерландах, но это компенсируется другими социальными налогами с богатых. В Германии и Нидерландах можно покинуть систему ОМС и застраховаться в ДМС, но часть взносов этих граждан остается в системе ОМС
Кто оплачивает страхование пенсионерам и детям	Взнос с пенсионеров меньше, или равен взносу работающих, или частично субсидируется пенсионным фондом. Страхование детям покрывается за счет страхования самого работника. За безработных взносы, как правило, оплачивает фонд занятости
Доля финансирования бесплатной медицинской помощи за счет бюджета	Существенная — не менее 30–40%. Эти средства направляются в виде субсидий напрямую фондам или поставщикам медицинских услуг (преимущественно за стационарную помощь или на инвестиционные расходы)
Кто собирает взносы	Сами фонды, или их объединения, или специальные подконтрольные государству организации. В Нидерландах — налоговая служба
Как рассчитываются страховые взносы	Без учета рисков развития заболевания и возраста
Как выравниваются риски	По специальной формуле путем перераспределения средств (Германия, Франция) или путем направления в единый централизованный фонд (Бельгия, Люксембург, Нидерланды)
Что учитывается в формулах выравнивания	Пол, возраст, трудовой статус, регион проживания, доходы, смертность в регионе
Что покрывают программы ОМС	Все виды медицинской помощи по перечням услуг и ЛС (могут быть негативные перечни, то есть перечисляют то, что не гарантировано). В большинстве стран не покрываются только косметические услуги, частично услуги стоматолога и приобретение ЛС вне установленного перечня ЛС
Как осуществляется взаимодействие с поставщиками медицинских услуг	Поставщики медицинских услуг в большинстве случаев не находятся в собственности СМО (исключение — США). Только несколько медицинских страховых организаций в Израиле и Швейцарии работают по принципам сетевых (то есть имеют собственные клиники). Все поставщики медицинских услуг имеют право принимать участие в реализации услуг по программам ОМС. Ранее контракты носили преимущественно коллективный характер, то есть заключались с ассоциациями и объединениями поставщиков. Современная тенденция — заключение селективных (индивидуальных) контрактов (разрешены в Германии и Нидерландах). В Германии, Франции и Израиле цены на медицинские услуги согласовываются между СМО и поставщиками (но в рамках общих ограниченных бюджетов или предельных тарифов)
Что предусматривают контракты с поставщиками	Объемы услуг и их стоимость. Для больниц — по ДСГ с учетом длительности госпитализации различных случаев. Для поликлиник — по перечню услуг и с элементами подушевого финансирования. Устанавливаются лимиты общих бюджетов

Окончание табл. 26

Характеристика	Австрия, Бельгия, Франция, Германия, Люксембург, Нидерланды, Швейцария, Израиль
Роль федерального уровня власти	Регулирует: ■ обязательность страхования всех граждан; ■ обязанность СМО застраховать любого обратившегося; ■ возможность конкуренции между СМО; ■ предельные ставки (тарифы) страховых взносов и порядок их исчисления; ■ порядок сбора взносов; ■ систему выравнивания финансовых рисков между разными СМО; ■ объем и виды помощи, которые покрывают пакет гарантий; ■ требования к поставщикам медицинских услуг; ■ требования к контрактам между СМО и поставщиками услуг (коллективные или селективные); ■ предельные тарифы и способы оплаты медицинской помощи; ■ размеры соплатежей застрахованных; ■ наличие направлений от врачей первичного звена на более высокоспециализированные уровни помощи
Роль региональных и местных органов управления здравоохранением	Оплата услуг по долговременному уходу и организация системы общественного здоровья, софинансирование (совместно с федеральным уровнем) больничной помощи и инвестиционных расходов
Выбор пациентом поставщиков, наличие системы направлений	Направление врачами первичного контакта к врачам-специалистам обязательно только в Нидерландах. Общая тенденция — введение направлений и постоянное прикрепление к врачам первичного контакта
Долгосрочное планирование развития инфраструктуры	Не входит в функции ОМС, может осуществляться с их участием региональными и местными органами управления здравоохранением
Участие в программах по общественному здоровью (профилактика и раннее выявление заболеваний)	Может осуществляться (администрироваться) СМО на средства региональных и местных органов управления здравоохранением, а также на средства самих СМО (поскольку они заинтересованы в снижении частоты возникновения страховых случаев)
Программы долговременного ухода за инвалидами и престарелыми	Могут оказываться совместно за счет средств ОМС и региональных бюджетов, могут быть в отдельной системе страхования (Нидерланды и Германия)
Контроль за СМО	Ассоциации страховщиков, отделения по работе с ОМС при федеральных министерствах здравоохранения, федеральное управление страховщиков (все имеют право опротестовывать решения СМО)
Тенденции	Усиление требований к качеству услуг, в том числе введение механизма государственной аккредитации медицинских организаций (МО). Введение требования обязательного наличия стандартов качества в МО. Введение селективных контрактов между СМО и поставщиками. Конкуренция между СМО всех форм собственности за страхование населения по программам ОМС. Увеличение размеров соплатежей населения. Усиление государственного регулирования ДМС, расширение автономии государственных МО

5.7. ФОРМИРОВАНИЕ У НАСЕЛЕНИЯ РФ ПРИВЕРЖЕННОСТИ К ЗДОРОВОМУ ОБРАЗУ ЖИЗНИ

(соавтор Прохоренко Н.Ф.[1])

Общие положения

В Указе Президента РФ от 07.05.2018 № 204 «О национальных целях и стратегических задачах развития РФ на период до 2024 г.» установлено, что к 2024 г., наряду с ростом ОПЖ **до 78 лет**, должна также вырасти **до 67 лет** продолжительность **здоровой** жизни. Этот целевой показатель установлен в НП «Демография» и реализуется в рамках трех федеральных проектов («Укрепление общественного здоровья», «Спорт — норма жизни» и «Старшее поколение»). В данном разделе рассмотрены два из них — «Укрепление общественного здоровья», «Спорт — норма жизни». Проект «Старшее поколение» представлен в разделе 5.8.

Показатель ожидаемой продолжительности здоровой жизни (HLY — *Healthy Life Years*; DFLE — *Disability-Free Life Expectancy*) позволяет оценить, сколько лет в определенном возрасте (чаще всего при рождении или в возрасте 65 лет) предстоит прожить в здоровом состоянии, то есть без каких-либо серьезных проблем со здоровьем, ограничивающих повседневную жизнедеятельность человека. Показатель рассчитывается Евростатом по методу Салливена на основе данных о смертности и выборочных исследований о доле лиц, испытывающих определенные ограничения в своей повседневной жизни из-за проблем с физическим или психическим здоровьем, заболеванием или инвалидностью (по самооценке). В 1994–2001 гг. источником таких данных являлась Европейская панель обследования домохозяйств (*European Community Household Panel* — ECHP), а с 2003 г. — система статистических данных о доходах и условиях проживания в ЕС (*EU Statistics on Income and Living Conditions* — EU-SILC)[2].

Для продления здоровых, активных лет жизни необходима государственная политика, направленная на создание благоприятных условий для профилактики заболеваний, в том числе на формирование у населения ответственного отношения к собственному здоровью, раннего выявления и эффективного лечения заболеваний. Раздел науки, изучающий воздействие различных факторов на здоровье человека и формирующий рекомендации по сохранению и укреплению здоровья населения, получил название «**общественное здоровье**» (public health), или «социальная гигиена». «Общественное» в данном контексте означает, что большинство мер государственной политики реализуются на массовом — популяционном уровне. Раннее выявление заболеваний, их лечение и реабилитация осуществляются путем оказания

[1] Н.Ф. Прохоренко — кандидат экономических наук, первый проректор ВШОУЗ-КМК, эксперт Центрального штаба Общероссийского народного фронта.

[2] http://www.demoscope.ru/weekly/2011/0487/barom03.php

медицинской помощи в рамках собственно системы **здравоохранения**, и эти меры носят преимущественно **индивидуальный характер**.

Исследования ВШОУЗ-КМК показали, что в РФ здоровье населения (ОПЖ) **на 37%** определяется социально-экономическими факторами (доходами населения), **на 33%** — образом жизни (потребление алкоголя) и **на 30%** — деятельностью здравоохранения (финансирование и эффективное управление) (подробно см. раздел 2.2). В исследованиях ВОЗ также было показано, что в РФ большинство преждевременных смертей (**до 85%**) связано с воздействием высокого артериального давления, высокого уровня **холестерина, табакокурения и чрезмерного потребления алкоголя**[1]. Это подтверждают и российские исследования, в которых установлено, что **около 50%** смертей граждан трудоспособного возраста в РФ напрямую или косвенно связано с избыточным потреблением **алкоголя**[2].

Следует отметить, что за последние годы благодаря инициативам Президента РФ и Правительства РФ достигнуты определенные успехи в формировании у населения РФ здорового образа жизни. Реализация антиалкогольной концепции (утверждена распоряжением Правительства РФ от 30.12.2009 № 2128-р) позволила с 2010 по 2018 г. снизить распространенность потребления алкоголя **на 30%** (с 17,0 до 11,8 л чистого спирта на душу населения среди лиц старше 15 лет). Принятие антитабачного закона (Федерального закона от 23.02.2013 № 15-ФЗ) привело к сокращению доли курящих среди взрослого населения в РФ с 2012 по 2018 г. **на 21%** (с 38 до 30%) (см. раздел 2.4). Принятие норм ГТО, строительство спортивных объектов начиная с 2006 г. привели к тому, что доля занимающихся спортом составила **37%**[3]. В направлении раннего выявления заболеваний Минздравом России с 2013 г. начата программа диспансеризации населения, которая позволила выявить ранее не зарегистрированные случаи заболеваний.

Однако проблема здорового образа жизни, предотвращения и раннего выявления заболеваний остается актуальной для РФ. Так, сегодня доля курящих в РФ составляет 30%, что **в 1,5 раза выше**, чем в «старых» странах ЕС, и **в 2,7 раза выше**, чем в США. Потребление алкоголя среди населения старше 15 лет в РФ **на 22% выше**, чем в «старых» странах ЕС, и **на 33% выше**, чем в США (см. раздел 2.4). Ключевой показатель здоровья населения — ОПЖ в 2018 г. в РФ составила 72,9 года, что **на 4,8 года ниже**, чем в «новых-8» странах ЕС, близких к РФ по уровню экономического развития (Чехия, Венгрия, Эстония, Латвия, Литва, Польша, Словакия и Словения). В структуре смертей в РФ **70%** составляют неинфекционные заболевания (НИЗ) — болезни

---

[1] Доклад о состоянии здравоохранения в мире. Более безопасное будущее: глобальная безопасность в области общественного здравоохранения в XXI в. — Женева: ВОЗ, 2007. — 72 с.

[2] Журнал «Медицинская статистика и оргметодработа в учреждениях здравоохранения». — № 4, 2017. http://xn----7sbbahcmgafaski8a2afibqaixke4dxd.xn--p1ai/publ/obshhestvennoe_zdorove/vlijanie_potreblenija_alkogolja_na_smertnost_trudosposobnogo_naselenija_v_rossii/18-1-0-560.

[3] Национальные проекты: целевые показатели и основные результаты на основе паспортов национальных проектов, утвержденных президиумом Совета при Президенте РФ по стратегическому развитию и национальным проектам 24.12.2018. — М., 2019.

системы кровообращения (46%), новообразования (16%), внешние причины (7%) (см. раздел 1.1). Большинство этих причин предотвратимы при соблюдении ЗОЖ, раннем выявлении и своевременном эффективном лечении.

Формирование государственной политики (стратегии) в направлении охраны здоровья населения — **межведомственная задача**, соответственно, она должна стать зоной ответственности **глав регионов и глав муниципальных** образований. Эту политику (стратегию) необходимо разрабатывать с учетом международного опыта и под руководством специалистов по общественному здоровью. За основу ее формирования должны быть взяты рекомендации ВОЗ, положения федерального проекта «Укрепление общественного здоровья» и разработанная Минздравом России «Стратегия формирования здорового образа жизни населения, профилактики и контроля неинфекционных заболеваний на период до 2025 г.»[1] (Стратегия ЗОЖ).

Далее изложены рекомендации по доработке федерального проекта «Укрепление общественного здоровья», «Спорт — норма жизни» и «Стратегии формирования здорового образа жизни населения, профилактики и контроля неинфекционных заболеваний на период до 2025 года».

Рекомендации по доработке федерального проекта «Укрепление общественного здоровья»

Включение федеральных проектов «Общественное здоровье» и «Спорт — норма жизни» в НП «Демография» принципиально важно для формирования государственной политики в этой сфере, однако цели и задачи, поставленные в этом проекте, **недостаточны** для увеличения к 2024 г. ОПЖ до 78 лет, а ожидаемой продолжительности здоровой жизни — до 67 лет.

В проекте «Укрепление общественного здоровья» представлены одна цель, семь показателей для измерения цели, одна задача и три подзадачи.

Цель — обеспечение к 2024 г. увеличения доли граждан, ведущих здоровый образ жизни. Поставленные в проекте целевые показатели по снижению распространенности табакокурения и потребления алкоголя **недостаточны** для достижения этой цели. Так, по расчетам ВШОУЗ-КМК, для достижения к 2024 г. ОПЖ 78 лет потребуется сократить потребление алкоголя как минимум **на 45%** (подробнее см. раздел 5.1), а в проекте заложено снижение продажи алкогольной продукции **только на 7%** и не заложен показатель потребления алкоголя в расчете на душу населения. Что касается потребления табака, вместо снижения доли курящего взрослого населения как минимум **в 2 раза** в проекте заложено снижение розничной продажи сигарет и папирос на душу населения **только на 20%**, и на данный момент не представлен показатель по снижению доли курящего населения.

Целевой показатель снижения смертности трудоспособного населения, заложенный в проекте, хоть во многом и связан с реализацией программы по общественному здоровью, однако его следовало бы указать в общих целях НП «Здравоохранение».

[1] https://www.gnicpm.ru/strategy_ZOZH

Задача: «Формирование системы мотивации граждан к здоровому образу жизни, включая здоровое питание и отказ от вредных привычек».

Подзадача 1: *«Формирование среды, способствующей ведению гражданами здорового образа жизни, включая здоровое питание (в том числе ликвидацию микронутриентной недостаточности, сокращение потребления соли и сахара), защиту от табачного дыма, снижение потребления алкоголя. Развитие инфраструктуры общественного здоровья, повышение обеспеченности кадрами в сфере общественного здоровья».*

В решении данной задачи акцент сделан на формировании центров общественного здоровья в регионах и реализации программ по здоровому питанию, при этом мер по снижению потребления алкоголя и распространенности табакокурения — **главных проблем** общественного здоровья РФ — крайне недостаточно. Раздел необходимо расширить мерами по **ограничению потребления алкогольной и табачной продукции**, такими как:

- активное и результативное информационное **противодействие** лоббизму производителей алкогольной и табачной продукции, которое противоречит интересам общественного здоровья;
- изменение **ценовой политики** в сфере оборота алкогольной и табачной продукции таким образом, чтобы население отказывалось от приобретения алкогольной и табачной продукции (постоянный рост акцизов, косвенных налогов и сборов всех звеньев оборота алкогольной и табачной продукции, ее продвижения; рост розничных цен должен быть не менее **30%** в год с доведением доли акцизов в цене конечной продукции до **70%**);
- исполнение законодательных **запретов** в отношении пунктов реализации алкогольной и табачной продукции, в том числе на размещение в жилых домах и спальных районах, на совместную реализацию с другими товарами; должна быть отдельная специализированная торговая точка по продаже алкоголя, оборудованная средствами видеофиксации и звукозаписи у кассовых аппаратов. Необходимы запреты на деятельность торговых точек с круглосуточной продажей пива и пивных напитков, рюмочных и им подобных, на реализацию алкоголя в дни национальных праздников и событий по детской и социальной тематике (1 сентября, Последний звонок, День семьи, День детей и др., а также в последующем — в выходные дни 1 раз в месяц). Необходимо также ограничить реализацию алкогольной продукции до временного интервала с 14:00 до 17:00 и ввести запрет на приобретение алкогольной и табачной продукции **до 21 года**.

Подзадача 2: *«Мотивирование граждан к ведению здорового образа жизни посредством проведения информационно-коммуникационной кампании, а также вовлечения граждан и некоммерческих организаций в мероприятия по укреплению общественного здоровья».*

Данный раздел необходимо дополнить не только количественными показателями по проведению массово-коммуникационных кампаний, но и качественными, такими как:

- **осведомленность** населения, сотрудников подразделений медицинских организаций, социальных служб, а также исполнительной и законодательной власти о здоровом образе жизни. При этом оцениваться эта осведомленность должна по полноте и корректности имеющихся у них представлений о факторах риска и доказанных способах уменьшения их негативного влияния;
- **отсутствие мифов** о безвредности потребления алкогольной и табачной продукции, например, пользы небольших доз алкоголя, безвредности тонизирующих слабоалкогольных напитков, суррогатов табака, безвредности пассивного табакокурения и др.

При проведении массовой кампании в СМИ необходимо выполнение следующих требований: использование наиболее эффективных коммуникационных ресурсов онлайн (телевидение, социальные сети, тематические сайты, мессенджеры, популярные мобильные приложения) и офлайн (брендирование городского транспорта, городские видеоэкраны, билборды). Необходимо создать **массированный** (охватывающий все население), **комбинированный** (использующий несколько медиаканалов), **круглосуточный** (частый и многообразный) и **релевантный** (соответствующий целевой группе и каналу воздействия) поток **корректной** (сертифицированной, доказательной) информации. Этот информационный поток должен создавать:

- мотивацию к здоровому образу жизни;
- четко сформированное чувство ответственности за свое здоровье и за здоровье своих близких;
- связь успеха в жизни со здоровьем;
- осуждение неграмотности в этой сфере;
- доказательность в отношении очевидных и неотвратимых негативных последствий при невыполнении рекомендаций;
- отрицательный имидж лиц, следующих вредным привычкам.

Подзадача 3: *«Разработка и внедрение программ укрепления здоровья на рабочем месте (корпоративных программ укрепления здоровья)»*. Для успешной реализации этого важного направления, кроме формирования успешных корпоративных программ по ЗОЖ на производствах, необходимо будет создать сестринские (фельдшерские) здравпункты и врачебные амбулатории (в зависимости от масштаба производства). Для этого потребуется рассчитать потребность в кадрах, материально-техническом обеспечении, необходимые финансовые ресурсы и предусмотреть государственные дотации для работодателей для их организации.

Рекомендации по доработке федерального проекта «Спорт — норма жизни»

В федеральном проекте «Спорт — норма жизни» предусмотрены одна **цель** — «доведение к 2024 г. **до 55%** доли граждан, систематически занимаю-

щихся физической культурой и спортом» и одна **задача** — «создание для всех категорий и групп населения условий для занятий физической культурой и спортом, массовым спортом, в том числе повышение уровня обеспеченности населения объектами спорта и подготовка спортивного резерва». Задача будет реализована через **семь основных** направлений, таких как мотивация населения через СМИ, активизация спортивно-массовой работы на всех уровнях и в корпоративной среде, в том числе вовлечение в подготовку и выполнение нормативов Всероссийского физкультурно-спортивного комплекса «Готов к труду и обороне» (ГТО), строительство физкультурно-оздоровительных центров и комплексов, строительство пяти крытых катков и 22 футбольных манежей, закупка оборудования для спортивных школ и подготовка спортивного резерва.

В отношении мер по созданию условий для **занятий повседневной физической активностью** в данном проекте необходимо дополнительно:

- при проведении информационной работы предусмотреть **расширенное толкование** физической активности, подразумевающее под этим не только физкультуру и спорт, но и ходьбу, работу по дому, в саду, на огороде, плавание, езду на велосипеде, самокате, активные игры, то есть все формы периодической социально позитивной активности, требующие повышенных затрат энергии по сравнению с обычным состоянием покоя;
- расширить требования к **рекреационным нормативам** градостроения и внегородского зонирования; предусмотреть строительство и создание соответствующей инфраструктуры с обязательным наличием протяженных и непрерывных зеленых зон с искусственными водными объектами, а также пешеходными и велосипедными дорожками, соединяющими жилые районы, микрорайоны, пригородные зоны, культурно-развлекательные и торгово-промышленные объекты друг с другом и другими объектами инфраструктуры повышенного спроса населения;
- обеспечить достаточное количество и качество **дворовых тренажеров** и плоскостных спортивно-физкультурных сооружений (площадки, секторы, локальные зоны) с информацией об их размещении, правилах использования, рекомендуемых комплексах упражнений, технике безопасности и контактных данных ответственных за техническое состояние и эксплуатацию объекта.

Только этими последовательными системными мерами, без исключения и отказа от уже принятых и реализованных в РФ мер, можно произвести требуемый эффект по увеличению ОПЖ и увеличению здоровых лет жизни.

Рекомендации по доработке «Стратегии формирования здорового образа жизни населения, профилактики и контроля неинфекционных заболеваний на период до 2025 г.»

Названная Стратегия ЗОЖ актуальна для РФ, основана на рекомендациях ВОЗ и должна быть взята за основу при формировании государственной

политики в данном направлении. Документ представлен на **36 страницах** и состоит из **пяти разделов**: 1) «Общие положения»; 2) «Современное состояние и нерешенные проблемы в сфере формирования здорового образа жизни населения, профилактики и контроля неинфекционных заболеваний»; 3) «Цели, стратегические направления и задачи Стратегии»; 4) «Механизмы решения задач»; 5) «Показатели для мониторинга реализации Стратегии».

Раздел «Общие положения». Данный раздел надо изложить в следующей редакции (во избежание повторов в других разделах): цель разработки Стратегии ЗОЖ, предназначение и ее содержание, определение ключевых понятий, международные и отечественные руководящие документы по данному вопросу.

Раздел «Современное состояние и нерешенные проблемы в сфере формирования здорового образа жизни населения, профилактики и контроля неинфекционных заболеваний». Данный раздел необходимо изложить в следующей последовательности.

- Представить перечень неинфекционных заболеваний (НИЗ).
- Представить сравнение стандартизованных показателей смертности от НИЗ в сравнении с «новыми» и «старыми» странами ЕС за последний имеющийся год в разрезе пола и возрастных групп населения.
- Сравнить смертность от НИЗ по субъектам РФ.
- Сравнить особенности смерти от НИЗ на дому и в стационаре.
- Описать факторы, влияющие на высокие показатели смертности от НИЗ в РФ (образ жизни, деятельность здравоохранения, социально-экономические условия, факторы окружающей среды).
- Сделать выводы и расставить приоритеты.

Раздел «Цели, стратегические направления и задачи Стратегии». Цель должна быть сформулирована конкретно, а не общими словами. **Снижение смертности** от таких-то НИЗ на столько-то. Вместо цели в Стратегии ЗОЖ перечислены средства достижения цели (например, «*создание единой среды профилактического обитания*»).

Далее должны быть изложены приоритеты, то есть на каких заболеваниях и среди каких групп населения необходимо сделать акцент. Этими приоритетами должны стать сохранение здоровья российских мужчин трудоспособного возраста, здоровья российских детей и подростков, потому что именно у этих категорий населения наблюдаются огромные отличия в показателях здоровья по сравнению с развитыми странами (см. главу 1). В целях снижения заболеваемости от неинфекционных заболеваний необходимо сделать акцент на популяционных мерах, то есть направленных на все население РФ, а именно на существенном снижении распространенности потребления алкоголя и табакокурения среди населения, а также на раннем выявлении и вторичной профилактике заболеваний.

Задачи желательно разбить на два блока.

I. **Межведомственные программы по борьбе с факторами риска НИЗ на уровне Правительства РФ и правительств регионов РФ**. Это зона ответственности глав регионов и глав муниципальных образований. Задачи в этом блоке можно разбить, в свою очередь, по трем направ-

лениям: на повышающие информированность населения, на ограничивающие влияние фактора риска на население и на обеспечивающие условия для снижения влияния этих факторов риска.

II. **Программы, реализуемые в системе здравоохранения**. Это зона ответственности министерств здравоохранения (федерального и региональных).

В рамках каждого блока необходимо описать перечень задач, ответственных исполнителей, необходимую нормативную базу и требуемые ресурсы для реализации.

Требуют уточнения некоторые положения Стратегии ЗОЖ. Например, указано, что в результате раннего выявления и лекарственного обеспечения НИЗ через определенный срок произойдет снижение расходов в системе здравоохранения. Ни в одной стране, где активно реализованы указанные программы, такого не произошло. Это связано с тем, что вновь выявленные пациенты требуют дальнейшего лечения и наблюдения, также продлеваются годы их жизни, как следствие, появляются новые болезни, требующие лечения. Именно поэтому расходы на здравоохранение однозначно придется увеличивать.

Раздел «Механизмы решения задач». Рекомендуется этот раздел описать по основным блокам и по каждой из задач, иначе информация воспринимается несвязно.

Раздел «Показатели для мониторинга реализации Стратегии». Целевые показатели смертности необходимо обосновать, почему именно должно произойти снижение распространенности **на 25%** всех НИЗ за 7 лет. Каждый показатель заболеваемости и смертности должен быть разбит по отдельным НИЗ и соответствующим возрастам. Снижение потребления алкоголя с 2018 к 2024 г. только **на 10%** и доли курящего населения только **на 23%** для мужчин и **на 12%** у женщин — слишком **мало** и никак не повлияет на распространенность НИЗ среди населения. Эти задачи должны быть поставлены более амбициозно, а именно: к 2025 г. добиться снижения потребления алкоголя **на 40%**, а распространенности табакокурения — **в 2 раза**.

Стратегию необходимо дополнить разделами **«Международный опыт** развития государственной политики по формированию здорового образа жизни населения, профилактики и контроля неинфекционных заболеваний», «Расчет необходимых ресурсов» и «Оценка экономической эффективности».

В ВШОУЗ-КМК также разработана анкета для оценки приверженности населения к ЗОЖ, она представлена в разделе 5.16.

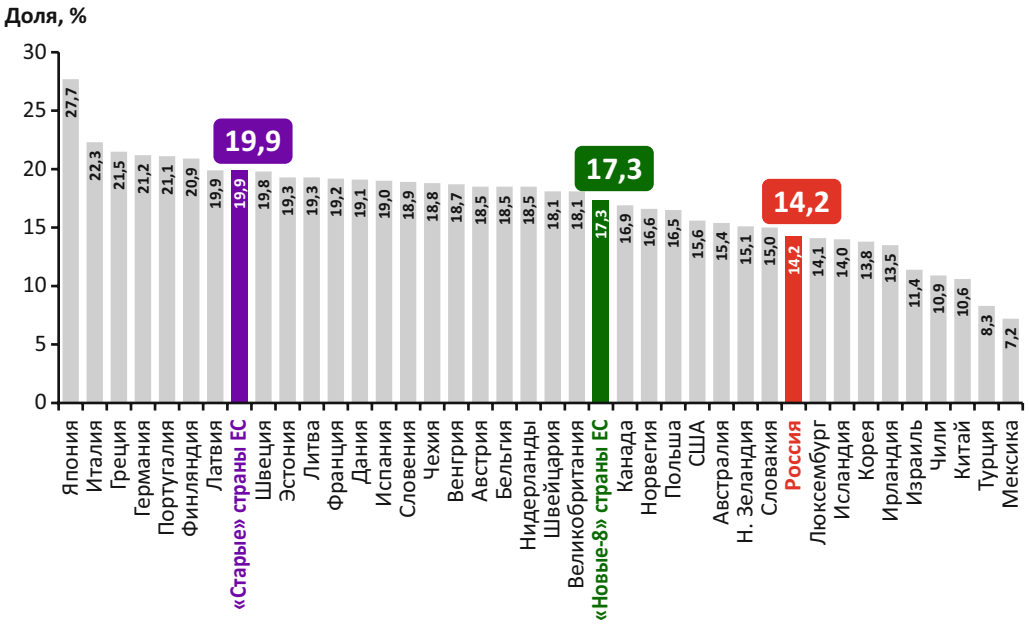
5.8. РАЗВИТИЕ ФЕДЕРАЛЬНОГО ПРОЕКТА «СТАРШЕЕ ПОКОЛЕНИЕ»

Общие положения, цели и задачи проекта

Федеральный проект **«Старшее поколение»** (разработка и реализация программы системной поддержки и повышения качества жизни граждан

старшего поколения) входит в состав Национального проекта **«Демография»**, который включает еще **четыре проекта**: *«Финансовая поддержка семей при рождении детей»*, *«Содействие занятости женщин — создание условий дошкольного образования для детей в возрасте до 3 лет»*, по формированию системы мотивации граждан к здоровому образу жизни — *«Укрепление общественного здоровья»*, по созданию для всех категорий и групп населения условий для занятия физкультурой и спортом — *«Спорт — норма жизни»*. Ответственность за разработку и реализацию федерального проекта «Старшее поколение» несет Министерство труда и социальной защиты РФ совместно с Министерством здравоохранения РФ, в части мониторинга показателей — с Росстатом.

Проект «Старшее поколение» актуален для РФ. В РФ на 01.01.2018 лица старше 65 лет составили **20,9 млн человек**, или 14,2% (рис. 119). По доле населения старше 65 лет РФ приближается к таким странам, как США (15,6%), Польша (16,5%), Норвегия (16,6%). В «новых-8» странах ЕС, близких к РФ по уровню экономического развития, эта доля составляет 17,3%. Доля населения старше 80 лет в РФ составляет **3%** (5,1 млн человек), в «новых-8» странах ЕС — 4%. С ростом ожидаемой продолжительности жизни и снижением темпов рождаемости в РФ доля граждан в возрасте 65 лет и старше будет постоянно расти. По прогнозам Росстата (средний вариант), к 2025 г. их число в РФ составит **40,5 млн человек**.



«Новые-8» страны ЕС включают страны, сопоставимые с РФ по уровню экономического развития (Венгрия, Латвия, Литва, Польша, Словакия, Словения, Чехия, Эстония), по которым были представлены данные, рассчитано через средневзвешенный коэффициент. Источники: Росстат; база данных ОЭСР «OECD.Stat».

Рис. 119. Доля населения старше 65 лет в РФ и странах ОЭСР

Рост числа пожилых и ухудшение их здоровья увеличивают затраты на выплату пенсий, медицинское обеспечение и социальное обслуживание, снижают производительность труда работающих пенсионеров и ставят иные проблемы перед страной и обществом. Так, доля лиц старше трудоспособного возраста в РФ составляет **77%** в общем числе умерших, доля их госпитализаций — **более 35%** в общем числе госпитализаций. В этой связи очень важно максимально повысить качество жизни старшего поколения и продлить их активное (здоровое) долголетие. Определение качества жизни старшего поколения ВОЗ тесно связывают с понятием активного (здорового) старения, что подразумевает процесс достижения оптимального баланса между здоровьем, безопасностью и активным участием в жизни гражданина старше трудоспособного возраста[1].

Цель ФП «Старшее поколение» — **увеличить ожидаемую продолжительность здоровой жизни до 67 лет**, он содержит шесть показателей для измерения достижения цели, одну задачу и четыре подзадачи, которые перечислены ниже.

Показатели для достижения цели с 2017 по 2024 г.

1. Увеличить ОПЖ граждан в возрасте 55 лет **на 2,8 года** (с 24,3 до 27,08 года).
2. Увеличить уровень госпитализации на геронтологические койки лиц старше 60 лет **в 4,2 раза** (с 13,4 до 56,0 на 10 тыс. населения соответствующего возраста).
3. Увеличить охват граждан старше трудоспособного возраста профилактическими осмотрами, включая диспансеризацию, **в 4,2 раза** (с 16,6 до 70%).
4. Увеличить долю лиц старше трудоспособного возраста, у которых выявлены заболевания и патологические состояния, находящихся под диспансерным наблюдением, **в 1,6 раза** (с 49,3 до 80%).
5. Увеличить долю граждан пожилого возраста и инвалидов, проживающих в стационарных организациях социального обслуживания нового типа, от общего числа граждан, проживающих в стационарных организациях социального обслуживания, **до 3,7%**.
6. Увеличить долю граждан предпенсионного возраста, обучающихся по программам профессионального обучения и дополнительного профессионального образования, **в 6 раз** (с 75 до 450 тыс. человек).

Задача проекта «Старшее поколение» — разработка и реализация программы системной поддержки и повышения качества жизни граждан старшего поколения. Проект содержит четыре **подзадачи**, которые приводятся ниже, с целевыми результатами к 2024 г.

1. **Увеличение активного долголетия и продолжительности здоровой жизни.** Эту задачу предложено решать путем:

- проведения дополнительных профилактических прививок гражданам (не менее **95%** граждан из групп риска, проживающих в учреждениях социального обслуживания, должны пройти вакцинацию против пневмококковой инфекции);

[1] ВОЗ: http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/67215/WHO_NMH_NPH_02.8.pdf?sequence=1

- **70%** охвата старшего поколения профилактическими осмотрами (не менее **28 млн человек** старше трудоспособного возраста) и **80%** — диспансерным наблюдением (не менее **25 млн человек** старше трудоспособного возраста);
- создания региональных гериатрических центров и геронтологических отделений (помощь в них получат за 6 лет не менее **746 тыс. граждан**);
- внедрения клинических рекомендаций по лечению наиболее распространенных заболеваний у лиц старшего поколения;
- популяризации мер по системной поддержке старшего поколения в СМИ (не менее 2,5 млн демонстраций рекламно-информационных материалов ежегодно, всего за 6 лет — 3 млн).

2. **Создание системы долговременного ухода за гражданами пожилого возраста и инвалидами.** Эту задачу планируется решить путем поэтапного создания **к 2022 г.** во всех **85 регионах РФ** системы долговременного ухода за пожилыми людьми и инвалидами, включающую сбалансированное социальное обслуживание и медицинскую помощь на дому, в полустационарной и стационарной форме с привлечением патронажной службы, а также по поддержке семейного ухода (общее число получающих помощь в этих субъектах не указано). Указано только, что в **24** пилотных субъектах РФ **16%** граждан, которые нуждаются в услугах долговременного ухода, будут получать их.
3. **Содействие приведению в субъектах РФ организаций социального обслуживания в надлежащее состояние, а также ликвидация очередей в них.** Эту задачу планируется решать путем создания безопасных и комфортных условий предоставления социальных услуг (приближенных к домашним) в учреждениях социального обслуживания, также будет введено в строй **26 объектов** социального обслуживания на **3,8 тыс. мест** и будут привлечены негосударственные организации социального обслуживания к оказанию услуг (всего частных организаций должно быть не менее **19%** в общем числе организаций социального обслуживания).
4. **Организация мероприятий по профессиональному обучению и дополнительному профессиональному образованию лиц предпенсионного возраста.** Эта задача будет решаться путем обучения и дополнительного профессионального образования граждан предпенсионного возраста (всего за 6 лет — **1,5 млн человек**).

Ресурсное обеспечение проекта. Общее финансирование Национального проекта «Демография» на 2019–2024 гг. из всех бюджетных источников составляет **3,1 трлн рублей за 6 лет**. Из них средства федерального бюджета составляют **96%**. На федеральный проект «Старшее поколение» будет потрачено 98,8 млрд рублей, или **3%** общего финансирования национального проекта. По задачам за 6 лет средства будут распределены следующим образом: 1-я задача — **11%** (11 млрд рублей), 2-я задача — **12%** (11,9 млрд рублей), 3-я задача — **45%** (44,8 млрд рублей) и 4-я задача — **31%** (31,1 млрд рублей).

Рекомендации по доработке проекта «Старшее поколение»

В целом федеральный проект «Старшее поколение» охватывает важные направления по продлению активного (здорового) долголетия граждан старше трудоспособного возраста. Однако задачи и результаты, включенные в проект, **недостаточно детализированы** и не позволяют определить, будут ли достигнуты цели проекта.

Рекомендации по целям проекта. Следует добавить принятый в развитых странах показатель ОПЖ для мужчин и женщин в возрасте 65 лет и старше, в том числе указать **на здоровые годы жизни**. По международной методике, здоровые годы жизни у граждан старше 65 лет определяются по ограничению активности и оцениваются через опросы населения. Целевые значения этих показателей представлены в данном разделе в табл. 27.

Рекомендации по задачам проекта. На основании рекомендаций ВОЗ и опыта развитых стран можно сформулировать основные риски для здоровья граждан старшей возрастной группы и предложения по задачам, направленным на нивелирование и предупреждение этих факторов.

Главные **факторы риска**, которым подвержены пожилые люди:

- травматизм;
- прогрессирование неинфекционных заболеваний и инфекции;
- бедность;
- социальная изоляция и дискриминация, нарушения психического здоровья;
- жестокое обращение с пожилыми людьми.

Бремя этих факторов можно в значительной степени сократить или предупредить за счет государственной политики. Приоритетные направления этой политики представлены на рис. 120. Это:

- предупреждение падений и травм;
- увеличение физической активности и отказ от вредных привычек (частично предусмотрено в рамках ФП «Общественное здоровье»);
- создание безопасных условий проживания и передвижения общественным транспортом;
- обеспечение доступности бесплатной медицинской помощи, особенно бесплатных ЛС, первичной медико-санитарной помощи, специализированного лечения при распространенных заболеваниях (лечение катаракты, эндопротезирование коленного и тазобедренного суставов, лечение депрессии, артериальной гипертензии);
- обеспечение услуг по долговременному уходу (частично предусмотрено данным проектом);
- вакцинопрофилактика (предусмотрено данным проектом) и снижение числа инфекционных осложнений в стационарных учреждениях.

Рис. 120. Приоритетные направления политики по продлению активного долголетия

Исходя из этих рекомендаций, в ФП «Старшее поколение» дополнительно необходимо включить такие задачи, как:

1) **профилактика падений**, в том числе мотивация граждан к физической активности, информирование о рисках, выявление групп высокого риска, создание условий для занятий физической активностью, разработка и реализация мультидисциплинарной программы по этому направлению и др.;
2) формирование **безопасных условий** проживания, в городских условиях — это удобные пешеходные переходы, скверы, движение и остановки общественного транспорта, в сельской местности — наличие централизованного отопления, коммунальных удобств, доступности медицинских учреждений, ЛС, продуктов питания;
3) в отношении проведения профилактических осмотров необходимо сконцентрировать внимание на выявлении и последующем увеличении объемов специализированного лечения наиболее **распространенных и инвалидизирующих заболеваний** старшего поколения, таких как катаракта, остеопороз, нарушения подвижности коленного и тазобедренного суставов, перелом шейки бедра, когнитивные расстройства и деменция;
4) в отношении **профилактики бедности** среди граждан старшей возрастной группы необходимо проводить постоянный мониторинг их доходов, который не должен быть ниже обоснованной стоимости потребительской корзины, полностью обеспечить их бесплатными ЛС в амбулаторных условиях без содоплаты, предусмотреть льготы при

использовании общественного транспорта и др. Сегодня доля назначенной пенсии составляет в РФ **35%** средней заработной платы, в развитых странах — более **50%**[1];

5) в отношении задачи по демонстрации рекламно-информационных материалов в СМИ необходимо уточнить **приоритетные темы** и детализировать направления создания таких материалов, например, пропаганда физической активности, профилактика падений, информация о возможностях получения социальных услуг, мотивация населения к бережному отношению к старшему поколению и др.

Рекомендации по ресурсному обеспечению проекта. При постановке задач должны быть определены необходимые для их решения ресурсы — материально-технические, кадровые и финансовые. Так, предложения по созданию гериатрических центров и геронтологических отделений требуют пояснений (для справки: всего проектом предусмотрено **160 тыс.** пролеченных больных в этих центрах к 2024 г., что означает наличие около **10 тыс. коек**[2]). Означает ли это строительство новой инфраструктуры, и за счет каких источников это будет происходить, предусмотрены ли тарифы по оплате помощи в этих центрах и заложены ли дополнительные средства в бюджетах всех уровней на их строительство, оснащение и дальнейшее содержание? Все это требует уточнения. Далее: как будут укомплектованы эти новые структуры **медицинскими кадрами**, заложен ли фонд оплаты труда этих кадров и средства на их подготовку? Сегодня врачей-гериатров в РФ насчитывается всего **200 человек**, а укомплектованность ими составляет **41%** и снизилась с 2010 г. **на 9%**. Где будут найдены дополнительные кадры в ситуации дефицита врачей, например, сегодня только дефицит врачей участковой службы составляет **около 37 тыс. человек** (см. раздел 5.4)? В условиях дефицита государственного финансирования здравоохранения следует рассмотреть возможность не создания новых объектов оказания гериатрической помощи, а **обучения врачей первичного звена** особенностям ведения пациентов старшего поколения.

Рекомендации по доработке важнейшей задачи «Создание системы долговременного ухода за гражданами пожилого возраста и инвалидами» представлены отдельно ниже. Они содержат показатели, задачи и оценку необходимых ресурсов.

Рекомендации по созданию системы долговременного ухода за гражданами пожилого возраста и инвалидами в РФ

Долговременный уход — это относительно новый вид социального риска, связанный со старением населения, потребности в котором растут ежегодно. Услуги по долговременному уходу направлены на граждан, которые в ре-

[1] Данные по РФ — Росстат, по Европе — https://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php?title=File:Average_pension_expenditure_per_beneficiary_for_old-age_pensions,_2015_SP18.png. В РФ средняя заработная плата в 2018 г. составила 37,9 тыс. рублей, средняя пенсия — 13,3 тыс. рублей, что составляет 35%. В Европе средняя заработная плата в 2017 г. — 2350 $ППС, средняя пенсия в 2015 г. — 1250 $ППС, что составляет 53%.

[2] 160 тыс. пациентов ÷ 16 = 10 тыс. коек, где 16 — оптимальный оборот геронтологической койки в году.

зультате старости и/или инвалидности не могут самостоятельно обслуживать себя и выполнять рутинные ежедневные процедуры по самообслуживанию. Эти услуги включают помощь при принятии ванны, перемещении из постели на инвалидное кресло, питании, а также уход, включая элементы реабилитации. Для некоторых категорий граждан он включает такие услуги, как помощь в принятии медикаментов, заполнении счетов, посещении мест, находящихся вне пешей доступности, использовании Интернета. Эти услуги могут оказываться на дому, в учреждениях социального обслуживания, в стационарных учреждениях здравоохранения на специальных койках, в стационарах дневного пребывания в муниципальных образованиях.

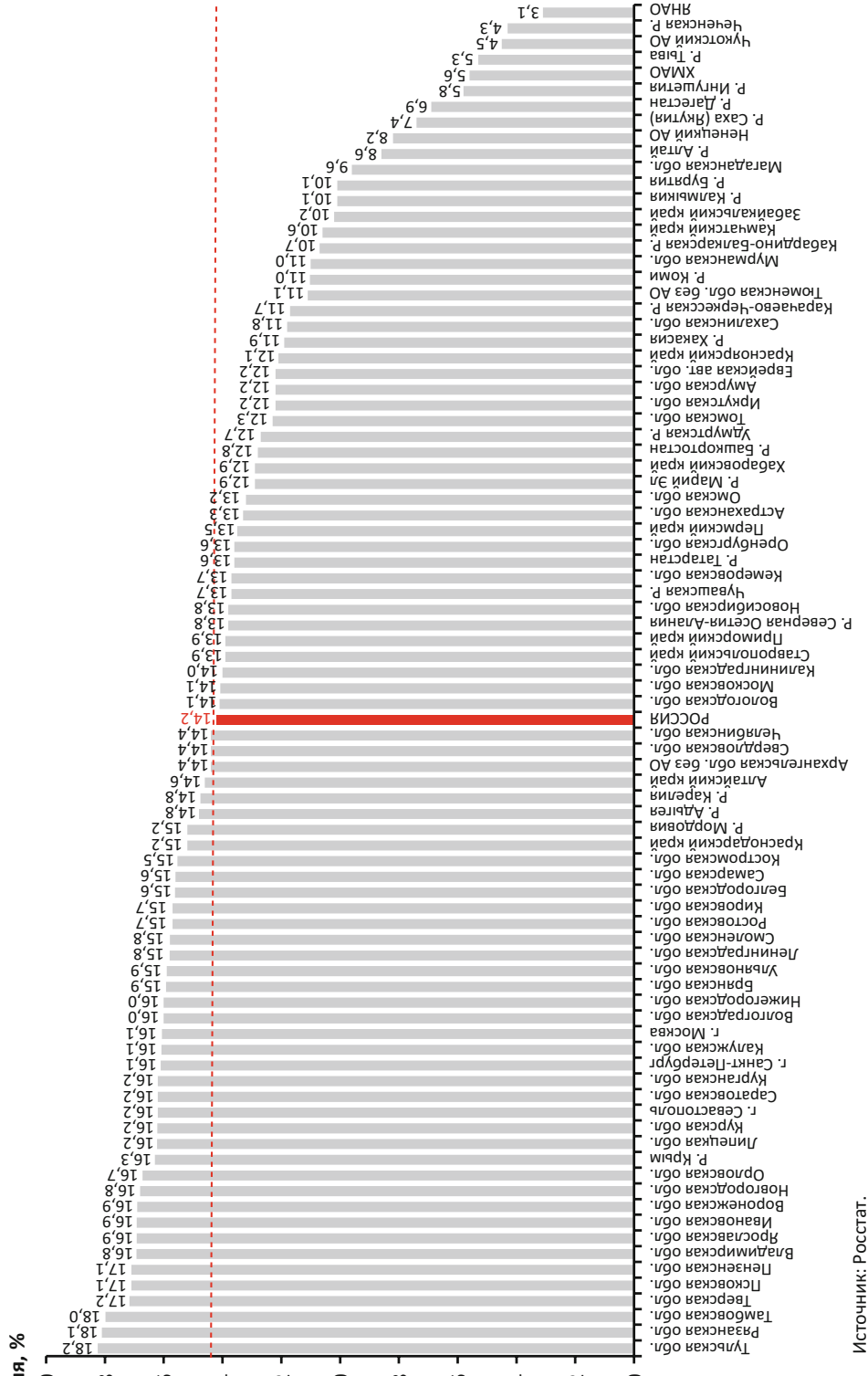
Необходимо разделять услуги по долговременному уходу и оказание медицинской помощи. Долговременный уход направлен **на поддержку самостоятельности жизнеобеспечения пожилых людей**, а медицинская помощь — на коррекцию состояния здоровья. Отсутствие четких разграничений между этими системами в сочетании с неразвитостью системы долговременного ухода может существенно снизить эффективность системы здравоохранения, превращая койки активного лечения в койки длительного ухода.

В «старых» странах ЕС в среднем на систему долговременного ухода расходуется **1,2% ВВП**, в «новых-8» странах ЕС — **0,5% ВВП**, в РФ — около **0,2% ВВП**. Источником финансирования системы в странах ЕС являются средства обязательного социального и/или медицинского страхования, а также расходы бюджетов всех уровней. В настоящее время в странах ЕС около 60% услуг долговременного ухода осуществляется в институциональных (стационарных) условиях. Для эффективного мониторинга системы долговременного ухода необходимо использовать международно принятые показатели.

Международные показатели, характеризующие число и здоровье граждан старшего поколения (14 показателей)

1. Доля населения старше 65 лет. В РФ она составляет **14%**, старше 80 лет — **3%**, более того, с ростом ОПЖ и на фоне снижения темпов рождаемости эта доля будет постоянно расти. В странах ЕС в долговременном уходе нуждаются в среднем **не менее 13%** граждан старше 65 лет. Соответственно, можно определить, сколько таких нуждающихся по РФ в целом — **2,7 млн человек** (20,9 млн × 0,13), где 20,9 млн — число граждан старше 65 лет в РФ.

2. Доля населения старше 65 лет по субъектам РФ. В РФ имеет место существенная разница между регионами по доле населения старше 65 лет — от **3,1%** в Ямало-Ненецком автономном округе до **18,2%** в Тульской области (рис. 121). Эти показатели необходимы для формирования дифференцированной политики по субъектам РФ.

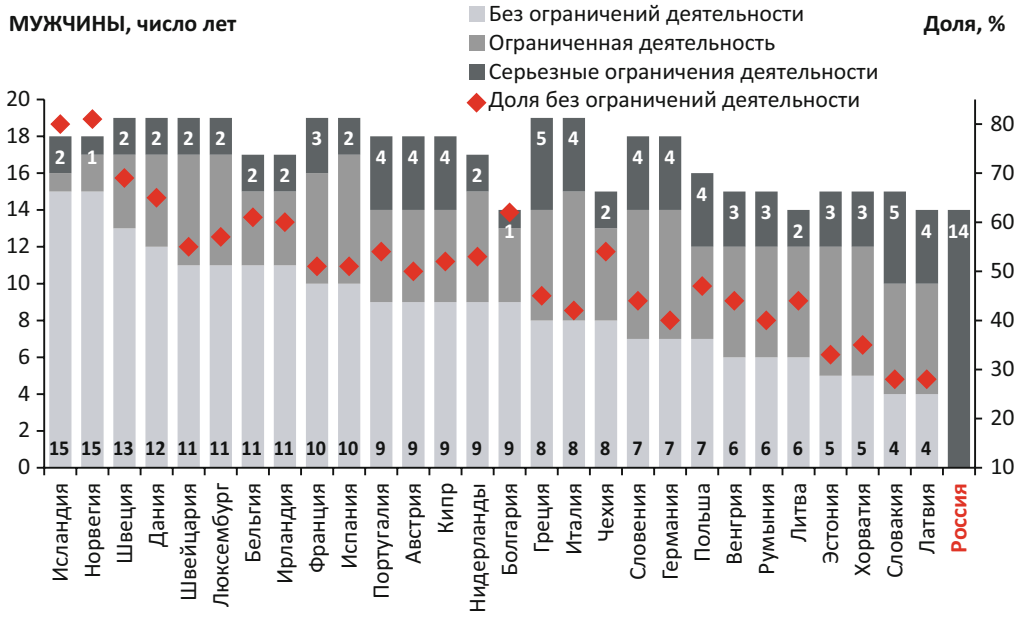


Источник: Росстат.

Рис. 121. Доля населения старше 65 лет по субъектам РФ на 1 января 2018 г.

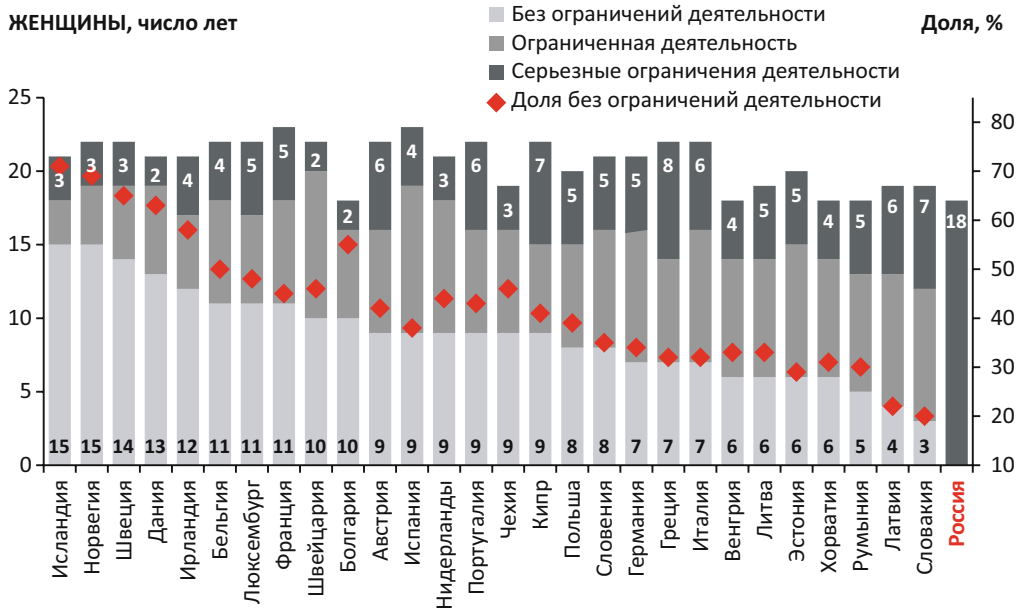
3. Ожидаемая продолжительность жизни, в том числе здоровых лет жизни, в возрасте 65 лет и старше. На рис. 122 и 123 представлена ожидаемая продолжительность жизни (ОПЖ) мужчин и женщин в возрасте 65 лет и старше с разделением по ограничениям деятельности в странах ЕС. По международной методике, для граждан 65 лет число лет здоровой жизни определяется по ограничению деятельности и показателям смертности (в РФ данный показатель в официальной статистике на постоянной основе не рассчитывается).

В РФ в 2017 г. ОПЖ в возрасте 65 лет для мужчин составила **14 лет**, для женщин — **18 лет**. Это самые низкие показатели среди стран ОЭСР. Целевое значение данного показателя к 2024 г. предлагаем установить по его значению, которое сложилось сегодня в Чехии и Польше (см. табл. 27). Соответственно, к 2024 г. ОПЖ у граждан в возрасте 65 лет и старше для мужчин должна увеличиться **с 14 до 16 лет** (в том числе здоровые годы жизни — достигнуть **8 лет**), для женщин — увеличиться **с 18 до 20 лет** (в том числе здоровые годы жизни — достигнуть **9 лет**).



Источник: Challenges in long-term care of the elderly in Central and Eastern Europe (2016).
По России нет данных по ограничениям деятельности. Общая ОПЖ в данном возрасте — расчет ВШОУЗ-КМК.

Рис. 122. Ожидаемая продолжительность жизни мужчин в возрасте 65 лет с учетом ограничения деятельности



Источник: Challenges in long-term care of the elderly in Central and Eastern Europe (2016).
По России нет данных по ограничениям деятельности. Общая ОПЖ в данном возрасте — расчет ВШОУЗ-КМК.

Рис. 123. Ожидаемая продолжительность жизни у женщин в возрасте 65 лет с учетом ограничения деятельности

Таблица 27. Базовые демографические и экономические показатели по некоторым странам[1]

Показатель	Чехия	Польша	Россия
Численность населения (2017), млн чел.	10,6	38,0	146,8
Доля населения старше 65 лет (2017)	18,8%	16,5%	14,2%
Доля населения старше 80 лет (2015)	3,9%	3,8%	3,4%
ОПЖ, число лет (2015/2017) мужчины женщины	 75,8 81,7	 73,6 81,7	 67,5 77,6
Разница между ОПЖ женщин и мужчин, число лет (2015/2017)	5,9	8,1	10,1
Ожидаемые годы здоровой жизни при рождении, число лет (2016)[1] мужчины женщины	 67,0 71,6	 65,4 71,7	 59,1 67,5
ОПЖ в возрасте 65 лет, число лет (2013/2017) мужчины женщины	 15,7 19,3	 15,5 19,9	 13,7[2] 17,9[2]

[1] Challenges in long-term care of the elderly in Central and Eastern Europe. Kenichi Hirose, Zofia Czepulis-Rutkowska. — International Labour Organization and Country Office for Central and Eastern Europe. — Budapest, 2016. — 37 p.

OECD.StatExtracts Database, WHO Database.

Окончание табл. 27

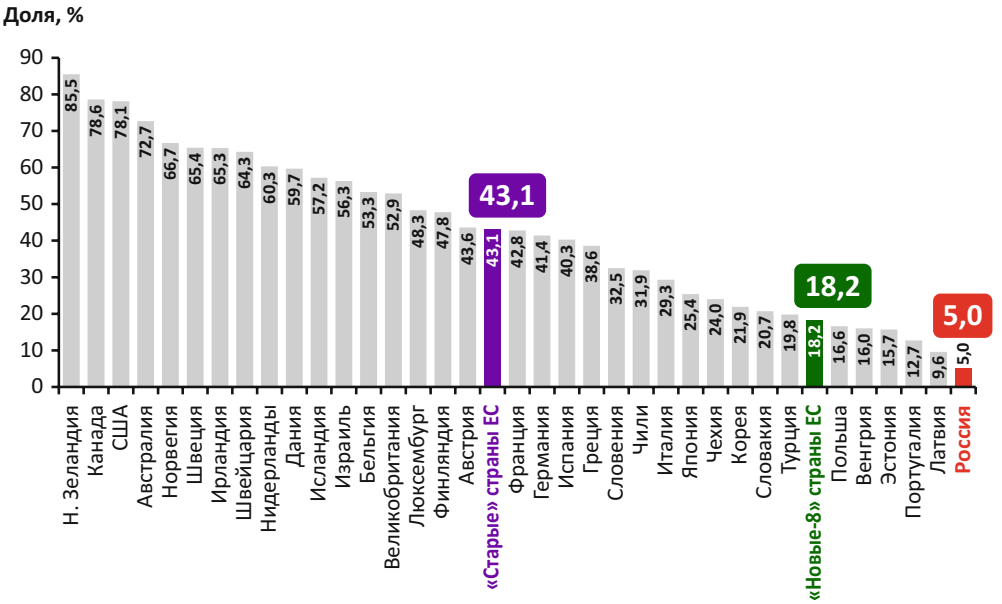
Показатель	Чехия	Польша	Россия
Ожидаемые годы здоровой жизни в возрасте 65 лет, число лет (2013) мужчины женщины	 8,5 8,9	 7,2 7,8	 — —
ВВП на душу населения, тыс. $ППС (2017)	36,9	29,0	25,5
Расходы на услуги долговременного ухода, доля в ВВП (2013)	0,7%	0,8%	0,2%
Расходы на услуги долговременного ухода, доля в ВВП (2050)	1,4%	1,7%	—

[1] Евростат (ВОЗ).
[2] Расчет ВШОУЗ-КМК.

4. Оценка собственного здоровья гражданами старше 65 лет. По опросам, проводимым НИУ ВШЭ[1], в РФ доля граждан старше 65 лет, оценивающих свое здоровье как хорошее или очень хорошее, составляет **всего 5%** (рис. 124). Рекомендуем использовать этот показатель для измерения целей проекта и установить его целевое значение к 2024 г. по уровню «новых-8» стран ЕС сегодня — **18%**. Необходим также мониторинг потребностей пациентов в возрасте 60 лет и старше в медицинской социальной помощи путем организации анкетирования, которое смогло бы выявить их потребности, удовлетворенность оказанной помощью, образ жизни. При этом опросы должны проводиться во всех субъектах РФ по единой методике.

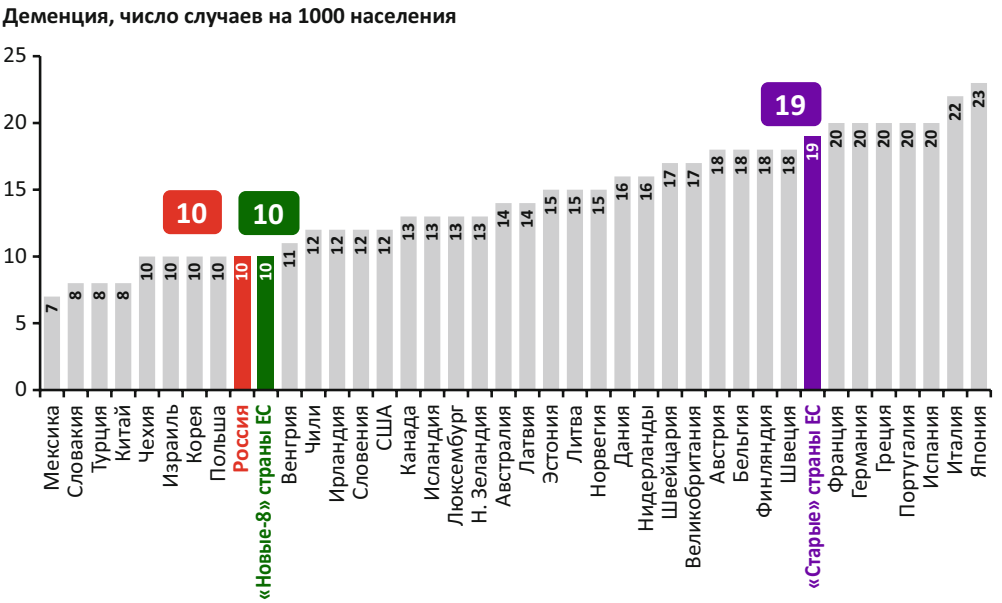
5. Распространенность деменции (по данным ОЭСР[2]) в РФ составляет 10 случаев на 1000 населения. Этот показатель на уровне «новых-8» стран ЕС (рис. 125).

[1] По данным ВШЭ, 2010: https://www.hse.ru/pubs/share/direct/document/67675423
[2] Health at a Glance 2017: OECD Indicators // OECD Publishing. — Paris. — 220 p. — Электронный доступ: http://dx.doi.org/10.1787/health_glance-2017-en



«Новые» страны ЕС включают страны, сопоставимые с РФ по уровню экономического развития (Венгрия, Латвия, Литва, Польша, Словакия, Словения, Чехия, Эстония), по которым были представлены данные, рассчитано через средневзвешенный коэффициент. Данные по Н.Зеландии, Канаде, США и Австралии — приблизительные (ОЭСР). Источники: РФ — опросы; Health at a Glance, 2017.

Рис. 124. Доля населения старше 65 лет, оценивающего свое здоровье как очень хорошее и хорошее

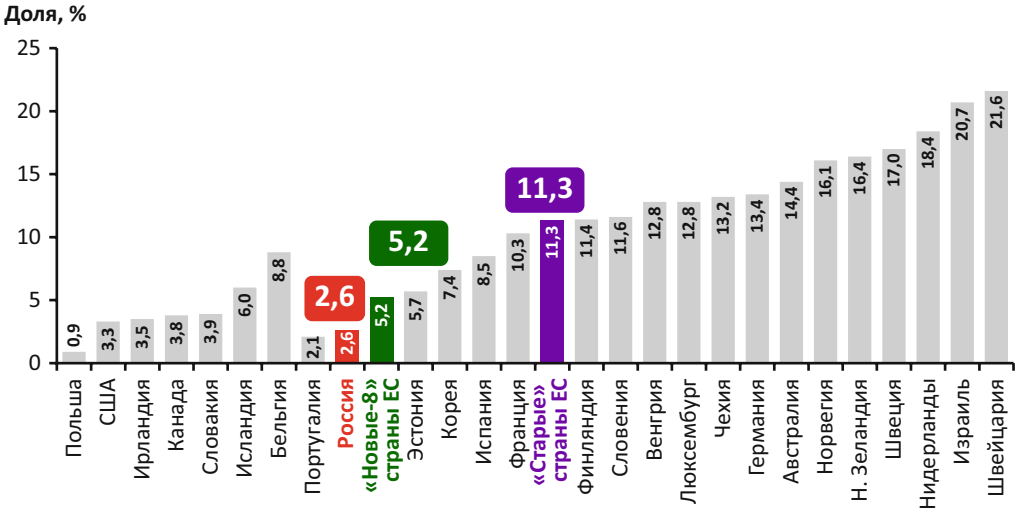


«Новые» страны ЕС включают страны, сопоставимые с РФ по уровню экономического развития (Венгрия, Латвия, Литва, Польша, Словакия, Словения, Чехия, Эстония), по которым были представлены данные, рассчитано через средневзвешенный коэффициент. Источник: Health at a Glance, 2017.

Рис. 125. Распространенность деменции в РФ и странах ОЭСР

Показатели, характеризующие объемы и ресурсное обеспечение системы долговременного ухода

6. Доля граждан старше 65 лет, получающих долговременный уход, в данной возрастной категории. В РФ данный показатель на постоянной основе не измеряется. Расчет для РФ сделан как сумма числа граждан, получающих помощь в учреждениях социального ухода и на койках длительного ухода в системе здравоохранения. В социальных учреждениях проживают всего (пожилых взрослых и инвалидов) **253 тыс. человек**, на койках системы здравоохранения в год может быть обслужено не менее **290 тыс. человек**[1] при условии, что оптимальный оборот этих коек в среднем составляет 10 раз. Всего граждан старше 65 лет в РФ — **20 867 тыс. человек**. Соответственно, доля тех, кто может получить долговременный уход в учреждениях социальной службы и в системе здравоохранения, составляет **543 тыс. человек** в год, или **2,6%** всех граждан в этом возрасте (543 тыс. ÷ 20,9 млн). Это **в 2 раза ниже**, чем доля граждан, которые получают эту помощь в «новых-8» странах ЕС, — **5%** (рис. 126). Напомним, что число нуждающихся в долговременном уходе в РФ как минимум оценивается в **2,7 млн человек**.



«Новые» страны ЕС включают страны, сопоставимые с РФ по уровню экономического развития (Венгрия, Латвия, Литва, Польша, Словакия, Словения, Чехия, Эстония), по которым были представлены данные, рассчитано через средневзвешенный коэффициент. Данные в Польше, США, Ирландии, Канаде, Словакии, Исландии, Бельгии включают только стационары. Источник: Health at a Glance, 2017; РФ — расчет ВШОУЗ-КМК.

Рис. 126. Доля граждан старше 65 лет, получающих долговременный уход, в данной возрастной категории

[1] В 2017 г. в России (сборник ЦНИИОИЗ Минздрава России «Ресурсы и деятельность медицинских организаций здравоохранения. Коечный фонд») геронтологических коек — 1880, сестринских — 16 144, паллиативных — 11 132, то есть всего 29,2 тыс. коек длительного ухода. При условии, что оптимальный оборот этих коек в среднем составляет 10 раз, в год на них может быть обслужено около 290 тыс. человек.

Дополнительно необходимо на постоянной основе проводить мониторинг ресурсной обеспеченности по профилю «гериатрия», мониторинг деятельности гериатрических центров и отделений, а также учет всех участников оказания медицинской помощи лицам в возрасте 60 лет и старше, в том числе специалистов, оказывающих ПМСП. Действующие сегодня формы федерального статистического наблюдения не содержат сведений о количестве услуг, оказанных пациентам в возрасте старше 60 лет в амбулаторных условиях, в разрезе врачебных специальностей, а также о числе госпитализаций и обращений в скорую помощь пациентов в возрасте 60 лет и старше, а также о количестве медицинских сотрудников, получивших дополнительное образование по вопросам помощи пациентам в возрасте старше 60 лет.

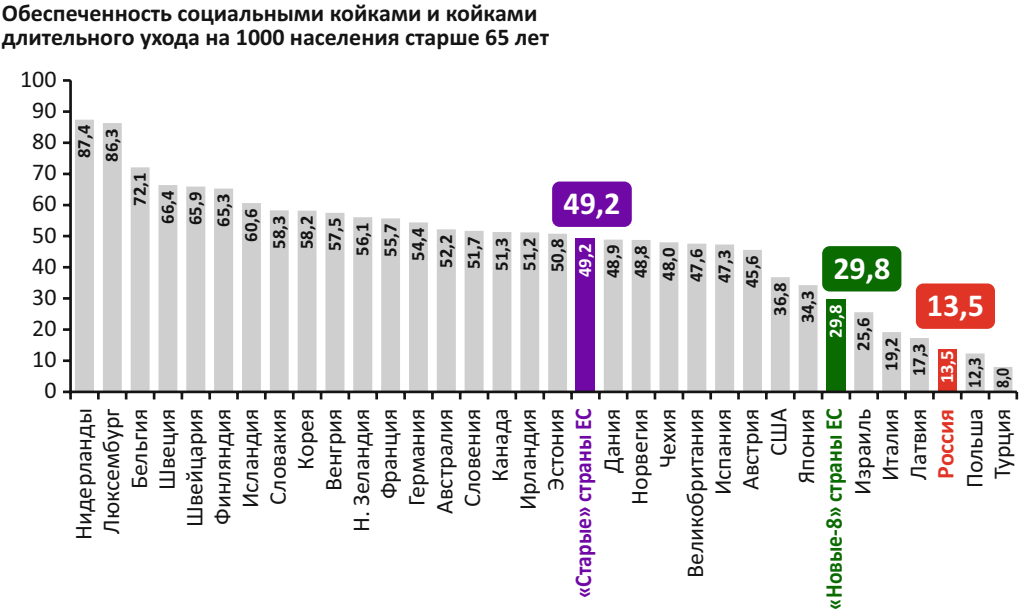
7. Потребность в услугах долговременного ухода в зависимости от возраста: 0–64 года, 65–79 лет и старше 80 лет. Этот показатель необходим для прогнозирования объема услуг. В РФ данный показатель не измеряется. По данным ОЭСР, в «новых» странах ЕС (Чехии, Венгрии, Словении и Эстонии) в среднем доля лиц, которым необходим долговременный уход в возрасте старше 80 лет, составляет **40%**.

8. Доля граждан 65 лет и старше, получающих услуги долговременного ухода на дому, среди всех, кто получает услуги долговременного ухода. В РФ этот показатель не измеряется. В «старых» странах ЕС его значение в 2015 г. составило **67%**, в «новых-8» странах ЕС — **72%**. Оказание долговременного ухода на дому считается более эффективным способом по сравнению с оказанием этой помощи в стационарных условиях.

9. Обеспеченность койками длительного ухода в системе здравоохранения и в учреждениях социального ухода на 1000 населения старше 65 лет. Койки длительного ухода в РФ в 2017 г. включали: геронтологические — 1880, сестринские — 16 144, паллиативные — 11 132[1]. Койки в системе социального обслуживания составили в 2016 г. 253 тыс. ИТОГО — 282 156 (253 000 + 29 156). Соответственно, обеспеченность данными койками в расчете на лиц старше 65 лет составила **13,5** (282 156 × 1000 ÷ 20 867 263), где 20 867 263 — численность населения старше 65 лет на 01.01.2018. Это один из самых низких показателей в странах ОЭСР (рис. 127).

10. Доля граждан 50 лет и старше, вовлеченных в оказание неформальных услуг по долговременному уходу. В РФ данный показатель не измеряется. По данным ОЭСР, показатель подразделяется на две категории: на лиц, оказывающих долговременный уход ежедневно и еженедельно. В «новых» странах ЕС доля граждан 50 лет и старше, вовлеченных в оказание неформальных услуг по долговременному уходу, составила среди тех, кто оказывает их ежедневно, — **8%**, а еженедельно — **5%**. Соответственно, всего доля граждан 50 лет и старше, вовлеченных в оказание неформальных услуг по долговременному уходу, в «новых-8» странах ЕС составила **13%**.

[1] Сборник ЦНИИОИЗ Минздрава России «Ресурсы и деятельность медицинских организаций здравоохранения. Коечный фонд (число и обеспеченность населения койками различных специальностей)», 2018.



«Новые» страны ЕС включают страны, сопоставимые с РФ по уровню экономического развития (Венгрия, Латвия, Литва, Польша, Словакия, Словения, Чехия, Эстония), по которым были представлены данные, рассчитано через средневзвешенный коэффициент.
Источники: ЦНИИОИЗ Минздрава России (расчет ВШОУЗ-КМК); Health at a Glance, 2017.

Рис. 127. Обеспеченность койками длительного ухода в системе здравоохранения и в учреждениях социального ухода среди населения старше 65 лет

11. Доля женщин среди граждан 50 лет и старше, вовлеченных в оказание неформальных услуг по долговременному уходу ежедневно. В РФ данный показатель не измеряется. В «новых-8» странах ЕС доля женщин среди граждан 50 лет и старше, вовлеченных в оказание неформальных услуг по долговременному уходу, составила **64,5%**.

12. Обеспеченность работниками системы долговременного ухода в расчете на 100 человек старше 65 лет (рис. 128). В РФ готового аналогичного показателя нет. Но можно сделать приблизительные расчеты. По данным Росстата[1], число работников сферы предоставления социальных услуг составляет **608,1 тыс. человек**. Численность населения старше 65 лет на 01.01.2018. — 20,9 млн человек. Соответственно, обеспеченность работниками социальной службы на 100 человек старше 65 лет составляет около **2,9 работника** (хотя следует учесть, что не все эти работники вовлечены в оказание помощи гражданам старшей возрастной группы). Этот показатель — на уровне «новых-8» стран ЕС.

[1] Сборник Росстата «Здравоохранение России 2017».

«Новые» страны ЕС включают страны, сопоставимые с РФ по уровню экономического развития (Венгрия, Латвия, Литва, Польша, Словакия, Словения, Чехия, Эстония), по которым были представлены данные, рассчитано через средневзвешенный коэффициент. Данные по России включают всех работников сферы предоставления социальных услуг. Источники: Росстат (расчет ВШОУЗ-КМК); Health at a Glance, 2017.

Рис. 128. Обеспеченность работниками системы долговременного ухода в расчете на 100 человек старше 65 лет

13. Доля в ВВП государственных расходов (государство и/или обязательное страхование) на услуги долговременного ухода (система здравоохранения и социальная служба). В РФ данный показатель не измеряется. Расчеты ВШОУЗ-КМК показали, что в 2017 г. эти расходы составили **около 213 млрд рублей**, что составляет **0,23% ВВП** (ВВП РФ в 2017 г. составил 92 трлн рублей). Они сложились из расходов системы здравоохранения на оказание услуг на паллиативных, геронтологических и сестринских койках (0,8 млрд рублей)[1], а также из расходов на все социальные услуги по данному направлению[2]

[1] Койки длительного ухода в РФ включают: геронтологические — 1880, сестринские — 16 144, паллиативные — 11 132, то есть всего 29,2 тыс. коек длительного ухода. Оборот койки паллиативной — 15,4, то есть за год пролечено 171,4 тыс. пациентов (11 132 × 15,4). Оборот геронтологических коек — 20,1, то есть за год пролечено 37,8 тыс. пациентов (1880 × 20,1). Оборот коек сестринского ухода — 12,9, то есть за год пролечено 208,3 тыс. пациентов (16 144 × 12,9), то есть всего на койках длительного ухода в 2017 г. было пролечено 417,5 тыс. пациентов (171,4 + 37,8 + 208,3). Согласно ПГГ на 2018 г., норматив финансовых затрат на один койко-день в медицинских организациях (их структурных подразделениях), оказывающих паллиативную медицинскую помощь в стационарных условиях (включая хосписы и больницы сестринского ухода), за счет средств соответствующих бюджетов — 1 929,9 рубля, то есть расходы на услуги длительного ухода за счет средств системы здравоохранения составили 0,8 млрд рублей (417,5 тыс. × 1 929,9 рублей).

[2] Расходы на дома-интернаты (пансионаты), в том числе детские, для престарелых и инвалидов, ветеранов войны и труда, милосердия; специальные дома-интернаты, в том числе для престарелых; психоневрологические интернаты, в том числе детские; специальные дома для одиноких престарелых; социально-оздоровительные центры; геронтологические центры; геронтопсихиатрические центры; иные организации, осуществляющие стационарное социальное обслуживание.

(211,9 млрд рублей)[1]. В «новых-8» странах ЕС данный показатель составляет в среднем **0,5% ВВП**, в «старых» странах ЕС — **1,2% ВВП** (рис. 129). Если экстраполировать данные «новых-8» стран ЕС на Россию, то расходы на долговременный уход должны составлять около 640 млрд рублей, то есть **в 3 раза больше**, чем сегодня.

14. Структура государственных расходов на оказание услуг долговременного ухода с учетом способов предоставления услуг: на дому, в стационарных условиях, другое (рис. 130). В РФ данный показатель не измеряется. Видно, что пока большая часть услуг в «старых» странах ЕС оказывается в стационарных условиях, в «новых-8» странах ЕС — на дому.

Дополнительные задачи по развитию системы долговременного ухода

В ФП «Старшее поколение» правильно обозначена необходимость создания системы долговременного ухода в РФ. Однако результаты этой задачи сводятся к организации пилотных проектов в субъектах РФ, другие меры по организации этой системы не приводятся. Вместе с тем решение этой важнейшей задачи требует реализации конкретных мер **на федеральном уровне**, а не на уровне субъектов РФ, как это предложено в проекте. При подготовке проекта необходимо заранее определить потребности, объемы и источники финансирования системы долговременного ухода.

---

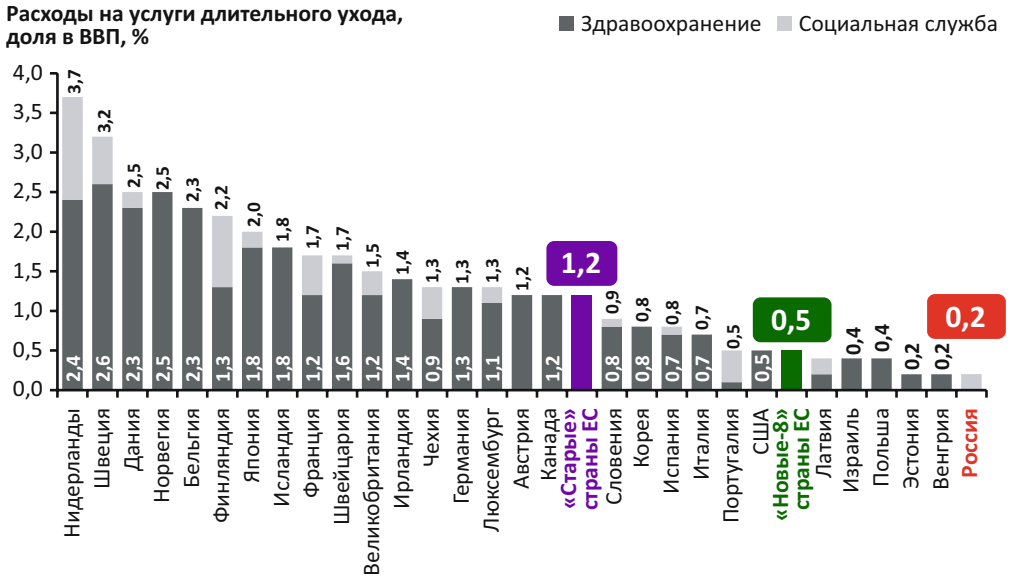
[1] Расходы на социальные услуги складываются из расходов граждан и государства (федерального и консолидированных бюджетов).

Расходы граждан. С 2015 г. вступил в силу Федеральный закон от 28.12.2013 № 442-ФЗ, по которому источниками финансового обеспечения социального обслуживания являются: средства бюджетов бюджетной системы РФ; благотворительные взносы и пожертвования; средства получателей социальных услуг при предоставлении социальных услуг за плату или частичную плату; доходы от предпринимательской и иной приносящей доход деятельности, осуществляемой организациями социального обслуживания, а также иные, не запрещенные законом источники [Федеральный закон от 28.12.2013 № 442-ФЗ «Об основах социального обслуживания граждан в Российской Федерации» (в редакции от 07.03.2018), ст. 30]. Размер ежемесячной платы за предоставление социальных услуг в стационарной форме социального обслуживания рассчитывается на основе тарифов на социальные услуги, но не может превышать 75% среднедушевого дохода получателя социальных услуг, то есть своей пенсии. Среднемесячная пенсия в 2017 г. была 13,7 тыс. рублей. По Росстату, коек социального обслуживания — 253 тыс., то есть доплата пенсионеров составила **3,5 млрд рублей** (253 тыс. × 13,7 тыс.).

Расходы федерального бюджета, согласно отчету об исполнении федерального бюджета [форма 0507011 «Распределение бюджетных ассигнований по разделам, подразделам, целевым статьям», строка «Финансовое обеспечение выполнения функций федеральных государственных органов, оказания услуг и выполнения работ (предоставление субсидий бюджетным, автономным учреждениям и иным некоммерческим организациям) (Рз 10, Пр 02, ВР 600)», статья «Социальное обслуживание населения» (включая ремонт, транспорт, оборудование)], составили **0,4 млрд рублей.**

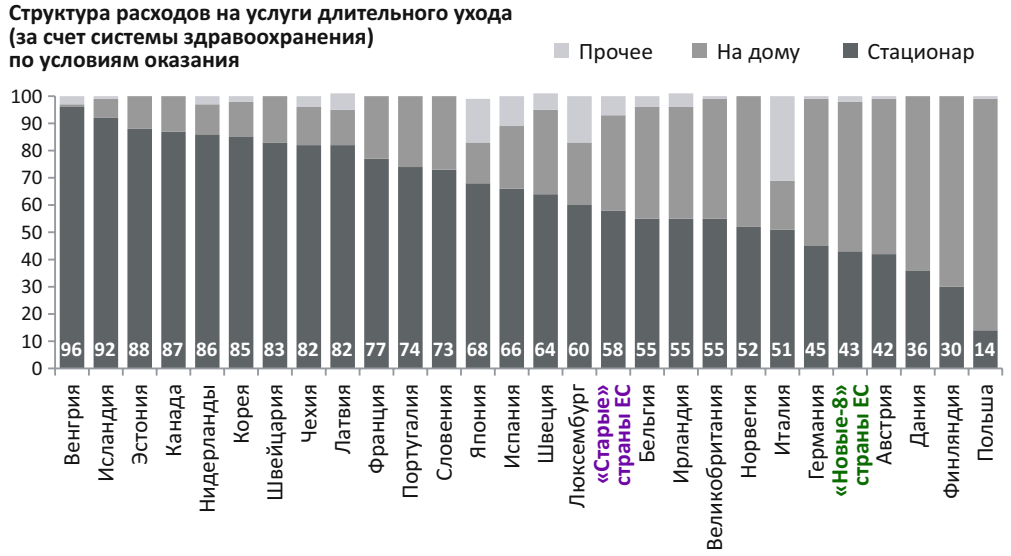
Расходы консолидированных бюджетов РФ, согласно отчету об исполнении консолидированного бюджета субъекта РФ [форма 0503317 «Отчет об исполнении консолидированного бюджета субъекта РФ и бюджета территориального государственного внебюджетного фонда», строка «Предоставление субсидий бюджетным, автономным учреждениям и иным некоммерческим организациям (Рз 10, Пр 02, ВР 600)», статья «Социальное обслуживание населения» (включая ремонт, транспорт, оборудование)], составили **208 млрд рублей**.

Итого расходы в системе социальных услуг — 211,9 млрд рублей (3,5 + 0,4 + 208,0).



«Новые» страны ЕС включают страны, сопоставимые с РФ по уровню экономического развития (Венгрия, Латвия, Литва, Польша, Словакия, Словения, Чехия, Эстония), по которым были представлены данные, рассчитано через средневзвешенный коэффициент. Источник: Health at a Glance, 2017.
По РФ — расчет ВШОУЗ-КМК (согласно отчетам об исполнении федерального бюджета и консолидированного бюджета субъекта РФ).

Рис. 129. Доля государственных расходов (государство и/или обязательное страхование) на услуги долговременного ухода (система здравоохранения и социальная служба) в ВВП



«Новые» страны ЕС включают страны, сопоставимые с РФ по уровню экономического развития (Венгрия, Латвия, Литва, Польша, Словакия, Словения, Чехия, Эстония), по которым были представлены данные, рассчитано через средневзвешенный коэффициент. Источник: Health at a Glance, 2017.

Рис. 130. Государственные расходы на оказание долговременного ухода с учетом способов предоставления услуг

Потребности в долговременном уходе. Для РФ, как показано ранее, — это может быть примерно **2,7 млн пациентов**. Сегодня получить услуги долговременного ухода могут 253 тыс. человек — в учреждениях социального обслуживания и 290 тыс. — на койках долговременного ухода в системе здравоохранения, то есть **543 тыс. человек**. В проекте потребность населения в оказании услуг долговременного ухода не определена, указано только, что **16%** из числа нуждающихся в долговременном уходе получат их в учреждениях нового типа.

Источники, объем и механизмы финансирования. В проекте на систему долговременного ухода заложено **11,9 млрд рублей на 6 лет**. С учетом того, что сегодня в РФ на эту систему тратится около 213 млрд рублей (0,23% ВВП), что **в 3 раза меньше**, чем в Польше и Чехии (0,8 и 0,7% ВВП соответственно), то заложенных средств явно **недостаточно**. Необходимо также определить тарифы, по которым будут оплачиваться услуги, объем личных содоплат, механизмы оплаты услуг, например, это может быть оплата поставщиков услуг напрямую или предоставление денежных сертификатов самим потребителям услуг.

Виды услуг. Потребуется разработать классификацию услуг, определить, кто и как будет определять потребности в этих услугах, механизмы допуска на рынок и контроля за качеством работы поставщиков услуг долговременного ухода, особенно в свете участия негосударственных поставщиков.

Кадры. Необходимо определить механизмы подготовки и повышения квалификации кадров для осуществления долговременного ухода, в том числе разработать программы обучения, подготовить учебно-методическую литературу, определить объем оплаты труда этих работников. Необходимо определить компенсации неформальным поставщикам услуг по долговременному уходу (близкие и друзья, осуществляющие уход на дому), а также предусмотреть возможности их обучения и консультирования, формализации статуса как специалиста по уходу, а также организации гибкого графика занятости.

Система управления. Важным моментом является разграничение зон ответственности и порядка взаимодействия социальной службы и системы здравоохранения. Необходимо предусмотреть создание системы оперативного и стратегического управления проектом, включая подготовку единой базы данных о пациентах, разработать нормативное регулирование, провести разграничения ответственности федеральных, региональных и муниципальных органов власти. Потребуется внедрить систему мониторинга предложенных показателей, анализа положительного и отрицательного опыта регионов и регулярного обсуждения результатов.

Предложения по развитию ФП «Старшее поколение», предложенные на совещании Отделения медицинских наук РАН от 07.06.2018 (под руководством академика РАН Чехонина В.П.)

1. **Мероприятия в области санаторно-курортного лечения, оздоровления и медицинской реабилитации (автор — академик РАН Разумов А.Н.[1]):**

- внести изменения в Федеральный закон № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан РФ» в отношении разработки стандартов и порядка оказания медицинской помощи по санаторно-курортному лечению и медицинской реабилитации пациентов после оказания им специализированной, в том числе высокотехнологичной, медицинской помощи;
- обеспечить нормативно-правовое регулирование и увеличить доступность санаторно-курортного лечения и медицинской реабилитации за счет государственных средств, включая оздоровление лиц, работающих во вредных условиях, беременных и детей, граждан, находящихся в группах риска развития распространенных социально значимых заболеваний;
- провести оценку природного и рекреационного потенциала санаторно-курортного комплекса РФ;
- разработать научно обоснованные инновационные восстановительные и здоровьесберегающие технологии на основе персонализированной, предиктивной, превентивной и партнерской медицины.

2. **Предложения по профилактике и лечению патологии зрения (автор — член-корреспондент РАН Тахчиди Х.П.[2]).**

Современный человек до 90% информации получает через зрение. Слепота и слабовидение делают пожилого человека физически и психологически беспомощным. Он лишен возможности свободно двигаться, подвержен высокому риску травматизма, не может читать, писать, смотреть телевизор, общаться в социальных сетях. Если учесть, что это происходит на фоне естественного физиологического старения организма со всеми вытекающими последствиями, то для пожилого человека мир в буквальном смысле гаснет.

Более половины проблем слепоты и слабовидения в пожилом возрасте связано **со старческой катарактой**. Общее количество больных катарактой (общая заболеваемость) по РФ в 2017 г. составила **2 млн человек** старше трудоспособного возраста. На 100 тыс. населения соответствующего возраста в РФ приходится 5600 пациентов с катарактой[3]. Современные микрохирургические

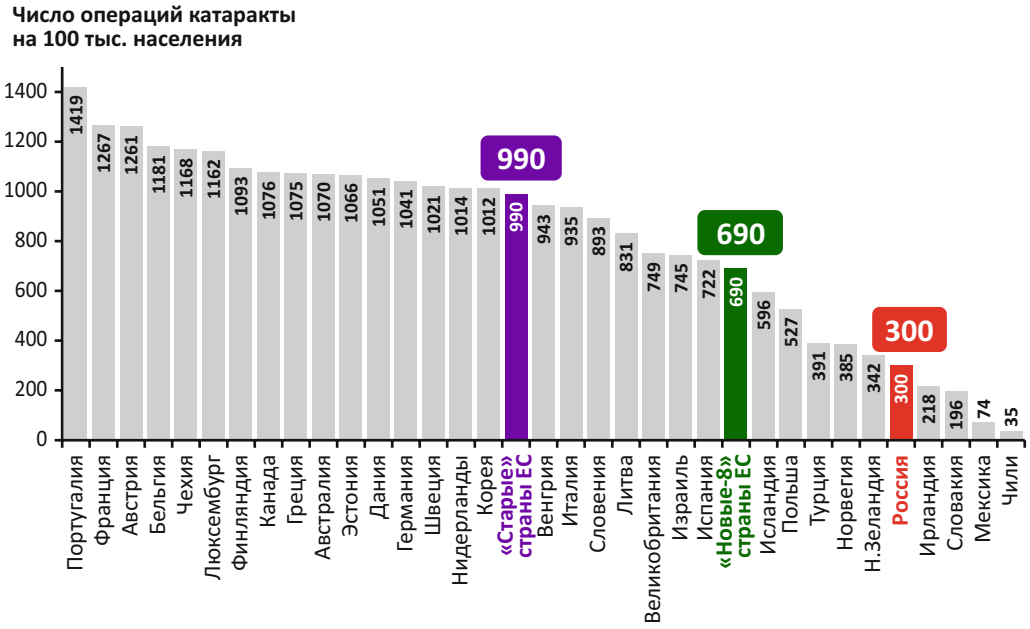
[1] Заведующий кафедрой восстановительной медицины, реабилитации и курортологии Первого МГМУ им. И.М. Сеченова, президент Московского научно-практического центра медицинской реабилитации, восстановительной и спортивной медицины, главный специалист по медицинской реабилитации и санаторно-курортному лечению Департамента здравоохранения г. Москвы.

[2] Проректор по лечебной работе Российского национального исследовательского медицинского университета им. Н.И. Пирогова.

[3] Сборник ЦНИИОИЗ Минздрава России «Заболеваемость населения старше трудоспособного возраста», 2018.

бесшовные технологии позволяют восстановить зрение больного катарактой в течение **15–20 мин** и провести реабилитацию в течение суток.

В РФ в 2017 г., по данным ЦНИИОИЗ Минздрава России, было сделано около **442 тыс. операций** по поводу катаракты[1]. Это 300 операций на 100 тыс. населения в год, что **в 3,5 раза меньше**, чем в Германии (1040 операций на 100 тыс. населения), **в 4,3 раза меньше**, чем в Австрии и Франции (1300 операций), **в 2,3 раза меньше**, чем в «новых-8» странах ЕС (690 операций) (рис. 131).



«Новые-8» страны ЕС включают: Чехию, Эстонию, Венгрию, Литву, Польшу, Словакию, Словению.
Источники: ЦНИИОИЗ Минздрава России (расчет ВШОУЗ-КМК); база данных ОЭСР «OECD.Stat».

Рис. 131. Число операций по поводу катаракты в РФ, «новых-8» и «старых» странах ЕС

В «новых-8» странах ЕС **73%** операций катаракты проходят в амбулаторных условиях. Современные хирургические мощности в РФ позволяют увеличить объемы оказания этой помощи **вдвое**. Для этого необходимо сформировать целевую программу по микрохирургическому лечению катаракты:

- выделить целевое финансирование для микрохирургического лечения катаракты для пациентов 65 лет и старше;
- активно выявлять пациентов с катарактой, особенно в сельских регионах и труднодоступных территориях;
- обязать медицинские организации выполнять операции с помощью современных технологий с имплантацией искусственного хрусталика из проколов не более 2,2 мм.

[1] В 2014 г., по данным ФСН № 14, операций по поводу катаракты было сделано 418,3 тыс. Данных за 2017 г. в официальной статистике нет. Но известно, что общее число операций на органах зрения за этот период возросло на 5,7%, соответственно, можно допустить, что настолько же выросло число операций по поводу катаракты.

Социальным эффектом и результатом этой программы будут сотни тысяч зрячих больных.

Второй по значимости патологией, приводящей к слепоте и слабовидению, является **глаукома**. В целях профилактики и раннего выявления этого заболевания необходимо ввести обязательное при ежегодных медицинских осмотрах **измерение внутриглазного давления** у лиц старше 40 лет. Опыт СССР показал высокую эффективность этой простой меры. Современными тонометрами это измерение проводится за полминуты, и не требуется никаких дополнительных процедур (не нужна анестезия, положение больного — лежа).

Третья патология — это набирающая рост **макулярная дегенерация сетчатки**. Профилактика и раннее выявление этой патологии связаны с внедрением оптической когерентной томографии. В настоящий момент разработана отечественная модель томографа на базе Института прикладной физики РАН (Нижний Новгород) и НИЦ офтальмологии РНИМУ им. Н.И. Пирогова. Запуск этой модели в промышленное производство существенно изменит состояние дел в данной ситуации.

Одновременно важно проводить **просветительную работу среди населения**, направленную на то, чтобы пожилые люди, теряя зрение на один глаз, не считали, что им до конца жизни хватит зрения парного (второго) глаза. Это заблуждение приводит к тому, что в конечном итоге врачам приходится бороться за сохранение функций единственного зрячего глаза. Это уменьшает эффективность сохранения зрения в 2 раза.

3. Предложения по увеличению объема оперативных вмешательств по поводу инвалидизирующей патологии суставов (подготовлено ВШОУЗ-КМК).

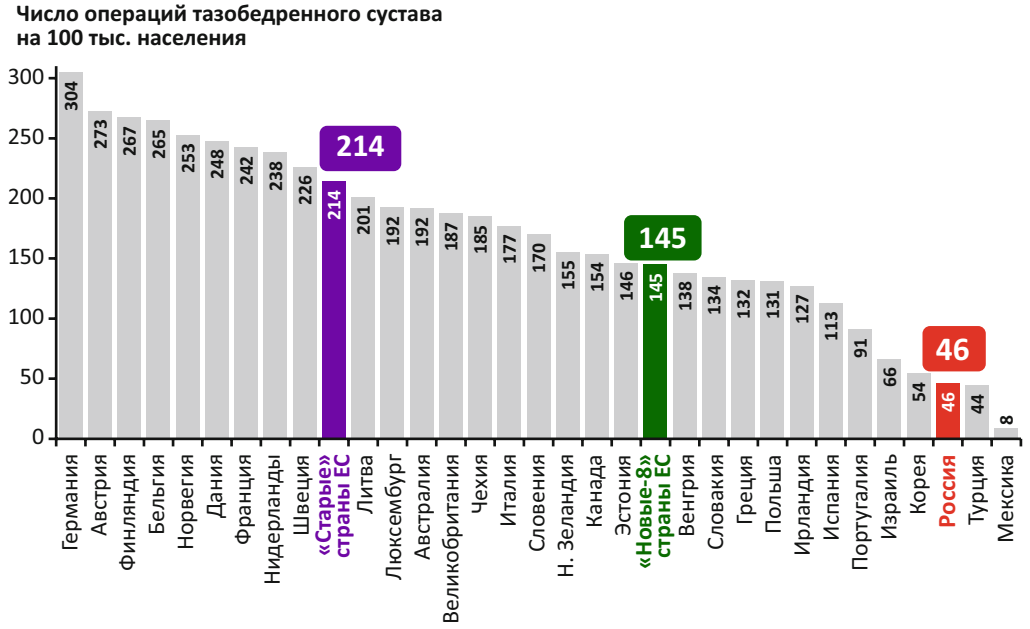
Одной из серьезных проблем для граждан старшего поколения является патология опорно-двигательного аппарата. Операции по эндопротезированию коленного и тазобедренного суставов позволяют восстановить мобильность граждан этой возрастной группы. В странах ЕС ведется статистика даже по объему вмешательств у граждан старше 65 лет. Поскольку отдельных данных по возрастным группам населения для РФ нет, приводим общее число операций в расчете на 100 тыс. населения.

Эндопротезирований тазобедренного сустава в РФ в 2017 г., по данным ЦНИИОИЗ Минздрава России, было сделано около 46 на 100 тыс. населения в год[1]. Это **в 3 раза меньше**, чем в «новых-8» странах ЕС, — 145 операций (рис. 132).

Эндопротезирований коленного сустава в РФ в 2017 г., по данным ЦНИИОИЗ Минздрава России, было сделано около 27 на 100 тыс. населения в год[2]. Это **в 2,8 раза меньше**, чем в «новых-8» странах ЕС, — 76 операций (рис. 133).

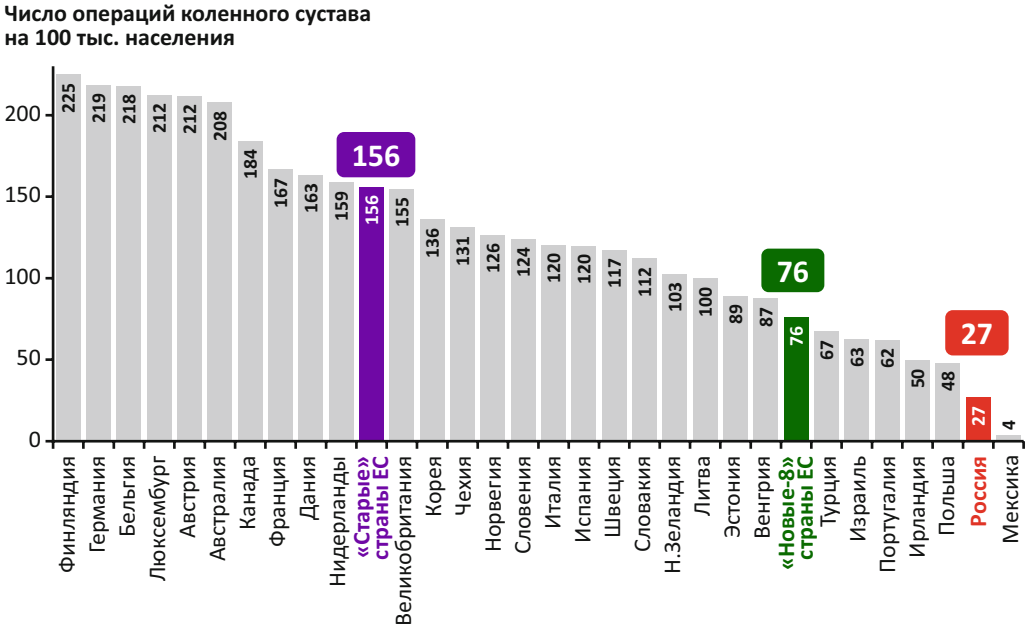
[1] В 2014 г., по данным ФСН № 14, эндопротезирований тазобедренного сустава было сделано 62,3 тыс. Данных за 2017 г. в официальной статистике нет. Но известно, что общее число операций на костно-мышечной системе за этот период возросло на 9%, соответственно, можно предположить, что настолько же выросло число операций на тазобедренном суставе.

[2] В 2014 г., по данным ФСН № 14, эндопротезирований коленного сустава было сделано 36,9 тыс. Данных за 2017 г. в официальной статистике нет. Но известно, что общее число операций на костно-мышечной системе за этот период возросло на 9%, соответственно, можно предположить, что настолько же выросло число операций на коленном суставе.



«Новые-8» страны ЕС включают: Чехию, Эстонию, Венгрию, Литву, Польшу, Словакию, Словению.
Источники: ЦНИИОИЗ Минздрава России (расчет ВШОУЗ-КМК); база данных ОЭСР «OECD.Stat».

Рис. 132. Число операций на тазобедренном суставе на 100 тыс. населения в РФ, «новых-8» и «старых» странах ЕС



«Новые-8» страны ЕС включают: Чехию, Эстонию, Венгрию, Литву, Польшу, Словакию, Словению.
Источники: ЦНИИОИЗ Минздрава России (расчет ВШОУЗ-КМК); база данных ОЭСР «OECD.Stat».

Рис. 133. Число операций на коленном суставе на 100 тыс. населения в РФ, «новых-8» и «старых» странах ЕС

4. Предложения ФГБНУ «Научный центр неврологии» (автор — академик РАН Пирадов М.А.[1]).

Пожилой возраст и неуклонное старение населения закономерно ассоциированы с увеличением числа **зависимых от возраста заболеваний мозга** (в первую очередь, дегенеративного и сосудистого генеза), которые принимают характер настоящей пандемии: так, согласно прогнозам, к 2050 г. в мире число лиц с болезнью Альцгеймера, болезнью Паркинсона и сосудистой деменцией может превысить 200 млн человек. Еще одна ключевая проблема пожилого возраста — **острые нарушения мозгового кровообращения (ОНМК)**: известно, что в структуре смертности острые ОНМК делят 1–2-е место с сердечно-сосудистыми заболеваниями, а в Москве ОНМК опережают по данному показателю инфаркт миокарда. Очевидно, что сложные вопросы лечения указанных категорий пациентов, как и вопросы профилактики неврологической патологии (характеризующейся, как правило, тяжелой физической, психической и социальной дезадаптацией), — это предмет деятельности неврологов, которые в рамках различных программ могут работать совместно с кардиологами и другими специалистами.

Таким образом, представляется совершенно необходимым предусмотреть в федеральном проекте «Старшее поколение» отдельный **крупный программный блок «Неврология»**, а также обеспечить активное участие в рассматриваемом проекте неврологов и ведущих неврологических центров страны. Неврологи (а это около 17 тыс. врачей в РФ) могут не только реализовывать соответствующие программные мероприятия, относящиеся к их исключительной профессиональной компетенции, но и не менее успешно, чем кардиологи, заниматься лечением и ведением пациентов с артериальной гипертонией, атеросклерозом и т.д.

Один из наиболее эффективных путей борьбы с сердечно-сосудистыми заболеваниями — использование возможностей средств массовой информации (речь идет о пропаганде необходимости **регулярного контроля уровня артериального давления** и других факторов риска данной патологии). Такая стратегия работы с населением может быть весьма успешной, о чем свидетельствует предварительный опыт Научного центра неврологии в области реализации широкомасштабной программы **«Рискометр инсульта»**.

[1] Директор ФГБНУ «Научный центр неврологии», заведующий кафедрой нервных болезней стоматологического факультета МГМСУ, профессор кафедры общеклинической подготовки (курс неврологии) факультета фундаментальной медицины МГУ им. М.В. Ломоносова, профессор кафедры анестезиологии и неотложной медицины Российской медицинской академии последипломного образования.

5.9. РАЗВИТИЕ ФЕДЕРАЛЬНОГО ПРОЕКТА «НАЦИОНАЛЬНЫЕ ЦЕНТРЫ»

Общие положения, цели и задачи проекта

Федеральный проект **«Развитие сети национальных медицинских исследовательских центров и внедрение инновационных медицинских технологий» (ФП «Национальные центры»)** входит в состав Национального проекта «Здравоохранение», который включает еще семь проектов[1], см. раздел 4.2.

ФП «Национальные центры» крайне актуален для РФ. Это связано с необходимостью разработки программ по снижению смертности по всем основным причинам к 2024 г. Так, чтобы достичь к 2024 г. общенациональной цели — повышения ОПЖ до 78 лет, снижение СКС от болезней системы кровообращения должно составить **не менее 30%** среди мужчин и **28%** среди женщин, от внешних причин — на **63%** для мужчин и на **47%** для женщин, от злокачественных новообразований — **на 9%** (оба пола), от инфекционных болезней — **в 3 раза**, снижение смертности детей от 0 до 14 лет — **в 1,5 раза** (подробные расчеты ВШОУЗ-КМК см. в разделе 5.2).

Такое прорывное снижение смертности невозможно без скорейшего **внедрения в практику научно обоснованных и современных технологий**, обеспеченных соответствующими финансовыми, материально-техническими и кадровыми ресурсами, существенного **повышения качества медицинской помощи** (КМП) и квалификации медицинских кадров, а также **системного управления** этими процессами из единого центра. Это и есть роль Национальных медицинских исследовательских центров (НМИЦ), которая **должна существенно расшириться** и стать основной в достижении названных целей и задач. Сегодня НМИЦ преимущественно занимаются развитием своего учреждения и проведением прикладных научно-исследовательских работ (НИР), а в новых условиях — должны **возглавить работу** по реализации политики прорывного снижения смертности по своему направлению в стране в целом. При этом руководители НМИЦ должны быть наделены соответствующими **полномочиями** для выполнения поставленных задач и **нести ответственность** за их достижение. В самих НМИЦ должны быть созданы **условия** для выполнения новых функций: расширены существующие отделы, обучен персонал и обеспечены необходимые материально-технические ресурсы. Соответственно, ФП «Национальные центры» должен быть направлен на обеспечение **единых подходов и условий** в реализации политики снижения смертности по направлениям деятельности НМИЦ. В ФП «Национальные центры» поставлена **цель** — завершение формирования сети национальных медицинских исследовательских центров и внедрение инновационных медицинских технологий, включая систему ранней диагностики и дистанционный мониторинг состояния здоровья пациентов, для повышения качества оказания медицинской помо-

[1] «Развитие системы оказания первичной медико-санитарной помощи», «Борьба с сердечно-сосудистыми заболеваниями», «Борьба с онкологическими заболеваниями», «Развитие детского здравоохранения», «Обеспечение медицинских организаций системы здравоохранения квалифицированными кадрами», «Создание единого цифрового контура в здравоохранении на основе ЕГИСЗ» и «Развитие экспорта медицинских услуг».

щи населению РФ, **шесть показателей** для измерения достижения цели и **две** задачи.

Показатели проекта:

1) число случаев лечения с применением телемедицинских консультаций с участием НМИЦ — **не менее 850** по соответствующему профилю (всего **250 тыс. в год**);
2) доля пациентов, получивших медицинскую помощь в НМИЦ и проживающих в других регионах, — **не менее 65%**;
3) число актуализированных клинических рекомендаций в целях формирования тарифов по оказанию медицинской помощи — **не менее 209 за 6 лет**;
4) объемы высокотехнологичной медицинской помощи (ВМП) — **до 1,35 млн случаев в год**;
5) количество патентов на изобретение (полезную модель или промышленный образец), права на которые принадлежат НМИЦ, — **1600 за 6 лет**;
6) число выездов сотрудников НМИЦ в субъекты РФ для оказания организационно-методической поддержки — **810 в год**.

Для достижения целей в проекте предусмотрены две практически одноименные с целями задачи.

1. **Завершение формирования сети НМИЦ.** Эту задачу предложено решать путем увеличения числа НМИЦ, проведения в них ремонта и оснащения современным оборудованием — к 2024 г. число НМИЦ должно быть увеличено с 22 до 27.
2. **Внедрение инновационных медицинских технологий, включая систему ранней диагностики и дистанционный мониторинг состояния здоровья пациентов, и клинических рекомендаций.** Эту задачу планируется решать путем проведения телемедицинских консультаций с профильными организациями третьего уровня в субъектах РФ, проведения образовательных мероприятий, разработки интерактивных модулей и клинических рекомендаций (КР) с участием НМИЦ, внедрения системы контроля качества медицинской помощи и др. Эти задачи представлены на схеме (рис. 134).

Общее финансирование национального проекта «Здравоохранение» на 2019–2024 гг. из всех бюджетных источников составляет **1,7 трлн рублей за 6 лет**. На федеральный проект «Развитие НМИЦ» за этот период будет потрачено **63,9 млрд рублей**, или **4%** общего объема средств.

На реализацию первой задачи ФП «Национальные центры» (развитие сети НМИЦ) планируется потратить **76%** всех предусмотренных средств (48,8 млрд рублей), на вторую задачу (внедрение инновационных технологий) — **24%** (15,1 млрд рублей). Основная доля средств, направленных на решение второй задачи, пойдет на организацию систем контроля качества медицинской помощи с использованием актуализированных клинических рекомендаций в республиканских, областных, окружных и краевых медицинских организациях субъектов РФ.

Рис. 134. Структура федерального проекта «Национальные центры»

Из приведенного описания видно, что цели и задачи ФП «Национальные центры» больше соответствуют **прикладным инструментам** достижения цели и **не связаны** непосредственно с повышением их ответственности за снижение заболеваемости и смертности по соответствующему профилю. Задачи и мероприятия, представленные в проекте, сформулированы правильно, **но недостаточны** для реализации основной роли НМИЦ в реализации политики снижения смертности в РФ. Причем воздействие НМИЦ должно осуществляться системно **на всех уровнях оказания медицинской помощи**, а не только в медицинских организациях третьего уровня. Оценить достаточность финансирования проекта без рассмотрения соответствующих смет затруднительно.

Рекомендации по доработке ФП «Национальные центры»

Цели проекта и новая роль НМИЦ

Цели проекта желательно переформулировать и привести в соответствие с системообразующей ролью НМИЦ по снижению смертности по направлению его деятельности (профилю медицинской помощи). Именно специалисты НМИЦ, обобщая современные представления по своей специальности, должны **определить клинические технологии,** с помощью которых могут быть

достигнуты поставленные цели, а также **внедрить** эти технологии в практику. В этой связи предлагаем в качестве целей ФП «Национальные центры» указать **снижение смертности и заболеваемости** от соответствующих заболеваний. При этом каждый НМИЦ будет иметь свои цели по снижению смертности, заболеваемости и инвалидности по соответствующей его профилю деятельности. В разделе 5.2 представлены примеры снижения смертности от основных причин с распределением по полу, сбалансированные с достижением ОПЖ 78 лет к 2024 г. Это и есть главные цели для НМИЦ на предстоящий период 2019–2024 гг.

Исходя из этой цели должны быть сформированы функции и структура НМИЦ. Главная задача НМИЦ должна подразделяться на два блока: 1) **научное обоснование технологий** диагностики, лечения, реабилитации и профилактики заболеваний и 2) **внедрение этих клинических технологий** в практику. Отметим, что внедрение технологий должно происходить не только в учреждениях третьего уровня, но на всех уровнях оказания медицинской помощи. На рис. 135 представлены задачи и основные функции НМИЦ в соответствии с их целями.

Для реализации вышеизложенных задач и функций НМИЦ должны иметь **возможность объединять и управлять** деятельностью всех заинтересованных сторон на федеральном уровне, а также иметь **вертикаль управления в субъектах РФ**. На федеральном уровне они должны объединить и возглавить работу:

- главного внештатного специалиста Минздрава России (если он не совпадает с руководителем НМИЦ);
- руководителя профессионального медицинского общества по специальности (-ям);
- заведующих кафедрами по соответствующей специальности федеральных вузов и медицинских факультетов федеральных университетов;
- НИИ по соответствующей специальности другого ведомственного подчинения (не системы Минздрава России).

В случае наличия нескольких НМИЦ по одному направлению должен быть назначен **головной НМИЦ**. Для создания **вертикали управления** в субъектах РФ руководитель НМИЦ должен **согласовывать** кандидатуру главного внештатного специалиста по специальности, который в результате будет иметь двойное подчинение — руководителю регионального органа управления здравоохранением и руководителю НМИЦ. В свою очередь, главный внештатный специалист субъекта РФ согласовывает назначение руководителей медицинских организаций по соответствующему профилю или заведующих отделениями медицинских организаций. Все эти изменения потребуют **принятия постановления Правительства РФ**, в котором на НМИЦ будет возложена основная роль в реализации политики снижения смертности по соответствующему направлению и утверждено типовое положение о НМИЦ. Описанная структура управления представлена на рис. 136.

Рис. 135. Цели, задачи и функции НМИЦ

В самих НМИЦ для решения вопросов **научного плана** (определения клинических технологий и координации НИР по соответствующему направлению) должен быть создан межведомственный **научный совет НМИЦ** под руководством РАН. Совет должен включать все научные организации по данному профилю. Для решения внедренческих вопросов необходимо создать **организационно-клинический совет НМИЦ** с включением в его состав заведующих профильными кафедрами медицинских вузов и факультетов, представителей профессиональных обществ. В структуре НМИЦ должен быть предусмотрен новый **первый заместитель руководителя — по работе с регионами**. Под его руководством должна происходить реализация политики по снижению смертности в субъектах РФ и работа организационно-методического отдела.

Рис. 136. Структура управления политикой по снижению смертности по направлению деятельности во главе с НМИЦ

На рис. 137 представлены **порядок включения технологий в клинические рекомендации** и их внедрение в практику. Сначала ставятся цели по снижению смертности и заболеваемости, затем определяются технологии диагностики, лечения, реабилитации и профилактики, которые будут способствовать достижению этих целей. Далее для балансировки с имеющимися финансовыми ресурсами определяются приоритеты среди названных технологий. Потом происходит их включение в клинические рекомендации и рассчитываются необходимые материально-технические и кадровые ресурсы, устанавливаются тарифы. Цель клинических рекомендаций — **дать врачу четкий ориентир по применению научно обоснованных технологий диагностики и лечения**. Клинические рекомендации должны разрабатываться по единым требованиям, утвержденным Минздравом России. Для внедрения клинических рекомендаций в практику обязательно должны быть предусмотрены (обеспечены) соответствующие финансовые, материально-технические и организационные условия.

Рис. 137. Порядок включения технологий в клинические рекомендации и их внедрение в практику

На рис. 138 представлена схема распределения образовательных мероприятий и информационно-образовательных материалов, которые должны разрабатываться под руководством НМИЦ, по уровням оказания медицинской помощи. Показано, что для принципиального изменения ситуации по снижению смертности максимальные усилия необходимо сосредоточить на уровне первичного звена здравоохранения — где начинается и заканчивается большинство эпизодов оказания медицинской помощи. Важнейшим элементом работы НМИЦ также должна стать организация мероприятий по первичной профилактике заболеваний среди населения. Эту работу в регионах должны координировать вице-губернаторы по социальным вопросам.

Рекомендации по задачам, их результатам и плану работы НМИЦ

Исходя из изложенного, предлагаем задачи и результаты проекта изложить следующим образом (всего 4 задачи):

1. **Создание системы управления политикой по снижению смертности (заболеваемости, инвалидности) по соответствующему направлению**. Результатами задачи 1 должны стать:

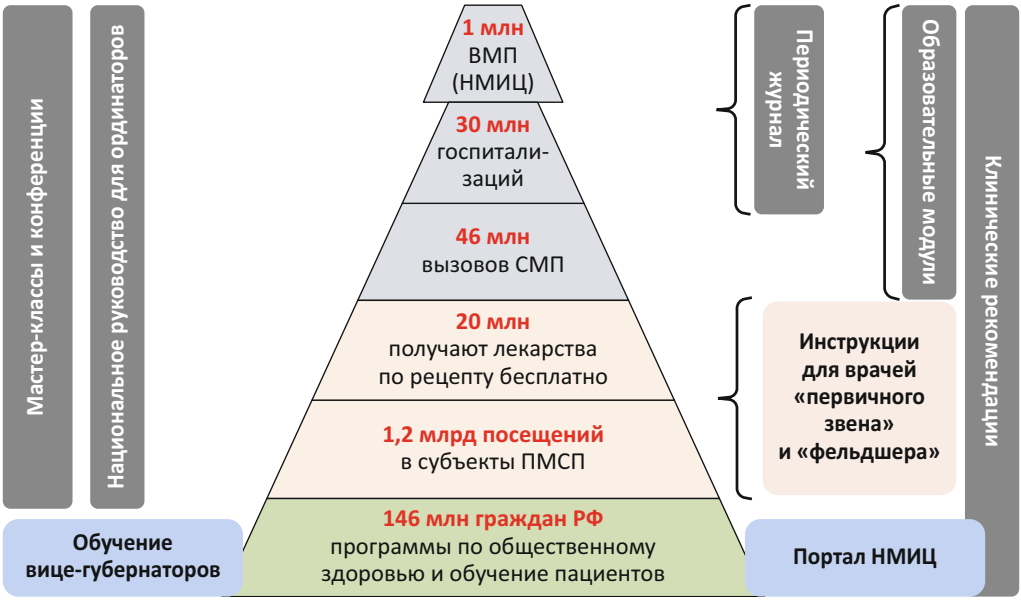


Рис. 138. Схема распределения образовательных мероприятий и информационно-образовательных материалов НМИЦ по уровням оказания медицинской помощи

- разработка и утверждение **программы снижения смертности** (заболеваемости, инвалидности) по соответствующему направлению для РФ в целом и для каждого субъекта РФ. Программа должна включать цели, задачи, план мероприятий и показатели для контроля;
- разработка и утверждение **руководящих документов** по деятельности НМИЦ. Главное среди них — типовое **положение** о деятельности НМИЦ (утверждается постановлением Правительства РФ). В этом типовом положении НМИЦ наделяются основной ролью по реализации политики снижения смертности (заболеваемости, инвалидности) в РФ по соответствующему направлению, по управлению главными внештатными специалистами регионов и координации научной деятельности в части определения научно обоснованных клинических технологий для диагностики и лечения заболеваний;
- разработка требований к главному внештатному специалисту субъекта РФ и **согласование его кандидатуры**;
- организация **системы мониторинга** установленных показателей в регионах РФ и регулярный анализ полученных данных (на их основе формируется рейтинг регионов по динамике достижения намеченных показателей);
- разработка форм и анализ ежемесячной, ежеквартальной и ежегодной **отчетности** главных внештатных специалистов субъектов РФ, разбор случаев недостижения установленных показателей и примеров успешных практик;
- ежегодное предоставление **отчета НМИЦ** о динамике снижения смертности (заболеваемости и инвалидности) в субъектах РФ и **предложений по актуализации программы** на предстоящий год;
- внесение **поправок** в связи с новой ролью НМИЦ в нормативные документы.

2. **Определение технологий диагностики, лечения, реабилитации и профилактики заболеваний, которые будут способствовать снижению смертности** (заболеваемости, инвалидности) по соответствующему направлению. Главными результатами этой задачи должны стать[1]:

- разработка, утверждение и ежегодное обновление **клинических рекомендаций** по соответствующему направлению. Клинические рекомендации должны разрабатываться по единым требованиям, утвержденным Минздравом России, и быть обеспечены ресурсами для их исполнения;
- внесение предложений по формированию перечня ЛП для включения в перечень **ЖНВЛП**;
- формирование **списков ЛП и ИМН** с прогнозными объемами потребления для обеспечения их производства;
- обоснование нормативов обеспеченности **медицинскими кадрами и коечным фондом** для выполнения предусмотренных в клинических рекомендациях технологий.

3. **Внедрение технологий диагностики, лечения, реабилитации и профилактики заболеваний, предусмотренных в клинических рекомендациях, в практику**. Главными результатами этой задачи должны стать:

- актуализация **программ обучения в ординатуре** совместно с профильными кафедрами вузов и разработка примерных **программ повышения квалификации специалистов** (в том числе определение соотношения электронного обучения с применением дистанционных образовательных технологий и аудиторных занятий, согласование вопросов по смежным дисциплинам)[2];
- проведение **образовательных мероприятий** (федерального, окружного и регионального уровней);
- разработка **единых требований к качеству** обучающих, образовательных **материалов** и руководство их подготовкой, среди них:
  - основной журнал, включающий обзоры современных методов диагностики, лечения и профилактики заболеваний;

[1] *Для справки*: в соответствии с указом Президента РФ от 18.05.2018 № 204, на основе клинических рекомендаций должны быть установлены тарифы оказания медицинской помощи. Сегодня, в соответствии с законом № 323-ФЗ, Минздрав России разрабатывает и утверждает стандарты медицинской помощи и порядки ее оказания, а профессиональные медицинские общества по специальностям — клинические рекомендации. Все эти документы требуют системы постоянного обновления с включением современных технологий оказания медицинской помощи, финансового обеспечения, чтобы действующие тарифы покрывали расходы на предусмотренные в них технологии, и согласования между собой и другими действующими нормативными актами, в том числе между клиническими рекомендациями разных обществ по смежным вопросам. Для того чтобы названная работа носила системный характер, она должна происходить под руководством НМИЦ.

[2] *Для справки*: сегодня обучение по программам ординатуры осуществляется в соответствии с федеральными государственными образовательными стандартами (ФГОС), утвержденными федеральным органом исполнительной власти, осуществляющим функции по выработке государственной политики и нормативно-правовому регулированию в сфере образования (Минобрнауки России), по согласованию с федеральным органом исполнительной власти, осуществляющим функции по выработке государственной политики и нормативно-правовому регулированию в сфере здравоохранения (Минздрав России).

- национальное руководство для обучения ординаторов, которое обновляется не реже 1 раза в 4 года;
- клинические рекомендации, которые обновляются ежегодно;
- протоколы (инструкции) для врачей первичного звена, позволяющие им принимать эффективные решения в ограниченное время;
- электронные интерактивные образовательные модули, электронные библиотеки для поддержки принятия клинических решений по соответствующей специальности;
- информационно-образовательный портал для пациентов;

- проведение **телемедицинских консультаций** по установленному регламенту;
- разработка **показателей КМП**, включая показатели результатов, процессов и инфраструктуры. Показатели должны быть разбиты по всем уровням оказания медицинской помощи и соответствовать международной практике. Целевые показатели к 2024 г. должны быть установлены в соответствии с лучшими мировыми значениями[1] (см. раздел 5.11);
- внесение предложений по совершенствованию **организации медицинской помощи** в связи с внедрением новых клинических и информационных технологий.

4. **Приведение НМИЦ к установленным требованиям материально-технического и кадрового обеспечения**. Главными результатами этого проекта должны стать:

- увеличение числа НМИЦ, соответствующих установленным требованиям, с 22 в 2018 г. до 27 в 2024 г.;
- разработка **требований к НМИЦ** (структурные, кадровые, материально-технические);
- проведение **оценки** НМИЦ на соответствие установленным требованиям;
- приведение **оснащения** НМИЦ для обеспечения деятельности в соответствие с установленными требованиями.

План мероприятий по реализации ФП «Национальные центры» должен включать следующие этапы (рис. 139).

I этап — должны быть сформированы все руководящие документы, среди них: требования к НМИЦ, требования к руководителю НМИЦ и главному внештатному специалисту субъекта РФ, положение о НМИЦ, положение о работе научного и организационно-клинического советов НМИЦ, программа снижения смертности (заболеваемости, инвалидности) на период 2019–2024 гг., включая региональные подпрограммы с дорожной картой,

[1] *Для справки*: сегодня государственный контроль за КМП осуществляет Росздравнадзор, ведомственный — федеральные органы исполнительной власти и органы исполнительной власти субъектов РФ, вневедомственный — страховые медицинские организации. Приказ Минздрава России от 10.05.2017 № 203н «Об утверждении критериев оценки качества медицинской помощи» содержит показатели, оценивающие только процесс оказания медицинской помощи. Единые показатели КМП, принятые в большинстве развитых стран, и их целевые значения в РФ пока не установлены, национальная программа обеспечения КМП — не принята. В развитых странах считается, что санкции и наказание врачей и медицинских организаций по результатам контрольных мероприятий приводят к сокрытию нарушений и демотивируют врачей к повышению КМП.

программа проведения НИР по соответствующему направлению, требования к информационно-образовательным материалам НМИЦ. С этого момента должна быть налажена системная работа в субъектах РФ.

II этап — должны быть разработаны клинические рекомендации и протоколы (инструкции) для врачей первичного звена, актуализированы программы ординатуры, разработан протокол проведения телеконсультаций.

III этап — должны быть актуализированы национальные руководства по специальностям, рассчитаны перспективные потребности по потреблению ЛС и изделий медицинского назначения, необходимые кадровые и материально-технические ресурсы для выполнения клинических рекомендаций.

Рис. 139. План мероприятий по реализации федерального проекта «Национальные центры»

Перечень руководящих документов НМИЦ

1. Программа снижения смертности (заболеваемости, инвалидности) по направлению деятельности НМИЦ с целями, задачами, календарным планом и индикаторами для контроля (с приложением соответствующих программ по субъектам РФ).
2. Положение о НМИЦ.
3. Положение о научном и организационно-клинических советах НМИЦ.
4. Требования к главному внештатному специалисту субъекта РФ.
5. Раздел в ежегодном отчете «Белая книга по достижению целей и задач НМИЦ».
6. Программы обучения ординаторов и повышения квалификации по соответствующей специальности.
7. Требования к качеству информационно-образовательных материалов и мероприятий.

8. Программа проведения НИР.
9. Перечень ЛП для включения в перечень ЖНВЛП.
10. Расчеты по обеспеченности кадровыми ресурсами и коечным фондом в субъектах РФ по соответствующему профилю.
11. Перечень показателей и их целевых значений по контролю КМП по уровням оказания медицинской помощи.
12. Перечень показателей для ежегодного мониторинга снижения смертности (заболеваемости, инвалидности) по данному направлению.

Перечень информационно-образовательных материалов, которые должны разрабатываться под руководством НМИЦ

1. Основной журнал по специальности (ежемесячно).
2. Национальное руководство для обучения ординаторов (обновление не реже 1 раза в 4 года).
3. Клинические рекомендации (обновление ежегодно).
4. Протоколы (инструкции) для врачей первичного звена (обновление не реже 1 раза в 2 года).
5. Электронные интерактивные образовательные модули (обновление не реже 1 раза в 2 года).
6. Электронные библиотеки для поддержки принятия клинических решений по соответствующей специальности (обновляются регулярно в режиме онлайн).
7. Формуляр лекарственных средств для медицинских организаций, оказывающих медицинскую помощь в стационарных условиях.
8. Электронный информационно-образовательный портал для пациентов (обновляется регулярно в режиме онлайн).

5.10. УСТРАНЕНИЕ ПРОТИВОРЕЧИЙ В НОРМАТИВНОЙ БАЗЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РФ, ВКЛЮЧАЯ ВОПРОСЫ ОБЕСПЕЧЕНИЯ КАЧЕСТВА МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ

Оплата медицинской помощи, планирование ее объемов и нормирование труда в здравоохранении

В табл. 28 представлен подробный анализ недостатков и противоречий в действующей нормативной базе здравоохранения с комментариями и предложениями. На этом основании можно сделать следующие выводы и предложения.

1. Существуют **необоснованно низкие тарифы** по оплате медицинской помощи для медицинских организаций **первого уровня**, расположенных в **труднодоступных, отдаленных и малонаселенных пунктах**, например, в Арктической зоне.
2. Действующие тарифы по оплате медицинской помощи в большинстве случаев **экономически не обоснованы** (устанавливаются из общего объема средств на ее оказание) и **не позволяют соблюдать** действующие порядки

оказания медицинской помощи, стандарты медицинской помощи, критерии качества медицинской помощи (КМП), клинические рекомендации. При этом перечисленные нормативные документы являются основой для проведения контрольно-надзорных мероприятий.

3. Действующие нормы в порядках оказания медицинской помощи **систематически не согласуются** с нормативами, рассчитанными на основании других документов.
4. Нормативные сроки ожидания медицинской помощи **не согласованы** с нормативами трудозатрат врачей, а также **с фактической обеспеченностью** медицинскими кадрами и стационарными койками.
5. Имеющиеся в ряде порядков нормативы по труду **не имеют под собой оснований** для расчетов, а число должностей врачей, рассчитанное на основании этих порядков, **в разы отличается** от фактической численности врачей в РФ.
6. В нормах по труду накопились **критические противоречия**: **необоснованное** изменение форматов представления норм труда; **нарушения** в номенклатуре медицинских организаций, специальностей и должностей медицинских работников, коечного фонда; **ошибочные данные** о численности должностей для обеспечения круглосуточной работы медицинских организаций; **экономическая необоснованность** новых нормативов по труду.
7. Нормативы объемов медицинской помощи, установленные в ПГГ, **не согласованы** с изменившимися потребностями населения в медицинской помощи, современными технологиями ее оказания и научными данными.
8. Минздраву России и ФОМС необходимо провести работу **по экономическому обоснованию** базовых тарифов [клинико-статистических групп (КСГ), клинико-профильных групп (КПГ) и других нормативов единиц объемов медицинской помощи] так, чтобы они покрывали затраты медицинских организаций по обеспечению медицинскими кадрами, медикаментами, по материально-техническому оснащению и другим статьям, а также **обеспечивали исполнение обязательных стандартов** медицинской помощи, порядков ее оказания и клинических рекомендаций.
9. Необходимо актуализировать и взаимосогласовать **нормативы объемов медицинской помощи**, устанавливаемые в различных нормативных актах, в том числе привести их в соответствие с потребностями населения РФ в оказании медицинской помощи, новыми технологиями оказания медицинской помощи и организационными подходами. При расчете потребности в медицинских кадрах необходимо использовать научно обоснованные нормы по труду (например, прием врача-терапевта участкового не менее 30 мин) и показатели использования коечного фонда (например, работа койки в году не более 310 дней).
10. Необходимо на сайте Минздрава России разместить в свободном доступе первоисточники (формы статистической отчетности) для возможности **проверки** агрегированных данных **отчетности**. При изменении методик расчетов предоставлять соответствующие пояснения и приводить сопоставимые данные.

Таблица 28. Анализ нормативной базы здравоохранения (тарифы по оплате медицинской помощи, планирование объемов медицинской помощи, нормирование труда в здравоохранении) и предложения по ее доработке

Документы	Проблема	Предложение
Тарифы по оплате медицинской помощи и их экономическая обоснованность		
Приказ Минздрава России от 28.02.2019 № 108н «Об утверждении правил обязательного медицинского страхования» (раздел XI). Приказ ФОМС от 21.11.2018 № 247 «Об установлении требований к структуре и содержанию тарифного соглашения». Методические рекомендации по способам оплаты медицинской помощи за счет средств обязательного медицинского страхования с изменениями, внесенными совместным письмом Минздрава России от 02.07.2019 № 11-7/и/2-5785 и ФОМС № 8096/26-1/	**Существуют необоснованно низкие тарифы по оплате медицинской помощи для медицинских организаций, расположенных в труднодоступных, отдаленных и малонаселенных пунктах (арктической зоне). В результате невозможно выполнить поручения Президента РФ** от 28.05.2015 № Пр-1067 (пункты 2 «в» и 3) и от 09.11.2015 № Пр-2335 (пункты 1 «г», 2 «б» и 2 «г»). Упрощенно бюджет медицинских организаций складывается из объемов помощи, помноженных на установленные тарифы. Поток больных (объемы помощи) в учреждениях **первого уровня**, расположенных в сельской местности, труднодоступных, отдаленных и малонаселенных пунктах, — небольшой, а установленные для них тарифы недостаточны для покрытия всех затрат. Кроме того, эти учреждения вынуждены работать в режиме постоянной готовности, что увеличивает их расходы. Как следствие, из-за недостатка средств к содержанию такие учреждения **вынуждены закрываться**	Необходимо ввести для данных учреждений или дополнительные повышающие коэффициенты сложности диагностики и лечения пациентов, или предусмотреть оплату таких медицинских организаций по **фиксированному бюджету**, покрывающему их постоянные издержки на содержание инфраструктуры (здания и сооружения, персонал)
	Действующие тарифы по оплате медицинской помощи в большинстве случаев экономически не обоснованы и не позволяют соблюдать действующие порядки оказания медицинской помощи, стандарты медицинской помощи, критерии КМП, клинические рекомендации. При этом вышеперечисленные документы являются обязательными и основой для проведения контрольно-надзорных мероприятий. Определено, что базовый тариф, в том числе базовая ставка в КСГ или КПГ (размер средней стоимости случая лечения пациента), устанавливается в тарифном соглашении субъекта РФ исходя **из общего объема средств**, направленных на финансовое обеспечение медицинской помощи, числа случаев лечения, подлежащих оплате по КСГ, и значения базовой (средней) ставки КСГ с учетом различных поправочных коэффициентов, в том числе уровня оказания медицинской помощи.	1. Минздраву России и ФОМС необходимо провести работу по экономическому обоснованию базовых тарифов (КСГ, КПГ и других нормативов единиц объемов медицинской помощи) так, чтобы они покрывали затраты медицинских организаций по обеспечению медицинскими кадрами, медикаментами, по материально-техническому оснащению и другим статьям и обеспечивали выполнение требований стандартов медицинской помощи, порядков ее оказания и клинических рекомендаций. 2. Минздраву России и ФОМС необхо-

Продолжение табл. 28

Документы	Проблема	Предложение
	Приказом Минздрава России от 28.02.2019 № 108н предусмотрен расчет тарифа **исходя из затрат организации** «*на оказание медицинских услуг с учетом их перечня, среднего количества, частоты применения и стоимости; затрат на лекарственные препараты с учетом их перечня, разовых и курсовых доз и стоимости; стоимости применяемых в процессе лечения изделий медицинского назначения и др.*» (п. 166), то есть тарифы **должны обеспечивать соблюдение стандартов медицинской помощи** согласно определению стандартов, данному в статье 37 ФЗ № 323. Другими словами, письмо Минздрава России и ФОМС регламентирует установление тарифов исходя из имеющихся средств, а приказ Минздрава — на основе стандартов. Далее Федеральным законом от 21.11.2011 № 323 (ст. 64, 86, 87), а также приказом ФОМС от 01.12.2010 № 230[1] установлено, что контроль за качеством деятельности медицинских организаций осуществляется путем «*определения показателей КМП, соблюдения объемов, сроков и условий оказания медицинской помощи, контроля за качеством медицинской помощи…*», а также «*применения медицинскими организациями **порядков** оказания медицинской помощи и **стандартов** медицинской помощи*». Согласно статье 64 ФЗ № 323 и приказу ФОМС от 01.12.2010 № 230, контроль должен осуществляться еще и на соответствие **клиническим рекомендациям.** Из этого следует, что **тарифы должны финансово обеспечивать соблюдение обязательных порядков оказания медицинской помощи, стандартов медицинской помощи, критериев оценки КМП и клинических рекомендаций**. В противном случае легитимность контрольных мероприятий сомнительна	димо дать разъяснения, как поступать контролирующим органам в случае, если установленные тарифы не покрывают расходы на выполнение требований обязательных порядков, стандартов и критериев КМП. 3. Минздраву России и ФОМС при расчете обоснованных тарифов предусмотреть дополнительные меры, направленные на ликвидацию их дифференциации по субъектам РФ (см. раздел 3.1). 4. Необходимо разработать единый, взаимосогласованный принцип разработки порядков оказания медицинской помощи, стандартов медицинской помощи, клинических рекомендаций и критериев КМП
Планирование медицинской помощи: нормативы объемов медицинской помощи, нормы труда, нормативы обеспеченности кадровыми и материально-техническими ресурсами, сроки ожидания медицинской помощи		
Приказы о порядках оказания медицинской помощи. Письма Минздрава России от 23.12.2016 № 11-7/10/2-8304 «О формировании	**Действующие нормы в порядках оказания медицинской помощи систематически не согласуются с нормативами, рассчитанными на основании методических писем Минздрава.** Так, методические письма Минздрава России вплоть до 2017 г. рекомендовали следующее число коек по профилям, которое отличалось от числа, указанного в утвержденных Минздравом же порядках оказания медицинской помощи:	Необходимо актуализировать и взаимосогласовать нормативы объемов медицинской помощи, устанавливаемые в ПГГ и порядках оказания медицинской помощи

Продолжение табл. 28

Документы	Проблема	Предложение
и экономическом обосновании территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2017 г. и на плановый период 2018 и 2019 гг.» (вместе с «Методикой планирования ресурсов для оказания медицинской помощи в стационарных условиях», «Методикой оценки эффективности использования ресурсов медицинских организаций на основе выполнения функции врачебной должности, показателей использования коечного фонда») и от 21.12.2018 г. № 11-7/10/1-511	оториноларингология — **12** коек на одну врачебную должность (в порядках — **20**); по акушерству и гинекологии — **15** коек (в порядках — **10**); по акушерской помощи (койки патологии беременности) — **12** коек (в порядках — **10**); по гинекологии — **12** коек (в порядках — **10**); по нейрохирургии — **12** коек (в порядках — **2,1**); по нефрологии — **12** коек (в порядках — **15**)[2]. В аналогичном письме Минздрава России от 2019 г.[3] методика планирования ресурсов была удалена, но пояснений по этому поводу не дано. Далее норматив должности врача детского уролога-андролога по одному порядку устанавливается на **10 тыс**. детского населения, по другому — на **20** тыс. **Одна должность** врача-хирурга по одному порядку устанавливается на 10 тыс. взрослого населения, по другому — на то же население должно быть **0,65 должности**[4]. В приказе Минздравсоцразвития России от 15.05.2012 № 543н[5] указано, что на одну должность врача-терапевта участкового должно приходиться **1,5** должности медицинской сестры участковой, а в приказе Минздрава России от 15.11.2012 № 923н[6] — **одна должность** медицинской сестры	
Приказ Минздрава России от 02.06.2015 № 290н «Об утверждении типовых отраслевых норм времени на выполнение работ, связанных с посещением одним пациентом врача-педиатра участкового, врача-терапевта участкового, врача общей	**Несогласование норм трудозатрат врачей в приказах и письмах Минздрава.** В приказе Минздрава России от 02.06.2015 № 290н указано, что время трудозатрат врача-участкового на прием пациента составляет **15 мин**, а более поздним письмом Минздрава России от 23.12.2016 № 11-7/10/2-8304 установлено **20 мин**	Необходимо научно обосновать нормативы трудозатрат врачей в разрезе специальностей с учетом новых организационных подходов к оказанию ПМСП, то есть с расширением трудовых функций врачей участковой службы (см. раздел 5.4). Научно обоснованные нормативы трудозатрат врачей необходимо сбалансировать с другими нормами по труду,

Продолжение табл. 28

Документы	Проблема	Предложение
практики (семейного врача), врача-невролога, врача-оториноларинголога, врача-офтальмолога и врача — акушера-гинеколога». Письмо Минздрава России от 23.12.2016 № 11-7/10/2-8304		нормативной численностью врачей для выполнения установленного государственного задания (объемов помощи) при условии соблюдения установленных сроков ожидания медицинской помощи
Постановление Правительства РФ от 10.12.2018 № 1506 «О Программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2019 г. и на плановый период 2020 и 2021 гг.»	**Сроки ожидания медицинской помощи не согласованы с нормативами трудозатрат врачей (см. п. 4), а также с фактической обеспеченностью медицинскими кадрами и стационарными койками.** В ПГГ установлены сроки ожидания пациентами различных видов медицинской помощи (раздел VIII). Например, консультацию врача-специалиста пациенты должны ожидать **14 календарных дней** со дня обращения, на прием к участковому врачу пациенты должны попасть в течение **24 ч** от момента обращения, получить плановую госпитализацию — через **30 календарных дней** со дня выдачи лечащим врачом направления, а для пациентов с онкологическими заболеваниями — через **14 календарных дней** с момента гистологической верификации опухоли или с момента установления диагноза заболевания (состояния). На основании этих показателей оценивается эффективность реализации ТПГГ. Нормативы трудозатрат врачей на прием пациентов определяют функцию врачебной должности, на основании которой рассчитывается нормативная численность врачей. Чем больше время на прием пациента, тем выше получается норматив числа врачей, соответственно, должно быть выше физическое число врачей. От численности врачей напрямую зависят сроки ожидания медицинской помощи. Для того чтобы при **увеличении времени на прием** одного пациента, например врачом участковой службы (см. п. 4), сохранить прежние сроки ожидания, необходимо увеличить или число врачей, или интенсивность их труда. Однако в РФ с 2012 по 2017 г. обеспеченность врачами участковой службы увеличилась лишь на 2%. Более того, увеличился поток больных на 3%. Это **неизбежно должно было привести к увеличению сроков ожидания**. Без обеспечения соответствующими ресурсами эти сроки становятся **декларативными**	Необходимо рассчитать, какие материально-технические (обеспеченность койками) и кадровые ресурсы необходимы для обеспечения установленных сроков ожидания медицинской помощи. Причем с учетом соблюдения научно обоснованных нормативов по труду, показателей работы койки и других нормативов, на основании которых происходят расчеты мощностей системы здравоохранения. Сроки ожидания необходимо рассчитывать по методикам, установленным в развитых странах[7].

Продолжение табл. 28

Документы	Проблема	Предложение
Приказы о порядках оказания медицинской помощи (2015–2016 гг.)	**Имеющиеся в ряде порядков нормативы по труду не имеют под собой оснований для расчетов, а число должностей врачей, рассчитанное на основании порядков, в разы отличается от фактической численности врачей в РФ.** Например, расчетное число должностей врачей участковой службы (участковые врачи-терапевты, участковые врачи-педиатры и ВОП), согласно приказу Минздравсоцразвития России[8], составляет 1700 человек взрослого населения (18 лет и старше) в городских условиях и 1300 человек взрослого населения в сельских условиях. Численность прикрепленного детского населения от 0 до 17 лет на одном педиатрическом участке по нормативам составляет 800 человек[9]. Врачей участковой службы необходимо 111,4 тыс. (подробные расчеты см. в разделе 5.4). Фактическое число этих врачей составляет 74,7 тыс. в 2018 г.[10] Для того чтобы имеющимся сегодня врачам участковой службы обслужить прикрепленное население, им необходимо работать с коэффициентом совместительства **1,5**, что существенно снижает эффективность их работы (см. раздел 5.4). По данным В.М. Шиповой[11], в приказе Минздрава России от 30.12.2015 № 1034н[12] должность врача психиатра-нарколога устанавливается как одна должность на смену (без указаний на численность населения). Рассчитанное на основании этого приказа число врачей психиатров-наркологов должно составлять 16–17 тыс. Фактическое число врачей-наркологов в РФ **в 3 раза меньше** (5,2 тыс. в 2015 г.[13]). Рассчитанная В.М. Шиповой[14] на основании приказа Минздрава России от 09.08.2010 № 613[15] нормативная численность врачей спортивной медицины и лечебной физкультуры составляет более **25 тыс.** должностей (из расчета на число занимающихся спортом). А в новом приказе Минздрава России от 01.03.2016 № 134н[16] нормативная численность врачей спортивной медицины увеличена **в 2 раза,** а врачей по лечебной физкультуре **— в 4 раза**, то есть число этих врачей должно стать как минимум **60 тыс.** Фактическая численность этих врачей составляет **3 тыс.** (по данным ЦНИИОИЗ), то есть в 2016 г. принимается приказ Минздрава, который требует увеличения численности указанных врачей более чем **в 20 раз** от их фактической численности	Необходимо в приказах о порядках оказания медицинской помощи установить научно обоснованную нормативную численность медицинских кадров, а также рассчитать необходимые финансовые и временные ресурсы для приведения фактической численности медицинских кадров к установленной нормативной

Продолжение табл. 28

Документы	Проблема	Предложение
Приказы Минздрава России, касающиеся норм по труду	**В нормах по труду накопились другие критические противоречия** (подробно см.: Хабриев Р.У., Шипова В.М., Гаджиева С.М. Комментарии к нормам труда в здравоохранении). 1. **Необоснованное изменение форматов представления норм труда.** Рекомендуемые штатные нормативы в приказах Минздрава о порядках даны как **типовые** штатные нормативы, а не как штатные нормативы. Соответственно, при формировании должностей исчезло словосочетание «из расчета на…» Например, одна должность врача устанавливается на 20 коек. Это означает, что она может быть установлена и на 30 коек, и на 40 коек. 2. **Имеются нарушения в номенклатуре медицинских организаций, специальностей и должностей медицинских работников, коечного фонда**. Например, в приказе Минздрава России от 20.12.2012 № 1183н[17] (об утверждении номенклатуры должностей) установлены должности, отсутствующие в приказе Минздрава России от 08.10.2015 № 707н[18] (по квалификационным требованиям), — врач по паллиативной медицинской помощи, врач по медицинской реабилитации и др. 3. **Ошибочные данные по численности должностей для обеспечения круглосуточной работы медицинских организаций.** В приказах о порядках указывается конкретное число должностей, на самом деле число должностей для обеспечения круглосуточной работы медицинских организаций должно зависеть от числа рабочих дней в году, числа предпраздничных дней и режима труда и отдыха. 4. **Экономическая необоснованность новых нормативов по труду.** Расчет нормативного числа должностей медицинских работников и числа коек происходит исходя из объемов медицинской помощи. В 2013 г. в ПГГ произошел переход на планово-нормативный показатель определения объемов медицинской помощи по числу обращений в амбулаторных условиях в расчете на единицу населения. С 2014 г. — по числу госпитализаций в стационар. Соответственно, необходимо было также пересмотреть нормативные документы по формированию числа должностей, однако этого в методических письмах, прикладываемых к ПГГ, **не произошло**. Расчеты в них проводятся на основании прежних форм выражения объемов медицинской помощи: в амбулаторных условиях — по числу посещений, в стационарных — по числу койко-дней	Необходимо актуализировать нормы по труду с учетом названных замечаний

Продолжение табл. 28

Документы	Проблема	Предложение
Программа государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи (ПГГ), утверждается ежегодно постановлением Правительства РФ. Письмо Минздрава России от 21.12.2018 № 11-7/10/1-511 «О формировании и экономическом обосновании территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2019 г. и на плановый период 2020 и 2021 гг.»	**Нормативы ПГГ не согласованы с изменившимися потребностями населения в медицинской помощи, современными технологиями оказания медицинской помощи, современными научными данными.** Нормативы ПГГ были установлены по объемам помощи, сложившимся в советское время, и недостаточно изменились с тех пор, чтобы обеспечить изменившиеся потребности медицинской помощи. Они также не корректируются в соответствии с динамикой фактических показателей. Например, на фоне увеличения заболеваемости населения с 1999 по 2014 г.[19] **на 35%** (то есть увеличения потоков больных) **нормативы** большинства объемов медицинской помощи **сократились или остались на прежнем уровне**: число посещений АПУ — на прежнем уровне[20] (по факту выросло на 10%), вызовы скорой медицинской помощи сократились **на 6%** (по факту — **на 5%**), объемы помощи в стационарах сократились **на 11%** (по факту — **на 27%**). Нормативы объемов помощи в дневных стационарах остались на прежнем уровне (по факту увеличились в 3,1 раза). В научных статьях и практикой в других странах доказано, что занятость больничной койки в году **более 310 дней** приводит к росту инфекционных осложнений[21]. Однако при формировании ТПГГ Минздравом России установлено, что этот показатель в российских больницах должен составлять **340 дней в году** [см. «Методика оценки эффективности использования ресурсов медицинских организаций» (с. 69) Письма Минздрава России от 21.12.2018 № 11-7/10/1-511]. Более того, по этому показателю определяется эффективность использования коечного фонда. Кроме того, в развитых странах считается, что **более четырех коек** на одну медицинскую сестру в хирургическом отделении также приводит к росту инфекционных осложнений[22]. А в ПГГ вплоть до 2018 г. указывалось — **15 коек** на пост, аналогичные нормативы сохраняются в порядках оказания медицинской помощи по хирургическому профилю[23]	1. Необходимо **привести** нормативы объемов медицинской помощи по ПГГ с учетом фактической и прогнозной заболеваемости населения РФ, приоритетов развития здравоохранения до 2025 г., изменений в возрастной структуре населения РФ и новыми технологиями оказания медицинской помощи. 2. Необходимо **пересмотреть** нормативы среднегодовой занятости койки (340 дней) в сторону уменьшения. 3. Необходимо **уменьшить** число коек при расчете числа должностей: один пост палатной и перевязочной медицинских сестер в хирургических отделениях, так, чтобы в целом на двух медицинских сестер (палатную и перевязочную) приходилось не более **восьми коек**
Доклад о реализации Программы государственных гарантий за 2014 г.[24]	**Предоставляемые данные по объемам медицинской помощи в разных официальных источниках Минздрава различаются.** Например, по данным доклада о реализации ПГГ, число госпитализаций	Необходимо привести имеющуюся отчетность к единому знаменателю, предоставить первоисточники в свободном

Окончание табл. 28

Документы	Проблема	Предложение
Данные из сборника «Ресурсы и деятельность медицинских организаций здравоохранения» (Минздрав России, ЦНИИОИЗ)	в 2014 г. составило **29,3 млн**. А по данным ЦНИИОИЗ Минздрава России, число госпитализаций в том же году было **30,8 млн** (без учета факторов, влияющих на состояние здоровья и обращения в учреждения здравоохранения) и **31,3 млн** (с учетом факторов, влияющих на состояние здоровья и обращения в учреждения здравоохранения). Пояснение выражения «…факторов, влияющих на состояние здоровья и обращения в учреждения здравоохранения» нигде не представлено: ни в сборниках ЦНИИОИЗ Минздрава России, ни в докладах Минздрава. По данным ЦНИИОИЗ, число коек в сельской местности в 2015 г. составило 153,8 тыс., при этом получается, что с 2014 г. **рост составил 20 тыс.,** чего не может быть. По данным ЦНИИОИЗ Минздрава России, число госпитализаций в сельской местности в 2015 г. составило 8,6 на 100 человек, то есть **снизилось почти в 3 раза** по сравнению с 2014 г., что также маловероятно	доступе для возможности проверки агрегированных данных отчетности, также при изменении методик расчетов предоставлять соответствующие пояснения и приводить сопоставимые данные

[1] «Об утверждении Порядка организации и проведения контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию» с изменениями от 2017 г.

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

[3] Письмо Минздрава России от 21.12.2018 № 11-7/10/1-511 «О формировании и экономическом обосновании территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2019 г. и на плановый период 2020 и 2021 гг.».

[4] Хабриев Р.У., Шипова В.М., Гаджиева С.М. Комментарии к нормам труда в здравоохранении. — М.: ГЭОТАР-Медиа, 2017. — 144 с.

[5] «Об утверждении Положения об организации оказания первичной медико-санитарной помощи взрослому населению» (в редакции от 27.03.2019).

[6] «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи взрослому населению по профилю "терапия"».

[7] Улумбекова Г.Э. Здравоохранение России. Что надо делать. — М.: ГЭОТАР-Медиа, 2015. — С. 334–341.

[8] Приказ Минздравсоцразвития России от 15.05.2012 № 543н «Об утверждении Положения об организации оказания первичной медико-санитарной помощи взрослому населению».

[9] Приказ Минздрава России от 07.03.2018 № 92н «Об утверждении Положения об организации оказания первичной медико-санитарной помощи детям».

[10] По данным ЦНИИОИЗ Минздрава России, с учетом Республики Крым и г. Севастополя.

[11] Хабриев Р.У., Шипова В.М., Гаджиева С.М. Комментарии к нормам труда в здравоохранении. — М.: ГЭОТАР-Медиа, 2017. — 144 с.

[12] «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи по профилю "психиатрия-наркология" и Порядка диспансерного наблюдения за лицами с психическими расстройствами и/или расстройствами поведения, связанными с употреблением психоактивных веществ».

[13] По данным ЦНИИОИЗ Минздрава России.

[14] Хабриев Р.У., Шипова В.М., Гаджиева С.М. Комментарии к нормам труда в здравоохранении. — М.: ГЭОТАР-Медиа, 2017. — 144 с.

[15] «Об утверждении порядка оказания медицинской помощи при проведении физкультурных и спортивных мероприятий».

[16] «О Порядке организации оказания медицинской помощи лицам, занимающимся физической культурой и спортом (в том числе при подготовке и проведении физкультурных мероприятий и спортивных мероприятий), включая порядок медицинского осмотра лиц, желающих пройти спортивную подготовку, заниматься физической культурой и спортом в организациях и/или выполнить нормативы испытаний (тестов) Всероссийского физкультурно-спортивного комплекса "Готов к труду и обороне"».

[17] «Об утверждении Номенклатуры должностей медицинских работников и фармацевтических работников».

[18] «Об утверждении Квалификационных требований к медицинским и фармацевтическим работникам с высшим образованием по направлению подготовки "Здравоохранение и медицинские науки"».

[19] Сравнения даны по 2014 г., поскольку с 2015 г. отчеты по фактическому исполнению ПГГ Минздравом России не публикуются, соответственно, невозможно оценить сопоставимые фактические объемы медицинской помощи.

[20] При условии, что в одном обращении 2,8 посещений.

[21] Jones R. Volatility in bed occupancy for emergency admissions // British Journal of Healthcare Management. — 2011. — Vol. 17. — N. 9. — P. 424–430;

Tackling healthcare associated infections through effective policy action. — London: British Medical Association, 2009. — 44 p.

[22] Hospital nurse staffing and patient mortality, nurse burnout, and job dissatisfaction / L.H. Aiken, S.P. Clarke, etc. American Medical Associatopn (JAMA). October, 2002. Volume 288. No. 16. Электронный доступ: https://medschool.ucsd.edu/som/hear/resources/Documents/nurse%20burnout%20jama.pdf.

[23] Приказ Минздрава России от 15.11.2012 № 922н «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи взрослому населению по профилю "хирургия"».

[24] Более поздних данных нет, так как с 2015 г. доклады о реализации ПГГ прекратили публиковать на официальном сайте Минздрава России, как это предусмотрено постановлением Правительства РФ.

Контроль и обеспечение качества медицинской помощи

Основные федеральные законы и другие нормативные акты, касающиеся системы обеспечения и контроля за КМП в РФ, представлены в табл. 29 с их описанием и комментариями. Из приведенного в таблице анализа можно сделать следующие выводы и предложения (предложения по показателям КМП — см. раздел 5.11).

1. Имеющаяся сегодня нормативная база по обеспечению и контролю за качеством медицинской деятельности (КМД) и КМП избыточна: имеется **более 14** действующих нормативных документов. Эти документы устанавливают:

- критерии доступности и качества медицинской помощи по исполнению ПГГ (постановление Правительства РФ от 10.12.2018 № 1506 «О Программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2019 г. и на плановый период 2020 и 2021 гг.»);
- лицензионные требования (постановление Правительства РФ от 16.04.2012 № 291[1]);
- порядок проведения государственного, ведомственного и внутреннего контроля за медицинской деятельностью, в том числе КМП (постановление Правительства РФ от 12.11.2012 № 1152[2] и приказ Минздрава России от 21.12.2012 № 1340н[3]), а также предложения Росздравнадзора и Минздрава России по ведению внутреннего контроля за КМП («Вестник Росздравнадзора», 2016, № 2, и проект приказа Минздрава России от 21.09.2018 «Об утверждении требований к организации и проведению внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности»);
- порядок контроля КМП в системе ОМС (приказ ФОМС от 28.02.2019 № 36[4]);
- показатели оценки деятельности медицинских организаций (МО) потребителями (приказы Минздрава России от 28.11.2014 № 787н[5] и от 30.12.2014 № 956н[6]);

[1] «О лицензировании медицинской деятельности (за исключением указанной деятельности, осуществляемой медицинскими организациями и другими организациями, входящими в частную систему здравоохранения, на территории инновационного центра "Сколково")».

[2] «Об утверждении Положения о государственном контроле качества и безопасности медицинской деятельности».

[3] «Об утверждении порядка организации и проведения ведомственного контроля качества и безопасности медицинской деятельности».

[4] «Об утверждении Порядка организации и проведения контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию».

[5] «Об утверждении показателей, характеризующих общие критерии оценки качества оказания услуг медицинскими организациями».

[6] «Об информации, необходимой для проведения независимой оценки качества оказания услуг медицинскими организациями, и требованиях к содержанию и форме предоставления информации о деятельности медицинских организаций, размещаемой на официальных сайтах Министерства здравоохранения РФ, органов государственной власти субъектов РФ, органов местного самоуправления и медицинских организаций в информационно-телекоммуникационной сети Интернет (вместе с "Информацией, предоставляемой медицинскими организациями, необходимой для проведения независимой оценки качества оказания услуг медицинскими организациями")».

- порядок и показатели оценки эффективности деятельности МО (приказ Минздрава России от 28.06.2013 № 421[1]);
- критерии оценки КМП (приказ Минздрава России от 10.05.2017 № 203н[2]);
- мониторинг отчетности по результатам оказания медицинской помощи на участках (письма Минздрава России от 02.04.2015 № 17-9/10/2-1002 и от 21.05.2015 № 17-9/10/2-2324);
- показатели эффективности деятельности подведомственных государственных (муниципальных) учреждений, их руководителей и работников по видам учреждений и основным категориям работников (приказ Минздрава России от 28.06.2013 № 421[3]).

Если добавить к этому перечню еще многочисленные обязательные формы статистической отчетности, по которым МО должна отчитываться (например, формы ФСН № 12, 14, 17, 30, 40, 47)[4], и многочисленные проверки финансовой деятельности МО, то на основную деятельность у руководителей и персонала медицинских организаций просто не остается времени.

Большинство нормативных актов, как это видно из названий, направлено на контроль КМП, а не на его обеспечение. Проводимый контроль **неэффективен**, о чем свидетельствует сохранение доли нарушений от числа проведенных проверок. Так, доля нарушений по результатам экспертизы КМП (всех проверенных случаев) остается практически на одном и том же уровне — **22–23%**[5]. По данным Росздравнадзора, число нарушений КМД в 2013 г. составляло **40%**, в 2016 г. — **49%** всех проверенных случаев, число административных штрафов по результатам проверок с 2013 по 2016 г. выросло **в 6 раз**, а сумма штрафов — **в 3,7 раза**[6]. В 2018 г. в Росздравнадзор поступило 26 880 обращений граждан с жалобами на нарушение, по мнению заявителей, их прав на получение медицинской помощи (на 11,7% больше, чем в 2017 г.), в том числе на низкое качество медицинской помощи — 64%, отказ в оказании медицинской помощи — 7%, непредоставление гарантированного объема медицинской помощи — 7%, низкую доступность медицинской помощи — 6%[7].

[1] «Об утверждении Методических рекомендаций по разработке органами государственной власти субъектов Российской РФ и органами местного самоуправления показателей эффективности деятельности подведомственных государственных (муниципальных) учреждений, их руководителей и работников по видам учреждений и основным категориям работников».

[2] «Об утверждении критериев оценки качества медицинской помощи».

[3] «Об утверждении Методических рекомендаций по разработке органами государственной власти субъектов РФ и органами местного самоуправления показателей эффективности деятельности подведомственных государственных (муниципальных) учреждений, их руководителей и работников по видам учреждений и основным категориям работников».

[4] Какорина Е.П., Александрова Г.А., Поликарпов А.В. и др. Алгоритмы расчета основных показателей деятельности медицинских организаций: Методические рекомендации. — М.: ГЭОТАР-Медиа, 2016. — 400 с.

[5] https://medvestnik.ru/content/news/Eksperty-usomnilis-v-dannyh-FOMS-po-vrachebnym-oshibkam.html.

[6] 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/).

[7] Доклад об осуществлении государственного контроля (надзора) в сфере охраны здоровья граждан и об эффективности такого контроля (надзора) в 2018 г. / Росздравнадзор РФ. — М., 2019.

Избыточные контрольные мероприятия **множатся**. Например, в приказе Минздрава России от 10.05.2017 № 203н содержится более **2,4 тыс. критериев** для контроля (это в основном показатели процесса оказания медицинской помощи), что приводит к увеличению объема отчетности и временных затрат на неэффективный контроль. В нормативной базе **не предусмотрено** конкретных мероприятий по профилактике нарушений КМП, таких как непрерывное повышение квалификации врачей, создание работодателями условий для этого (наличие доступа работников к образовательным системам в интернете, оплачиваемые библиотечные дни, средства для посещения иногородних конференций и др.), внедрение стандартов безопасности медицинской помощи в медицинских организациях и др. Предусмотренные средства на повышение квалификации врачей с 2016 по 2021 г. будут формироваться за счет средств нормированного страхового запаса, что приведет к снижению затрат по другим статьям расходов, которые обычно финансируются из этого источника. Расходы на повышение квалификации врачей необходимо проводить за счет федерального и региональных бюджетов **с нормированием их объема** в расчете на одного медицинского работника.

2. Приводимые показатели КМП и виды контроля не согласованы между собой, отсутствуют перекрестные ссылки между документами. Контроль КМП **дезинтегрирован** и подразделяется на контроль, осуществляемый в системе ОМС, Росздравнадзором, Минздравом, потребителями медицинских услуг, а также в соответствии с лицензионными требованиями.

3. Действующие нормативные акты часто отменяются, взамен вводятся новые, другого содержания. Например, за 2015–2018 гг. было **отменено четыре** приказа по вопросам контроля за КМП (приказы Минздрава России от 31.10.2013 № 810а[1], от 12.09.2014 № 503[2], от 07.07.2015 № 422ан[3] и от 15.07.2016 № 520н[4]). Это говорит **об отсутствии** продуманной политики по этому вопросу. В нормативной базе **не предусмотрено** наличие государственной программы управления КМП и отдельного органа (структурного подразделения Минздрава России и региональных органов управления здравоохранением), который бы отвечал за реализацию этой программы, а также имел специально подготовленный персонал.

4. Что касается показателей КМП, то большинство из них (кроме показателей оценки медицинских услуг потребителем) **не сопровождается методиками измерения**, то есть каждый регион должен измерять КМП исходя из собственных представлений, что сделает результаты такого контроля **несопоставимыми** между субъектами РФ и отдельными МО. **Большинство целевых показателей КМП не установлены на федеральном уровне**, что делает их применение просто бессмысленным, поскольку непонятно, к чему стремиться. В приказе

[1] «Об организации работы по формированию независимой системы оценки качества работы государственных (муниципальных) учреждений, оказывающих услуги в сфере здравоохранения».

[2] «Об организации работы по формированию рейтингов государственных (муниципальных) учреждений, оказывающих услуги в сфере здравоохранения».

[3] «Об утверждении критериев оценки качества медицинской помощи».

[4] «Об утверждении критериев оценки качества медицинской помощи».

Минздрава России от 28.06.2013 № 421 по оценке эффективности (результативности) деятельности медицинской организации, их руководителей и работников **ни один показатель** не отражает эффективность деятельности медицинской организации (с точки зрения достижения оптимального результата за имеющиеся средства).

Часть представленных показателей просто **не зависит** от деятельности руководства МО. Например, достижение показателя «по соотношению заработной платы по всем категориям работников со средней заработной платой в субъекте» зависит от объема государственного задания. И если эти средства недостаточны, то руководство будет вынуждено или наращивать объем платных услуг в учреждении, или увольнять персонал, или сокращать другие важнейшие статьи расходов.

5. Предложенные показатели не соответствуют принятым в большинстве развитых стран, систематическая работа в этом направлении не ведется. Впервые показатели КМП на федеральном уровне появились в ПГГ на 2013 г. в разделе VII «Критерии доступности и качества медицинской помощи», что само по себе позитивный шаг. Для показателей доступности медицинской помощи были установлены целевые значения в методических рекомендациях к этой ПГГ[1]. Однако эти показатели **не структурированы и непонятно**, по каким критериям были отобраны. Например, они включают показатели смертности, заболеваемости, обеспеченности медицинскими кадрами, объемов медицинской помощи, процессов оказания медицинской помощи, финансирования. При этом нет ни одного показателя по безопасности медицинской помощи (инфекционные осложнения после операционных вмешательств), методик расчета показателей и установленного целевого значения для субъектов РФ.

6. В РФ необходимо разработать и реализовать единые подходы к обеспечению и контролю КМП на федеральном уровне, для чего создать соответствующее структурное подразделение в Минздраве России и разработать программу с установленными целевыми значениями показателей КМП.

[1] Методические рекомендации по порядку формирования и экономического обоснования территориальных программ государственных гарантий оказания гражданам РФ бесплатной медицинской помощи» (утверждены Минздравом России от 28.08.2001 № 2510/9257-01, ФОМС № 3159/40-1).

Таблица 29. Основные законодательные акты, регулирующие систему управления КМП в РФ

Вид документа	Область регулирования	Комментарий/предложение
Федеральный закон от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в РФ» (с изменениями от 29.05.2019)	■ Определяет КМП (ст. 2). ■ Определяет, что качество и доступность медицинской помощи являются одними из приоритетов государственной политики в сфере охраны здоровья (ст. 4). ■ Определяет, что качество и доступность медицинской помощи обеспечиваются достаточным количеством медицинских кадров и их квалификацией, приближенностью медицинской помощи к месту проживания и работы пациентов и др. (ст. 10). ■ Определяет, что медицинская помощь организуется и оказывается **в соответствии с порядками** оказания медицинской помощи, обязательными для исполнения на территории РФ всеми медицинскими организациями, **на основе клинических рекомендаций** (с 2022 г.), а также **с учетом стандартов** медицинской помощи. ■ Определяет понятие экспертизы КМП и критериев КМП; критерии формируются на основе порядков оказания медицинской помощи, стандартов медицинской помощи и клинических рекомендаций (протоколов лечения) (ст. 64). ■ Устанавливает, что экспертиза КМП, оказываемой в рамках программ обязательного медицинского страхования, проводится в соответствии с законодательством РФ об обязательном медицинском страховании, а экспертиза медицинской помощи вне системы ОМС осуществляется в порядке, установленном уполномоченным федеральным органом исполнительной власти (ст. 64). ■ Сформулировано, что в рамках ПГГ устанавливаются критерии доступности медицинской помощи, а их целевые значения — уже на уровне территориальных программ (ст. 81, п. 2). Более того, указано, что для медицинской помощи, оплачиваемой за счет федеральных средств, критерии доступности медицинской помощи и их целевые значения устанавливаются на федеральном уровне (ст. 80, п. 6).	■ Разделение порядка проведения экспертизы КМП, оказываемой в системе ОМС и вне ее, **нецелесообразно**, должен быть единый порядок. ■ Разделение процесса установления показателей качества на федеральном уровне, а их целевых значений — на уровне регионов **неверно**, поскольку целевые показатели для страны должны быть едины. ■ Государственный, ведомственный и внутренний контроль за КМД следовало описать как **разные уровни единой системы контроля**. ■ **Не дано** определение понятия вневедомственного контроля КМП (если есть ведомственный контроль, то что такое тогда вневедомственный контроль?). ■ Необходимо **терминологически разделить понятия** КМД и КМП, а также «критерий» и «показатель», которые употребляются как синонимы (см. терминологическое противоречие с приказом Минздрава России от 28.06.2013 № 421, ст. 87 ФЗ № 323, приказом Минздрава России от 10.05.2017 № 203н и др.)

Продолжение табл. 29

Вид документа	Область регулирования	Комментарий/предложение
	■ Определяет понятия государственного, ведомственного и внутреннего контроля за медицинской деятельностью в сфере охраны здоровья (ст. 85–90). ■ Предусматривает необходимость создания работодателями условий для повышения квалификации медицинских работников, хотя сами условия нигде в нормативной базе не конкретизированы (ст. 79). ■ Устанавливает порядок проведения независимого контроля за качеством оказания медицинских услуг МО (форма общественного контроля) (ст. 79.1)	
Федеральный закон от 29.11.2010 № 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в РФ» (с изменениями от 26.07.2019)	■ Определяет **принципы** деятельности ОМС, в том числе создание условий для обеспечения доступности и качества медицинской помощи (ст. 4). ■ Закрепляет полномочие Федерального фонда ОМС по установлению **порядка** осуществления контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по ОМС (ст. 7, п. 1, раздел 3). ■ Определяет понятие **экспертизы** качества медицинской помощи (ЭКМП), которое совпадает с определением в ФЗ № 323, и порядок его проведения (ст. 40). ■ Устанавливает порядок применения **санкций** к МО по результатам ЭКМП (ст. 41, 42). ■ Определяет, что базовая программа ОМС должна содержать критерии доступности и КМП, а территориальная программа ОМС — устанавливать их целевые значения (ст. 35, 36). ■ Предусматривает порядок формирования нормированного страхового запаса за счет санкций по результатам проверок МО (ст. 26). ■ Предусматривает формирование собственных средств страховой медицинской организации (СМО), в том числе **за счет санкций** по результатам проверок МО (ст. 28)	■ Согласно этому закону, получается, что критерии (показатели) качества и доступности медицинской помощи устанавливаются в рамках базовой программы ОМС, их целевые значения — территориальными программами ОМС, соответственно, каждый регион имеет свои **собственные** целевые значения. ■ Установление критериев КМП и их целевых значений только для медицинской помощи, оплачиваемой через систему ОМС, **нецелесообразно**. ■ Закон предусматривает только штрафные санкции при нарушении КМП и **не предусматривает никаких профилактических мероприятий** по снижению числа нарушений КМП. ■ Заинтересованность СМО в увеличении объема санкций, применяемых к медицинской организации (МО), **снижает эффективность** контроля (СМО получает часть от этих средств)

Продолжение табл. 29

Вид документа	Область регулирования	Комментарий/предложение
Постановление Правительства РФ от 16.04.2012 № 291 «О лицензировании медицинской деятельности (за исключением указанной деятельности, осуществляемой медицинскими организациями и другими организациями, входящими в частную систему здравоохранения, на территории инновационного центра "Сколково")» (с изм. от 08.12.2016)	■ Определяет **порядок** лицензирования медицинской деятельности. ■ Определяет **лицензирующие органы** — Росздравнадзор (для учреждений федерального подчинения) и органы исполнительной власти субъектов РФ в сфере охраны здоровья (для региональных и муниципальных учреждений). ■ Определяет перечень лицензируемых (работ) **услуг**. ■ Определяет **лицензионные требования к МО** (соискателю лицензии): здание, персонал, наличие сертификата у специалистов, опыт работы для руководителей, штатное расписание, наличие внутренней системы контроля за качеством. ■ Определяет **лицензионные требования к медицинской деятельности**: соблюдение порядков оказания медицинской помощи; соблюдение установленного порядка осуществления внутреннего контроля за качеством и безопасностью медицинской деятельности; соблюдение установленного порядка предоставления платных медицинских услуг; повышение квалификации специалистов, выполняющих заявленные работы (услуги), не реже 1 раза в 5 лет. ■ Определяет **порядок** получения лицензии	■ Показатели и требования, которые оцениваются при лицензировании, касаются в основном **инфраструктурных элементов МО**. Для оценки деятельности МО в отношении качества и безопасности медицинской помощи необходимо также оценивать более полно организационные процессы (соответственно, должны быть требования к ним, которые пока не установлены). Например, наличие в МО условий для непрерывного повышения квалификации работников или наличие системы информирования и обсуждения работников об ошибочных действиях коллег. ■ Лицензионные требования носят **формальный характер**, контроль осуществляется по документам, которые зачастую сами неточны и требуют обновления. Например, оценивают медицинскую деятельность на основе порядков оказания медицинской помощи, а штатное расписание в этих порядках и стандарты оснащения могут не соответствовать потребностям конкретных МО
Постановление Правительства РФ от 10.12.2018 № 1506 «О Программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2019 г. и на плановый период 2020 и 2021 гг.»	■ Установлено, что ПГГ формируется **с учетом порядков** оказания медицинской помощи и на основе стандартов медицинской помощи и с учетом клинических рекомендаций. ■ Содержит главу IX «**Критерии** доступности и качества медицинской помощи», в которой представлены показатели КМП, для которых субъекты РФ должны установить целевые значения.	■ Установление целевых показателей здоровья каждым субъектом РФ в рамках своих территориальных программ **должно происходить согласованно с Минздравом РФ**, в противном случае целевые значения, установленные для страны в целом, не будут достигнуты. А собственно показатели КМП должны быть **едины** для всех субъектов РФ.

Продолжение табл. 29

Вид документа	Область регулирования	Комментарий/предложение
	■ Все критерии доступности и КМП смешаны и не структурированы — это и показатели смертности населения, и показатели обеспеченности медицинскими кадрами, и объемы медицинской помощи, и даже отдельные показатели из приказа Минздрава России № 203н, и показатели финансирования федеральных медицинских организаций	■ Этот раздел дублирует другие нормативные акты Минздрава, как устанавливающие показатели по снижению смертности (Государственная программа «Развитие здравоохранения»), так и критерии КМП (приказ № 203н). Следует унифицировать все показатели и критерии во всех нормативных актах
Постановление Правительства РФ от 12.11.2012 № 1152 «Об утверждении Положения о государственном контроле качества и безопасности медицинской деятельности»	■ Устанавливает **задачи** государственного контроля — выявление и пресечение нарушений требований к качеству и безопасности медицинской деятельности (в том числе КМП), установленных законодательством РФ (п. 2). ■ Устанавливает **пути** проведения контроля: проверки (плановые и внеочередные), лицензирование медицинской деятельности и др. (п. 3). ■ Устанавливает **объекты** контроля: органы государственной власти и местного самоуправления, государственные внебюджетные фонды и МО, осуществляющие медицинскую и фармацевтическую деятельность (п. 3). ■ Устанавливает **организации и лиц,** осуществляющих контроль: Федеральная служба по надзору в сфере здравоохранения и ее территориальные органы (Росздравнадзор), Федеральная служба по труду и занятости (в части безопасных условий труда), органы исполнительной власти субъектов РФ (в части лицензирования МО) (пп. 4, 6). ■ Определяет **мероприятия**, с помощью которых проводится контроль: рассмотрение документов, экспертиза качества медицинской помощи, изучение жалоб и мнения граждан и др. (пп. 11–14). ■ Государственный контроль осуществляет **контроль** организации ведомственного и внутреннего контроля	■ **Не содержит** показателей КМП. ■ Росздравнадзор (специально созданный государственный контрольный орган) **не имеет права** самостоятельно накладывать штрафные санкции на МО за нарушения КМП, а государственные внебюджетные фонды и СМО (чисто финансовые организации) — имеют это право. При этом Росздравнадзор обязан проверять их деятельность. Это **усложняет систему и снижает значимость** государственного контроля
Приказ Минздрава России от 21.12.2012 № 1340н «Об утверждении порядка организации и проведения	■ Определяет, что контроль подведомственных учреждений осуществляют **федеральные органы** исполнительной власти в сфере охраны здоровья и субъектов РФ.	■ Приказ **смешивает понятия** контроля и обеспечения КМП. ■ Показатели и критерии должны быть разработаны **на федеральном уровне** и одинаковы для всех контрольных органов.

Продолжение табл. 29

Вид документа	Область регулирования	Комментарий/предложение
ведомственного контроля качества и безопасности медицинской деятельности»	■ Кроме контроля, проверяющим органам ставит задачи: **обеспечивать качество** медицинской помощи, разрабатывать показатели КМП и критерии оценки деятельности медицинского персонала. ■ Определяет **порядок** проведения контроля, в том числе необходимость соответствия порядкам и стандартам медицинской помощи. ■ Подразделяет контроль на плановый и внеплановый. ■ Определяет **общие требования** к организации медицинской помощи (в соответствии с порядками), оказанию медицинской помощи (в соответствии со стандартами) и безопасных условий труда. ■ Отдельно определяет требования к фармацевтическим организациям. ■ Определяет **сроки, порядок** оформления приказов и актов о проведении проверок	■ Следование стандартам **не может быть** критерием обеспечения КМП, поскольку стандарты медицинской помощи — это финансовый документ. ■ Отсутствие единых требований к КМП на федеральном уровне (кроме стандартов и порядков) делает результаты ведомственного контроля **несопоставимыми** между различными регионами РФ. ■ **Частично дублирует** деятельность по контролю за соблюдением лицензионных требований и по контролю за КМП в системе ОМС
Проект Приказа Минздрава России «Об утверждении требований к организации и проведению внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности» (от 21.09.2018)	■ В соответствии со ст. 90 Федерального закона от 21.11.2011 № 323-ФЗ с 01.01.2019 внутренний контроль за качеством и безопасностью медицинской деятельности перестал осуществляться в порядке, установленном руководителями медицинских организаций; он должен осуществляться в соответствии с требованиями к его организации и проведению, утвержденными **уполномоченным федеральным органом** исполнительной власти (Минздравом России). ■ Функции контроля возлагаются **на врачебную комиссию**, структурное подразделение по качеству и безопасности медицинской деятельности и руководителя МО. ■ Устанавливаются **требования** к организации и проведению внутреннего контроля за качеством и безопасностью медицинской деятельности, в том числе в отношении определения направлений деятельности медицинской организации,	■ Проект приказа правильно охватывает организационные аспекты внутреннего контроля за КМД медицинской организации (наличие приказов, распоряжений, плановых проверок и т.п.). ■ При обсуждении приказа важно предусмотреть единые **результирующие** показатели качества и безопасности медицинской деятельности и установить их целевые значения. ■ Названные требования желательно актуализировать с учетом **международных стандартов** аккредитации МО (Joint Commission International)

Продолжение табл. 29

Вид документа	Область регулирования	Комментарий/предложение
	порядка организации деятельности структурного подразделения медицинской организации, осуществляющего внутренний контроль за качеством и безопасностью медицинской деятельности, перечня показателей качества и безопасности медицинской деятельности, а также порядка их мониторинга	
Приказ Минздрава России от 28.11.2014 № 787н «Об утверждении показателей, характеризующих общие критерии оценки качества оказания услуг медицинскими организациями»	▪ Устанавливает показатели для оценки качества медицинских услуг **потребителями** и методику их расчета, а также значение показателя в баллах. Показатели распределены по условиям оказания медицинской помощи	▪ Объем показателей несколько **избыточен**, сбор и анализ таких показателей потребуют больших трудозатрат
Приказ Минздрава России от 30.12.2014 № 956н «Об информации, необходимой для проведения независимой оценки качества оказания услуг медицинскими организациями, и требованиях к содержанию и форме предоставления информации о деятельности медицинских организаций, размещаемой на официальных сайтах Министерства здравоохранения РФ, органов государственной власти субъектов РФ, органов местного самоуправления и медицинских организаций в информационно-телекоммуникационной сети Интернет»	▪ Устанавливает информацию, которая должна быть размещена **на интернет-сайте** о деятельности МО, в том числе об отзывах потребителей медицинских услуг. ▪ Устанавливает требования к содержанию и форме этой информации	▪ **Не указывается**, что информация должна содержать данные о рейтингах МО и объективных показателях КМП. ▪ Показатели сроков ожидания пациентами определенных видов вмешательств **не согласованы** с показателями, установленными в ПГГ

Продолжение табл. 29

Вид документа	Область регулирования	Комментарий/предложение
Приказ Минздрава России от 10.05.2017 № 203н «Об утверждении критериев оценки качества медицинской помощи» (вместо приказа Минздрава России от 15.07.2016 № 520н)	■ Содержит таблицы, представляющие собой перечень назначений того или иного диагностического исследования или лечебного вмешательства пациенту при определенном заболевании. Оценка выполнения дана по принципу «да» или «нет». Всего в приказе около **2,4 тыс. показателей**. ■ Для оценки КМП в медицинских организациях в развитых странах, как правило, используется не более **20–25 ключевых** показателей по конечным результатам деятельности по отдельным направлениям и видам оказания медицинской помощи. Когда выявляется отклонение от конечного результата, проводится детальный анализ того, как правильно лечили пациента. И делается это на основании клинических рекомендаций, других руководств и особенностей течения заболевания у конкретного больного	■ Непонятно, по каким критериям отбирались заболевания и их группы. ■ Представленные таблицы **дублируют** информацию, содержащуюся в клинических рекомендациях. ■ Сами показатели **избыточны** и не учитывают противопоказаний к назначению тех или иных врачебных вмешательств, соответственно, измерять по ним КМП практически невозможно. ■ Эти псевдопоказатели никак **не классифицированы**, не сопровождаются методиками их измерения, не установлены их целевые значения. Все это говорит **о непонимании** технологии разработки показателей КМП и международного опыта по этому вопросу. ■ Сбор и анализ результатов применения этих показателей потребуют огромных трудозатрат
Методические рекомендации по разработке органами государственной власти субъектов РФ и органами местного самоуправления показателей эффективности деятельности подведомственных государственных (муниципальных) учреждений, их руководителей и работников по видам учреждений и основным категориям работников, утвержденные приказом Минздрава России от 28.06.2013 № 421	■ Предназначены для **оценки объема и качества** государственных услуг в МО для перевода работников на «эффективный» контракт. ■ Устанавливают отдельные **показатели** (от трех до восьми) для оценки деятельности МО, их руководителей и работников, **критерии** достижения целевых значений (50, 100% и др.) и соответствующие этим критериям **баллы** (от 0 до 3) для начисления заработной платы (п. 4). ■ Устанавливают также периодичность измерения представленных показателей — ежеквартально, также регламентируют создание комиссии по этому вопросу в МО. ■ Перечислены случаи, в которых выплаты стимулирующего характера руководителю учреждения и работникам вообще **не начисляются** (взимание денежных средств с пациентов, нарушение лицензионных требований и др.)	■ В приказе не установлены **методика** измерения показателей и их целевые значения. Соответственно, полученные данные будут **несопоставимы** между субъектами РФ. ■ Перечисленные показатели, строго говоря, **не относятся к показателям эффективности** деятельности как работников, так и МО (то есть не содержат оценки результатов с учетом затраченных средств) и крайне недостаточны для суждения об уровне качества и результативности этой деятельности. ■ Приказ **не согласован** с вышеназванными действующими приказами и показателями, установленными в п. IX ПГГ

Окончание табл. 29

Вид документа	Область регулирования	Комментарий/предложение
Письмо Минздрава России от 02.04.2015 № 17-9/10/2-1002 «О предоставлении участковыми терапевтами и врачами общей практики еженедельной и ежемесячной информации»	■ Рекомендует создать на участках **медико-социальные группы** (социальный работник, полицейский и медицинский работник), в задачи которых должно входить проведение профилактических бесед, патронаж хронических больных (алкоголизм, наркомания), контроль за приемом лекарственных препаратов. ■ Устанавливает еженедельный и ежемесячный **мониторинг смертности** населения на участках	■ Подобные меры в ситуации существенного дефицита врачей и среднего медицинского персонала, работающих в амбулаторных условиях, приведут к увеличению и без того большого документооборота в МО. ■ Профилактические беседы вряд ли будут эффективными в лечении больных наркоманией и алкоголизмом
Письмо Минздрава России от 21.05.2015 № 17-9/10/2-2324 «О формах мониторинга по смертности на участке»	■ Устанавливает формы отчетности по мониторингу смертности на участке и числу вызовов скорой медицинской помощи	См. выше
Приказ ФОМС от 28.02.2019 № 36 «Об утверждении Порядка организации и проведения контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию»	■ Регламентирует **Порядок** организации и проведения контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи, оплачиваемой за счет средств ОМС. ■ Суть изменений, внесенных в 2016 г. в приказ ФОМС от 01.12.2010 № 230 и перенесенных в настоящий приказ, сводится **к увеличению санкций к МО**. Например, введены избыточные нормы для контроля (в п. 24 — определена норма ежемесячных плановых проверок МЭЭ стационарной помощи — не менее 8% общего объема случаев), в этой связи СМО проверяют до 100% законченных случаев, непрерывно отвлекая медицинских работников от выполнения их прямых обязанностей и лишая учреждение оборотных средств. ■ Хотя данный приказ и ссылается на приказ Минздрава России от 10.05.2017 № 203н, сложно представить, как эксперты, проводящие экспертизу КМП, будут оценивать ее по 2,4 тыс. критериев	■ **Не должен** существовать отдельный контроль за КМП только по принципу разных источников оплаты (средства ОМС или бюджет) этой помощи. ■ Контроль КМП **неэффективен** в ситуации, когда не решаются вопросы с его обеспечением (например, обеспеченность медицинскими кадрами и условия для повышения их квалификации) и используются только штрафные санкции

ВЫВОДЫ И ПРЕДЛОЖЕНИЯ К РАЗДЕЛУ 5.10

- Действующая нормативная база по вопросам управления КМП — **неполная, противоречива**, **сконцентрирована преимущественно на контроле** и **не соответствует международным нормам**. Как следствие, на ее базе нельзя создать единую систему обеспечения КМП в РФ.
- Необходимо принять срочные меры по **актуализации нормативной базы** по вопросам КМП, для чего создать специальный департамент в Минздраве России и соответствующие отделы в региональных органах управления здравоохранением. Департамент должен разработать государственную программу обеспечения КМП и актуализировать нормативную базу.
- Все установленные порядки контроля КМП и КМД, вне зависимости от источника финансирования медицинской помощи (ОМС, бюджет, частный сектор), необходимо **взаимосогласовать**. Контрольные показатели необходимо разделить по уровням:
  - медицинские работники;
  - медицинские организации;
  - органы управления здравоохранением регионов;
  - система здравоохранения РФ в целом;
  - оценка удовлетворенности пациентами.
- Большинство показателей КМП в РФ должно соответствовать принятым **в развитых странах** для осуществления сопоставимых сравнений. Целевые показатели КМП должны быть установлены на федеральном уровне.
- Мировой практикой обосновано[1], что санкции и штрафы приводят **к сокрытию ошибок**, препятствуют их открытому обсуждению и обучению других медицинских работников на этом опыте. В этой связи необходимо переориентировать систему обеспечения КМП преимущественно с контрольных мер **на профилактические принципы**, а именно:
  - унифицировать и резко сократить контрольные мероприятия;
  - развивать систему непрерывного медицинского образования;
  - открыто и регулярно (внутри системы здравоохранения на всех уровнях) обсуждать результаты оказания медицинской помощи;
  - проводить сравнение медицинских организаций и регионов по критериям качества и безопасности медицинской помощи;
  - создавать позитивные материальные и нематериальные стимулы для повышения КМП.
- Ряд новых предложений по организации системы обеспечения КМП представлен в разделе 5.11, о системе обеспечения КМП в развитых странах — в монографии «Здравоохранение России. Что надо делать», 2015[2].

---

[1] Crossing the global quality chasm: Improving health care worldwide // National Academies of Sciences, Engineering, and Medicine. Washington: The National Academies Press, 2018. — https://doi.org/10.17226/25152.

Berwick D. Connecting finance and quality. Healthcare Financial Management. October, 2008. — P. 53–55.

[2] Улумбекова Г.Э. Здравоохранение России. Что надо делать. — М.: ГЭОТАР-Медиа, 2015. — С. 360–368.

5.11. ПОКАЗАТЕЛИ ДЛЯ ОЦЕНКИ КАЧЕСТВА МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ НА ОСНОВЕ МЕЖДУНАРОДНОГО ОПЫТА

Общие положения

Сначала приведем несколько определений, которые наиболее часто используются при обсуждении вопросов оценки качества и доступности медицинской помощи.

Показатель (индикатор) — это обобщенная характеристика объекта, процесса или результата, значение которого чаще всего выражается в цифровой форме.

Критерий (мера) — это признак, на основании которого можно проводить оценку состояния объекта, процесса или результата, уровень (степень) достижения чего-либо, приближения к цели. Например, степень приближения фактического показателя к его целевому значению может составить 90% — это и есть критерий достижения цели.

Результативность (effectiveness) — это степень достижения запланированных результатов.

Эффективность (efficiency) — это соотношение достигнутых результатов (эффектов) и использованных ресурсов. Это всегда соотношение входа (затраты) и выхода (результаты). Оценка эффективности всегда происходит путем сравнения.

В здравоохранении чаще всего оценивают **результаты** оказания медицинской помощи, если же показатели результата отклоняются от заданного уровня, то изучают процессы и/или показатели, характеризующие инфраструктуру (обеспеченность кадрами, стационарными койками). Для **макроуровня** (системы здравоохранения в целом) используются такие показатели, как смертность, заболеваемость, инвалидность населения. Для **уровня медицинской организации** — эффективность использования диагностического оборудования, внутрибольничная летальность и др. На **уровне «врач—пациент»** обычно оценивают такие показатели, как правильность назначений, их соответствие клиническим рекомендациям. Обобщенные категории показателей КМП представлены на рис. 140.

Результативность	• На макроуровне — показатели здоровья населения • На микроуровне — результаты лечения пациента
Безопасность	• Созданы ли условия, чтобы предотвратить нежелательные последствия и ошибки
Доступность	• В какие сроки оказана медицинская помощь • Доступна ли она территориально • Доступна ли она финансово
Равенство	• Для жителей различных муниципалитетов, города и села в доступности к качественной медицинской помощи
Ориентированность на нужды пациента	• Оправдывает ли медицинская помощь ожидания пациента, как складывается взаимодействие с медицинскими работниками
Эффективность	• Получен ли максимально возможный (лучший) результат за имеющиеся ресурсы

Рис. 140. Категории показателей КМП, принятые в развитых странах

В последние 15 лет в развитых странах на национальном уровне уделяется повышенное внимание оценке деятельности медицинских организаций, в особенности оказывающих стационарную медицинскую помощь. Это связано как с усложнением технологий оказания медицинской помощи, так и с увеличением их стоимости. Усложнение технологий влечет за собой рост рисков для пациентов, как следствие, должны повышаться требования к безопасности медицинской помощи и усиливаться контроль за результатами. Увеличение стоимости технологий влечет за собой необходимость контроля за эффективностью их использования.

В оценке КМП наиболее часто используются следующие подходы: регулярная официальная инспекция, опросы потребителей, оценка третьей стороной (например, добровольная оценка на соответствие международным стандартам — Joint Commission International[1]), отчет по установленным показателям, внутренняя оценка.

Для оценки деятельности медицинских организаций обычно используют не более **100 показателей**, причем единых для национального уровня. Так, В Канаде, Голландии и Дании на национальном уровне для оценки деятельности больничных учреждений применяется порядка **50** показателей (как объективных, так и субъективных, основанных на мнении пациента), в Германии — около **100**[2] (*для справки*: в РФ это **2,4 тыс**. показателей; см. раздел 5.10). Примерно в половине случаев предоставление отчетности медицинских организаций по установленным показателям является **обязательным**. Всемирная организация здравоохранения (ВОЗ) также разработала перечень рекомендуемых показателей (индикаторов) для оценки деятельности боль-

[1] https://www.jointcommissioninternational.org/jci-accreditation-standards-for-hospitals-6th-edition/

[2] Groene O. An international review of projects on hospital performance assessment / O. Groene, J.K.H. Skau, A. Frolich // International Journal for Quality in Health Care. — 2008. — P. 1–10.

ниц. Этот проект получил название «Инструмент оценки эффективности для повышения качества работы больниц» (*Performance Assessment Tool for quality improvement in Hospitals* — PATH)[1]. Многие страны взяли его за основу.

В этой главе рассмотрены субъективные (опросы потребителей) и **объективные показатели** КМП, принятые в развитых странах для оценки деятельности медицинских организаций и систем здравоохранения в целом. В конце раздела приведена табл. 38, где представлены международно принятые показатели КМП и их средние значения в странах ОЭСР, «старых» и «новых-8» странах ЕС, а также в РФ. Следует отметить, что в РФ большинство общепринятых в развитых странах показателей КМП **не измеряется**. ВШОУЗ-КМК были сделаны расчеты этих показателей на основе форм статистической отчетности за 2014 г. (более новых данных в официальной отчетности не представлено). С учетом того что общий показатель внутрибольничной летальности в РФ с 2014 по 2018 г. увеличился (см. раздел 3.3), вероятнее всего, и другие показатели ухудшились или остались без изменения. Из табл. 38 следует, что РФ по большинству показателей КМП **во много раз отстает** от развитых стран.

Опыт стран ЕС по оценке КМП пациентами

Предоставление медицинской помощи, ориентированной на пациента, играет большую роль в политике здравоохранения в странах ЕС и ОЭСР. В разных странах опыт (мнение) пациентов рассматривается в качестве прямого источника информации и становится все более распространенным способом мониторинга, планирования и принятия решений в области здравоохранения. Проведенная работа по измерению и мониторингу опыта (мнения) пациентов во многих странах уже привела к улучшению показателей КМП.

В некоторых странах даже созданы специальные организации, которые являются ответственными за измерение и предоставление информации об опыте пациентов при обращении в медицинские организации. Для этого разработаны специальные инструменты: анкеты, стандартизированные процедуры анализа, формат предоставления публичной отчетности. В ряде случаев показатели, связанные с опытом пребывания пациентов в больнице (Patient-Reported Experience Measures), дополняют показателями, определяющими результаты их лечения и самочувствия (Patient-Reported Outcome Measures). Например, испытывает ли пациент после выписки боль, дискомфорт, беспокойство, депрессию, также оценивается состояние до и после определенного медицинского вмешательства (например, после эндопротезирования суставов) и т.д.

Данные о мнении пациентов публикуются в периодических национальных отчетах системы здравоохранения или размещаются на общедоступных веб-сайтах, демонстрирующих различия между разными больницами, регионами и периодами времени. Корея, Норвегия, Швеция и Великобритания используют результаты проведения опросов среди пациентов для дифференцированной оплаты медицинских организаций и врачей. Австралия, Канада, Чехия, Дания и Франция используют эти данные для информирования органов здравоохранения в целях контроля и регулирования деятельности медицинских организаций.

[1] Champagn F. The Performance Assessment Tool for Quality Improvement in Hospitals (PATH project), a general description / F. Champagn, A.-L. Guisset, J. Veillard, I. Trabut. — April, 2005. — P. 117.

Обычно пациентам задают простые и понятные вопросы, например: «Врач проводит достаточно времени с вами во время консультации?», «Врач объясняет понятно, как применять ЛС?», «Врач принимал решение о лечении совместно с вами?». В Бельгии и Люксембурге в 2013 г. более **95%** пациентов ответили положительно по всем вышеназванным вопросам. В Польше наблюдаются более низкие показатели (в среднем **53%** пациентов ответили положительно). В Австралии, Франции, Нидерландах и Швейцарии доля пациентов с положительным опытом составила **85%**[1].

Опыт Великобритании. Начиная с 2002 г. в Великобритании реализуется национальная программа исследования мнений пациентов (National Patient Survey Programme) в целях получения обратной связи от них[2]. Все крупные медицинские организации в Великобритании по закону обязаны проводить опросы среди своих пациентов по стандартной анкете, которая позволяет получить подробную информацию о том, как пациенты оценили медицинские услуги. Такой подход не только позволяет медицинским организациям сравнивать свою эффективность с другими, но и, проводя опросы регулярно, отслеживать прогресс в улучшении предоставляемых услуг. Результаты исследований медицинских организаций используются для оценки и мониторинга их эффективности как на региональном, так и на государственном уровне.

Комиссия по качеству медицинской помощи (Care Quality Commission), созданная в Великобритании, должна ежегодно оценивать эффективность деятельности медицинских организаций и присуждать баллы, в том числе и по результатам опросов пациентов.

На сегодняшний день в Великобритании используются следующие формализованные опросники.

- Опрос детей и подростков при лечении в стационаре, в том числе и дневном (Children and Young People's Inpatient and Day Case Survey).
- Опрос взрослых пациентов в стационаре (Adult Inpatient Survey).
- Диагностика психического здоровья (Community Mental Health Survey).
- Опрос в отделениях неотложной и экстренной медицинской помощи (Emergency Department Survey).
- Опросы в перинатальных центрах (Maternity Survey).

В анкетах пациентам задают конкретные вопросы о том, что с ними происходило во время их недавнего пребывания в больнице. Ответы на них важны, поскольку позволяют выявить острые проблемы и сконцентрировать на них управленческое воздействие. Пациенты часто оценивают свой опыт получения медицинских услуг довольно позитивно, но формулировка конкретных вопросов дает гораздо более подробную информацию о том, что на самом деле происходило.

В анкеты включают вопросы, касающиеся возраста, пола и этнической группы, чтобы выявить любое неравенство в отношении лечения пациентов. В каждом опросе есть раздел «Комментарии», который предоставляет пациентам возможность добровольно и в свободной форме оценить их опыт пребывания в медицинской организации. Все опросные листы отправляются по почте, и каждая заполненная анкета считается конфиденциальной.

[1] Health at a Glance 2015 // OECD Indicators, OECD Publishing. — Paris, 2015. — 216 p.

[2] About NHS patient surveys [Электронный ресурс]. — Режим доступа: URL: http://www.nhssurveys.org/

Каждый год вопросы анкеты пересматриваются, некоторые вопросы исключаются, некоторые добавляются. Опросник для взрослых пациентов, находившихся в стационаре, в 2016 г. состоял **из 84 вопросов**. Из каждой крупной медицинской организации было получено около **1250 заполненных анкет**. Вопросы анкеты оцениваются по 10-балльной шкале (10 — лучшее значение, 0 — худшее значение) и подразделяются на категории. В табл. 30 приведены примеры вопросов из каждой категории[1].

Таблица 30. Примеры вопросов из анкеты для взрослых пациентов, находившихся в стационаре, Великобритания

Категория	Примеры вопросов
1. Отделение экстренной медицинской помощи	Обеспечили ли вам конфиденциальность при осмотре и лечении в отделении экстренной помощи?
2. Лист ожидания плановых вмешательств	Была ли изменена ваша дата приема?
3. Ожидание предоставления койко-места после поступления в приемное отделение	С того момента, как вы приехали в больницу, как долго пришлось ждать, чтобы получить свое койко-место в палате?
4. Нахождение в палате	Вы когда-нибудь использовали ту же ванную или душевую зону, что и пациенты противоположного пола? Вас когда-нибудь беспокоил шум ночью от других пациентов? На ваш взгляд, насколько чистой была палата больницы или отделение, в котором вы были?
5. Взаимодействие с врачами	Когда у вас были вопросы, врач отвечал вам на них понятным образом? Вы испытывали доверие к врачам, которые вас лечили?
6. Взаимодействие с медицинскими сестрами	Когда у вас были вопросы, медицинские сестры отвечали вам на них понятным образом? Вы испытывали доверие к медицинской сестре, которая ухаживала за вами?
7. Уход и лечение	Достаточно ли информации о состоянии вашего здоровья или лечении было вам предоставлено? Считаете ли вы, что у вас было достаточно психологической поддержки со стороны персонала больницы во время пребывания в ней?
8. Операции (хирургические вмешательства) и другие процедуры	Кто-нибудь из сотрудников объяснял, что будет сделано во время операции или процедуры? Объясняли ли вам, как вы будете чувствовать себя после операции или процедуры?
9. Выписка из больницы	Были ли вам предоставлены данные о том, что вам следует делать после выписки из больницы? Рассказывал ли вам медицинский работник о побочных эффектах лечения?
10. Общие взгляды на уход и услуги	Во время вашего пребывания в больнице вас кто-нибудь просил высказать свое мнение о качестве предоставляемого медицинского ухода?
11. Общий опыт	Комментарии

[1] 2016 Adult Inpatient Survey: Quality and Methodology Report, Care Quality Commission // NHS Patient Survey Programme. — 2016. — 30 p.

Опыт США по оценке КМП и методика расчета национального рейтинга медицинских организаций

В США за последние годы апробировано около 10 различных систем оценки деятельности больничных учреждений, например: Best Hospitals Honor Roll[1], America's Best Hospitals[2], 100 Top Hospitals[3] и The Joint Commission Quality Check[4]. Все это предварило создание и внедрение **единой национальной системы** оценки деятельности медицинских организаций, разработанной по поручению министерства здравоохранения США (Centers for *Medicare & Medicaid Services* — CMS). В США в 2015 г. впервые был опубликован **рейтинг,** основанный на субъективных показателях (опросах пациентов), а в 2016 г. — комплексный, который уже включал **и субъективные, и объективные** показатели. В настоящее время каждая больница США **обязана** предоставлять отчеты по данным показателям с определенной периодичностью (ежеквартально, ежегодно)[5]. Результаты отчетов и рейтингов используются для определения объемов финансирования медицинских организаций из общественного страхового фонда (государственная страховая компания Medicare).

Для частнопрактикующих врачей и объединенных врачебных практик внедрена мотивационная система — the Merit-based Incentive Payment System (MIPS)[6]. Для стационаров внедрена система оплаты, основанная на ценностях, — the hospital Value-Based Purchasing (VBP) program[7]. В этих схемах учитывается как достижение целевых показателей, так и динамика их изменения. Те клиники, которые набрали необходимый суммарный балл, получают дополнительное финансирование, а те, которые не набрали, наоборот, — вычет из оплаты оказанных ими услуг.

Оценка деятельности медицинских организаций является мощным **управленческим инструментом**. Во-первых, путем объективного сравнения показателей качества и безопасности медицинской помощи можно выявить «лучшие» и «худшие» медицинские организации, соответственно, сфокусировать управленческое воздействие на «худших» и изучить опыт «лучших». Во-вторых, рейтинги, составленные на основании субъективных и объективных показателей, помогают пациентам в принятии решения о выборе

[1] U.S. News Hospitals Rankings and Ratings [Электронный ресурс]. — Режим доступа: URL: https://health.usnews.com/best-hospitals

[2] Top Hospitals [Электронный ресурс]. — Режим доступа: URL: http://www.healthgrades.com/quality/top-hospitals-2013

[3] The Watson Health 100 Top Hospitals program [Электронный ресурс]. — Режим доступа: URL: http://www.100tophospitals.com/

[4] Find a Gold Seal Health Care Organization [Электронный ресурс]. — Режим доступа: URL: https://www.qualitycheck.org/

[5] The Official U.S. Government Site for Medicare [Электронный ресурс]. — Режим доступа: URL: https://www.medicare.gov/

[6] Centers for Medicare and Medicaid Services [Электронный ресурс]. — Режим доступа: URL: https://www.cms.gov/Medicare/Quality-Initiatives-Patient-Assessment-Instruments/Value-Based-Programs/MACRA-MIPS-and-APMs/MACRA-MIPS-and-APMs.html

[7] Centers for Medicare and Medicaid Services [Электронный ресурс]. — Режим доступа: URL: https://www.cms.gov

больницы, а также мотивируют сами медицинские организации улучшать результаты своей деятельности. В-третьих, показатели эффективности деятельности медицинских организаций позволяют руководителям здравоохранения оценить, насколько рационально расходуются общественные ресурсы.

Оценка КМП пациентами. В США для оценки КМП пациентами в медицинских учреждениях был разработан специальный опросник — «Анкета для оценки пациентами больничных учреждений и медицинских центров» (Hospital Consumer Assessment of Healthcare Providers and Systems — HCAHPS)[1]. Научное исследование по разработке анкеты было начато в 2002 г. министерством здравоохранения США совместно с Агентством по исследованиям и качеству в области здравоохранения (Agency for Healthcare Research and Quality — AHRQ). Полученные вопросы анкеты были размещены для общественного обсуждения. В мае 2005 г. Национальный форум по качеству (National Quality Forum, организация, созданная для стандартизации измерения качества и отчетности в области здравоохранения) официально одобрил этот опросник. Сегодня он предназначен, во-первых, для получения сопоставимых данных между медицинскими организациями, во-вторых, для формирования публичной отчетности.

В опросе участвуют случайно отобранные пациенты, которые были недавно выписаны из больницы. Все вопросы разделены на категории. Примеры вопросов по категориям представлены в табл. 31.

Таблица 31. Примеры вопросов анкеты для пациентов, находившихся в стационаре, США

Категория	Вопросы
1. Взаимодействие с медицинскими сестрами	Во время пребывания в медицинском учреждении как часто медицинские сестры относились к вам вежливо и уважительно?
2. Взаимодействие с врачами	Во время пребывания в медицинском учреждении как часто врачи внимательно слушали вас, относились к вам вежливо и уважительно? Во время пребывания в больнице как часто врачи давали вам объяснения о лечении понятным образом?
3. Отзывчивость больничного персонала	Во время пребывания в больнице после того, как вы нажали кнопку вызова, как часто вы получали помощь в то время, на которое вы рассчитывали?
4. Управление болью	Во время пребывания в больнице как часто персонал больницы делал все возможное, чтобы помочь вам с вашей болью?
5. Информированность по поводу ЛС	Прежде чем дать вам какие-либо новые ЛС, как часто персонал медицинского учреждения объяснял вам, для чего необходимо ЛС, а также возможные побочные действия?
6. Информированность по поводу выписки	Когда я вышел из медицинского учреждения, я четко понимал назначение всех принимаемых мною ЛС?

[1] Hospital Consumer Assessment of Healthcare Providers of Systems [Электронный ресурс]. — Режим доступа: URL: http://www.hcahpsonline.org

Окончание табл. 31

Категория	Вопросы
7. Общая оценка состояния здоровья	Как бы вы в целом охарактеризовали свое здоровье?
8. Чистота в больнице	Во время пребывания в больнице как часто проводилась уборка в вашей палате и ванной комнате?
9. Комфортные условия пребывания в больнице	Во время пребывания в больнице как часто было тихо в ночное время в отделении?
10. Общая оценка больнице	Используя любое число от 0 до 10, где 0 является, возможно, наихудшим медицинским учреждением и 10, возможно, лучшим медицинским учреждением, какой номер вы бы использовали, чтобы оценить это медицинское учреждение?
11. Рекомендация больницы друзьям и близким	Вы бы рекомендовали это медицинское учреждение своим друзьям и семье?

Методика расчета баллов и рейтинга. На основании ответов на вопросы анкеты формируется рейтинг медицинских организаций США. Он рассчитывается по вышеуказанным 11 категориям, каждая из которых включает несколько вопросов анкеты. Все ответы на вопросы анкеты оцениваются, корректируются, масштабируются, усредняются и округляются для получения итоговой оценки. Это следующие 5 шагов.

Шаг 1. Преобразование вопросов анкеты в числовые значения. Все вопросы анкеты преобразуются в числовые значения. Ответы усредняются на уровне каждой больницы, чтобы сформировать средний показатель по больнице для каждой категории.

Шаг 2. Корректировка вопросов с учетом особенностей опрашиваемых пациентов. Применяется корректировка для различных возрастных групп пациентов, чтобы учесть тенденцию некоторых подгрупп пациентов реагировать более позитивно или негативно на исследование. Корректировки применяются к значениям каждого варианта ответа. Кроме этого, применяются поправочные коэффициенты в зависимости от того, как были получены результаты анкеты (по телефону или по электронной почте).

Шаг 3. Приведение числовых значений вопросов к единой 100-балльной шкале. Каждый показатель (вопрос анкеты) может содержать разное число вариантов ответа, например, пять или три. Если в обоих случаях пациент выбрал последний вариант ответа с максимальным числовым значением, то в первом случае он получит 5 баллов, во втором — 3 балла. Эти значения должны быть приведены к единой шкале измерения для сопоставления, для этого они преобразуются в линейную 100-балльную шкалу следующим образом: усредненное значение показателя с учетом поправочного коэффициента (M) за вычетом минимально возможного ответа на вопрос (R), деленное на максимально возможный ответ на вопрос (K) минус самый минимальный ответ (R).

$$100 \times \frac{M - R}{K - R}.$$

Шаг 4. Расчет итоговых оценок по категориям. На данном этапе производится расчет итоговой оценки больницы по каждой категории на основании данных, полученных на 3-м шаге.

Шаг 5. Преобразование полученных результатов в рейтинг. Применяя метод кластеризации, каждой больнице присваивается от одной (худшее значение) до пяти (лучшее значение) целых звезд (назначаются только целые звезды, частичные звезды не используются). Значения рассчитываются в целом для всей больницы и отдельно по каждой из 11 категорий. Рейтинг для каждой категории определяется путем применения алгоритма кластеризации к индивидуальным значениям показателей. С помощью алгоритма кластеризации создаются пять категорий (по числу звезд), так, чтобы больницам с похожими результатами в одной и той же категории присваивалось одинаковое количество звезд. Итоговый субъективный рейтинг больницы получается усреднением по 11 категориям.

Оценка КМП по объективным показателям. В 2014 г. министерство здравоохранения США для целей создания комплексного рейтинга по разработке системы оценки качества медицинской помощи и безопасности пациентов в больницах заключило контракт с медицинским центром — Yale New Haven Health Services Corporation/Center for Outcomes Research and Evaluation (YNHHSC/CORE). Для работы была создана рабочая группа по защите прав пациентов, а также была привлечена группа технических экспертов. В результате была разработана методология, которая позволяет рассчитать комплексный рейтинг каждой больницы на основании порядка **60** показателей[1]. Дополнительно к этим показателям с каждой больницы собирается общая информация, которая в дальнейшем используется для стандартизации. Общая информация включает следующие сведения: какие в ней применяются технологии лечения, какие методы в ней применяются для профилактики хирургических осложнений, какие средства диагностики используются в больнице, насколько стоимость оплачиваемых услуг выше или ниже средних значений по стране и др.

Показатели, которые используются для составления комплексного рейтинга медицинских организаций, делятся на следующие категории.

1. Показатели летальности пациентов в стационаре.
2. Безопасность пациентов.
3. Частота повторных госпитализаций.
4. Профилактическая направленность медицинской помощи.
5. Своевременность оказания медицинской помощи.
6. Эффективность использования диагностического оборудования.
7. Удовлетворенность пациентов.

Ниже приведены примеры показателей с формулой расчета и их средним значением в США в 2018 г.

[1] https://www.medicare.gov/hospitalcompare/About/Hospital-overall-ratings.html

1. Летальность пациентов в стационаре. Показатели летальности показывают, как часто госпитализированные пациенты умирают в течение 30 дней после поступления в стационар. Примеры показателей оценки летальности пациентов в стационаре представлены в табл. 32.

Таблица 32. Примеры показателей оценки летальности пациентов в стационаре

Показатель	Формула для расчета	Средний показатель в США
1. Летальность пациентов от инфаркта миокарда в течение 30 дней после поступления в стационар (возраст пациентов — 65 лет и старше)	Число умерших от инфаркта миокарда в течение 30 дней (в том же стационаре, в другом или на дому) × 100 / Число выписанных пациентов с диагнозом «инфаркт миокарда»	**12,9%**
2. Летальность пациентов после аортокоронарного шунтирования (АКШ) в течение 30 дней после поступления в стационар (возраст пациентов — 65 лет и старше)	Число смертей в стационаре после проведения АКШ в течение 30 дней (в том же стационаре, в другом или на дому) × 100 / Число выписанных пациентов, которым выполнено АКШ	**3,2%**
3. Летальность пациентов от пневмонии в течение 30 дней после поступления в стационар (возраст пациентов — 65 лет и старше)	Число умерших от пневмонии в течение 30 дней (в том же стационаре, в другом или на дому) × 100 / Число пациентов, выписанных с диагнозом «пневмония»	**13,8%**

2. Безопасность пациентов. Показатели, входящие в эту группу, предоставляют информацию об инфекциях, которые проявляются во время пребывания пациента в больнице. Многие из этих инфекций можно предотвратить с помощью надлежащих процедур и соблюдения мер безопасности. Примеры показателей оценки безопасности пациентов представлены в табл. 33.

Таблица 33. Примеры показателей оценки безопасности пациентов

Показатель	Формула для расчета	Средний показатель в США
1. Частота инфекций мочевыводящих путей, ассоциированных с установкой мочевыводящего катетера	Число пациентов с катетер-ассоциированными инфекциями мочевыводящих путей × 100 / Число пациенто-дней с катетером	—
2. Частота заражений кишечными инфекциями в стационаре	Число случаев лабораторно подтвержденного инфицирования *Clostridium difficile* (*C. diff.*) × 100 / Число пациенто-дней в стационаре	—

При измерении показателя важно, чтобы сбор данных о пациентах проходил унифицированно. Мочевыводящий катетер может стать источником проникновения серьезных инфекций (КАИ — катетер-ассоциированная инфекция) в мочевыводящие пути, когда он установлен неправильно, или не соблюдается чистота в отделении, или когда катетер находится на месте в течение длительного периода времени. Для того чтобы избежать этого, важно соблюдать стандарты (протоколы) безопасности и постоянно контролировать медицинский персонал.

Clostridium difficile (*C. diff.*) — это тип бактерий, вызывающий воспаление толстой кишки. Этот вид инфекции может вызвать сильную диарею, лихорадку, потерю аппетита, тошноту и боль в животе. Сотрудники больницы могут предотвратить инфицирование *C. diff.*, соблюдая определенные меры предосторожности, такие как мытье рук, использование защитных перчаток и халатов, практикуя ответственное использование антибиотиков и используя стерильное оборудование. Ответственное использование антибиотиков включает ограничение дозировки и продолжительности лечения, а также избегание использования антибиотиков широкого спектра действия, когда можно воспользоваться антибиотиком узкого спектра.

Для справки: в стационарах США ежегодно регистрируется более **700 тыс.** различных инфекционных осложнений (2% от 34 млн госпитализаций). Из них больше **10%** приводят к смертельным осложнениям. Мочевыводящий катетер устанавливается в среднем у **20%** госпитализированных пациентов[1]. Небезопасное и необоснованное применение катетера приводит к увеличению числа дней пребывания пациента в стационаре (на 2–3 дня), к дополнительным расходам и увеличивает риск смерти (2,3% смертей от общих случаев КАИ). При этом от 17 до 70% случаев КАИ может быть предотвращено с помощью специальных мер.

3. Частота повторных госпитализаций. Уровень повторной незапланированной госпитализации показывает, были ли пациенты, которые ранее уже были выписаны из больницы, снова госпитализированы в стационар в течение 30 дней после выписки. Эта группа показателей помогает определить, сделала ли больница все возможное, чтобы предотвратить возникновение осложнения заболевания, были ли предоставлены пациенту четкие инструкции по тому, как организовать уход на дому. Примеры показателей оценки частоты повторных госпитализаций представлены в табл. 34.

4. Профилактическая направленность оказания медицинской помощи. Показатели, входящие в эту группу, указывают, насколько медицинские организации своевременно проводят профилактические и лечебно-диагностические вмешательства, которые позволяют предотвратить заболевания и их осложнения. Примеры показателей оценки результативности оказания медицинской помощи представлены в табл. 35.

[1] Centers for Disease Control and Prevention. «Estimating Health Care-Associated Infections and Deaths in U.S. Hospitals, 2011» Available online at http://www.cdc.gov/HAI/surveillance/

Таблица 34. Примеры показателей оценки частоты повторных госпитализаций

Показатель	Формула для расчета	Средний показатель в США
1. Частота незапланированных повторных госпитализаций пациентов с инфарктом миокарда в течение 30 дней	Число незапланированных повторных госпитализаций пациентов с инфарктом миокарда в течение 30 дней × 100 / Число госпитализаций пациентов за год	**15,7%**
2. Частота незапланированных повторных госпитализаций пациентов после АКШ в течение 30 дней	Число незапланированных повторных госпитализаций пациентов после АКШ в течение 30 дней × 100 / Число госпитализаций пациентов за год	**12,8%**
3. Частота незапланированных повторных госпитализаций пациентов с пневмонией в течение 30 дней	Число незапланированных повторных госпитализаций пациентов с пневмонией в течение 30 дней × 100 / Число госпитализаций пациентов за год	**16,6%**

Таблица 35. Примеры показателей оценки результативности оказания медицинской помощи

Показатель	Формула для расчета	Средний показатель в США
1. Доля пациентов, получивших вакцинацию от гриппа	Число пациентов, получивших прививку от гриппа (неважно, в каком медицинском учреждении) + число пациентов, которые отказались от прививки × 100 / Число пациентов, которые обращались в медицинское учреждение хотя бы 1 раз в период с 1 октября по 1 марта	**94%**
2. Доля пациентов, обратившихся в АПУ с подозрением на ишемию (инфаркт) миокарда, которые получили аспирин в течение 24 ч после поступления в приемное отделение (стационарное отделение СМП)	Число пациентов, обратившихся в АПУ с подозрением на ишемию (инфаркт) миокарда, которые получили аспирин в течение 24 ч после поступления в приемное отделение × 100 / Число пациентов в приемном отделении с подозрением на инфаркт миокарда	**96%**
3. Доля пациентов, поступивших в приемное отделение (стационарное отделение СМП) с симптомами ОНМК и которые получили КТ/МРТ головного мозга в течение 45 мин с момента поступления	Число пациентов, поступивших в приемное отделение с симптомами ОНМК и получивших КТ/МРТ головного мозга в течение 45 мин с момента поступления × 100 / Число пациентов, которые поступили в отделение неотложной помощи с подозрением на ОНМК, симптомы которого начали проявляться не более 2 ч назад	**70%**

5. Своевременность оказания медицинской помощи. Показатели этой группы измеряют сроки оказания помощи в отделениях экстренной медицинской помощи при стационарах (emergency department; для России это аналог стационарного отделения скорой медицинской помощи — СМП). Задержки в оказании необходимой помощи увеличивают риски осложнений у пациентов с тяжелыми заболеваниями или травмами. Время ожидания в разных медицинских организациях может варьироваться в зависимости от количества наблюдаемых пациентов, уровня укомплектования персоналом, производительности труда персонала, наличия стационарных коек для размещения пациентов в соответствующем отделении. Примеры показателей оценки своевременности оказания медицинской помощи представлены в табл. 36.

Таблица 36. Примеры показателей оценки своевременности оказания медицинской помощи

Показатель	Средний показатель в США
1. Среднее время, которое проводят поступившие по экстренным показаниям пациенты в приемном отделении от момента поступления до момента направления в профильное отделение	**4 ч**
2. Среднее время, в течение которого пациент с загрудинной болью получил ЭКГ от момента обращения в ЛПУ	**8 мин**
3. Среднее время, которое пациент с экстренными показаниями проводит в приемном отделении, прежде чем он будет осмотрен врачом	**22 мин**

Первый показатель таблицы учитывает среднее время, проведенное в приемном отделении — с момента прибытия и до того времени, когда пациенты переводятся в профильное отделение. В расчет включаются только те пациенты, которые были госпитализированы в стационар. Считается, что пациенты с болью в груди или с подозрением на инфаркт миокарда должны пройти ЭКГ по прибытии в приемное отделение в сроки до 10 мин (второй показатель в табл. 36). Если пациенты получают ЭКГ, прежде чем они попадают в больницу (например, в машине скорой помощи), это считается как 0 мин.

Третий показатель таблицы учитывает среднее время в минутах, проведенное в приемном отделении, с момента прибытия пациента до того момента, когда он был осмотрен медицинским работником и отпущен домой. В расчет этого показателя не входят пациенты, которые были госпитализированы в стационар после осмотра, которые умерли в отделении неотложной помощи или уехали, будучи не принятыми. Чем ниже значение этого показателя, тем он считается лучше.

6. Эффективность использования диагностического оборудования. В табл. 37 представлены примеры показателей, входящие в группу эффективности использования диагностического оборудования (компьютерная томография — КТ, магнитно-резонансная томография — МРТ, маммография). Если значения показателей являются высокими, это может означать, что больница проводит ненужные исследования.

Таблица 37. Примеры показателей оценки эффективности использования диагностического оборудования

Показатель	Формула для расчета	Средний показатель в США
1. Доля пациентов амбулаторно-поликлинического отделения с болью в нижней части спины или поясницы, которым было рекомендовано сделать МРТ, прежде чем было назначено лечение, в том числе физиотерапия	Число пациентов с болью в нижней части спины или поясницы, которым было сделано МРТ до того, как было назначено медикаментозное лечение, в том числе физиотерапия × 100 / Число всех пациентов с болью в нижней части спины или поясницы	**39,5%**
2. Доля пациентов, которым одновременно было сделано КТ головного мозга и КТ придаточных пазух носа	Число пациентов, которым одновременно было сделано КТ головного мозга и КТ придаточных пазух носа в одном и том же учреждении в один и тот же день × 100 / Число всех пациентов, которым было сделано КТ головного мозга	**2,9%**

Первый показатель может указывать на излишние назначения МРТ-исследований. Клинические рекомендации по ведению пациентов с болями в пояснице указывают, что, прежде чем назначить МРТ-исследование, необходимо выяснить, помогает ли медикаментозное или физиотерапевтическое лечение, чтобы избежать ненужного стресса и риска для пациента или излишних затрат на проведение МРТ.

Проведение КТ головы и придаточных пазух носа подвергает пациентов воздействию высокого уровня радиации. Если у пациента с головной болью есть подозрение на хронический или острый синусит, то сначала выполняется КТ пазух, прежде чем решать, нужно ли также проведение КТ головного мозга. Эксперты не рекомендуют делать оба исследования сразу, за исключением случаев, когда у врача есть подозрение, что у пациента может быть травма головы, новообразование или серьезная инфекция.

7. Удовлетворенность пациентов. Примеры показателей оценки удовлетворенности пациентов рассмотрены выше, в табл. 30–31.

Методология расчета комплексного рейтинга медицинских организаций в США. Для расчета комплексного рейтинга медицинской организации применяется специально разработанная методология, которая состоит из следующих 5 шагов.

Шаг 1. Выбор и стандартизация показателей для включения в итоговый рейтинг. В расчет рейтинга следует включать такие показатели, которые собираются в большинстве медицинских организаций, которые можно четко измерить и которые отвечают требованиям публичной отчетности.

Прежде чем объединять показатели в оценку, каждый показатель сначала преобразуется к единой числовой шкале измерения и стандартизуется с учетом единиц измерения показателей (количество, проценты, время).

Шаг 2. Распределение показателей по группам. Все возможные для анализа показатели распределяются по группам, которые были рассмотрены выше.

Шаг 3. Вычисление показателей модели. Для этого используется метод регрессионного анализа. Суть регрессионного анализа заключается в выявлении количественных связей (они выражаются в коэффициентах) между переменными (значениями показателей), которые влияют на конечный результат по группе показателей.

Шаг 4. Расчет суммарного балла больницы с учетом удельного веса каждой группы показателей. Получив на предыдущем этапе оценку для каждой больницы и каждой группы показателей, вычисляется средневзвешенное значение, которое объединяет семь значений групп в единый итоговый балл больницы. Удельный вес каждой группы показателей представлен на рис. 141.

Рис. 141. Удельный вес групп показателей для построения рейтинга

Шаг 5. Применение алгоритма кластеризации для получения итоговых оценок. Методология рейтинговой оценки больниц использует алгоритм кластеризации, чтобы разделить все больницы, участвующие в рейтинге, на пять групп. Больницам, которые имеют минимальное значение итогового показателя, присваивается одна звезда, а больницам с высоким значением — пять звезд.

В табл. 38 приведены сравнения показателей качества и доступности медицинской помощи в РФ и развитых странах. Из нее следует, что в РФ большинство показателей не измеряется в соответствии с международно принятыми методиками, а имеющиеся значения показателей значительно хуже, чем в изучаемых странах.

Таблица 38. Сравнение показателей КМП в России, странах ОЭСР, «старых» странах ЕС и «новых-8» странах ЕС

Показатель	Единица измерения	РФ[1], 2014 г.	ОЭСР в среднем[2], 2015 г.	«Старые» страны ЕС, 2015 г.	«Новые-8» страны ЕС[3], 2015 г.
I. Показатели, характеризующие КМП в амбулаторных условиях и необоснованные госпитализации[4]					
Число пациентов старше 15 лет, госпитализированных в стационар с диагнозом «бронхиальная астма»	Число пациентов на 100 тыс. населения соотв. возраста	**128[5]**	**45**	**38**	**72**
Число пациентов старше 15 лет, госпитализированных в стационар с диагнозом «ХОБЛ»	Число пациентов на 100 тыс. населения соотв. возраста	**320[6]**	**190**	**177**	**183**
Число пациентов старше 15 лет, госпитализированных в стационар с диагнозом «застойная сердечная недостаточность»	Число пациентов на 100 тыс. населения соотв. возраста	**361[7]**	**228**	**231**	**439**
Число пациентов старше 15 лет, госпитализированных в стационар с диагнозом «сахарный диабет»	Число пациентов на 100 тыс. населения соотв. возраста	**381[8]**	**137**	**117**	**180**
Число пациентов старше 15 лет, госпитализированных в стационар с диагнозом «сахарный диабет», которым была ампутирована нижняя конечность (конечности)	Число пациентов на 100 тыс. населения	—	**6,4**	**5,3**	**5,3**
Прием антибиотиков в амбулаторных условиях	Число стандартных дневных доз на 1 тыс. населения в день	—	**20**	**21**	**22**
II. Показатели, характеризующие КМП в стационарных условиях[9]					
Внутрибольничная летальность пациентов старше 45 лет с острым инфарктом миокарда в течение 30 дней от момента поступления	Число случаев на 100 госпитализаций соотв. возраста	**16,5[10]**	**7,5**	**6,6**	**6,7**
Внутрибольничная летальность пациентов старше 45 лет с ишемическим инсультом в течение 30 дней от момента поступления	Число случаев на 100 госпитализаций соотв. возраста	**13,7[11]**	**8,2**	**7,6**	**10,7**
Внутрибольничная летальность пациентов старше 45 лет с геморрагическим инсультом в течение 30 дней от момента поступления	Число случаев на 100 госпитализаций соотв. возраста	**43,2[12]**	**22,6**	**21,7**	**30,4**

Продолжение табл. 38

Показатель	Единица измерения	РФ[1], 2014 г.	ОЭСР в среднем[2], 2015 г.	«Старые» страны ЕС, 2015 г.	«Новые-8» страны ЕС[3], 2015 г.
III. Показатели, характеризующие безопасность медицинской помощи в стационарных условиях[13]					
Частота случаев послеоперационного сепсиса при полостных операциях	Число случаев на 100 тыс. полостных операций	—	**2117**	**2103**	**359**
Частота случаев легочной эмболии после хирургического вмешательства во время операции на бедре и колене	Число случаев на 100 тыс. хирургических вмешательств данного вида (бедро и колено)	—	**301**	**291**	**58**
Частота случаев тромбоза глубоких вен после хирургического вмешательства во время операции на бедре и колене	Число случаев на 100 тыс. хирургических вмешательств данного вида (бедро и колено)	—	**357**	**556**	**68**
Частота случаев оставления инородного тела (хирургических принадлежностей) после оперативного вмешательства	Число случаев на 100 тыс. операционных вмешательств	—	**5,4**	**6,1**	**0,4**
Частота случаев акушерской травмы рожениц при вагинальных родах с применением щипцов	Число случаев на 100 соотв. родов	—	**5,7**	**5,1**	**0,9**
Частота случаев акушерской травмы рожениц при вагинальных родах без применения щипцов	Число случаев на 100 соотв. родов	—	**1,5**	**1,6**	**0,1**
Несоответствие лечения установленным стандартам и клиническим рекомендациям, правилам (выборочные исследования)	Доля	**22%[14]**	**5%**	—	—
IV. Показатели, характеризующие КМП пациентам с онкологическими заболеваниями					
Скрининг женщин в возрасте 50–69 лет на рак молочной железы	Доля в общей численности женщин соответствующего возраста	—	**61%**	**65%**	**54%**
Пятилетняя относительная выживаемость женщин с диагнозом «рак молочной железы» (то есть по сравнению с популяцией женщин такого же возраста, не имеющих этого диагноза)	Доля	**73%[15]**	**85%**	**86%**	**78%**
Смертность пациентов с диагнозом «рак молочной железы»	Число случаев на 100 тыс. женщин (стандартизованный коэффициент)	**14,2[16]**	**24,9**	**26,8**	**26,5**

Продолжение табл. 38

Показатель	Единица измерения	РФ[1], 2014 г.	ОЭСР в среднем[2], 2015 г.	«Старые» страны ЕС, 2015 г.	«Новые-8» страны ЕС[3], 2015 г.
Пятилетняя относительная выживаемость пациентов с диагнозом «рак толстой кишки» (то есть по сравнению с популяцией, не имеющей этого диагноза)	Доля	**65%**	**63%**	**63%**	**54%**
Пятилетняя относительная выживаемость пациентов с диагнозом «рак прямой кишки» (то есть по сравнению с популяцией, не имеющей этого диагноза)	Доля	**63%**	**52%**	**62%**	**50%**
Смертность пациентов с диагнозом «рак толстой и прямой кишки»	Число случаев на 100 тыс. населения (стандартизованный коэффициент)	—	**23,9**	**22,8**	**31,4**
V. Показатели, характеризующие КМП пациентам, страдающим психическими заболеваниями					
Число случаев повторных госпитализаций среди населения старше 15 лет с диагнозом «шизофрения» в то же учреждение в течение 30 дней (2011)	Число случаев на 100 пациентов	—	**11,4**	**11,4**	**8,7**
Число случаев повторных госпитализаций среди пациентов старше 15 лет с диагнозом «биполярное расстройство» в то же учреждение в течение 30 дней (2011)	Число случаев на 100 пациентов	—	**10,6**	**11,4**	**7,8**
Самоубийство в стационаре среди пациентов с психическим расстройством среди лиц старше 15 лет	Число случаев на 100 пациентов	—	—	**0,04**	**0,01**
Самоубийство в стационаре в течение 30 дней после поступления среди пациентов с психическим расстройством, среди лиц старше 15 лет	Число случаев на 100 пациентов	—	—	**0,07**	**0,09**
Самоубийство в стационаре в течение 1 года после поступления среди пациентов с психическим расстройством, среди лиц старше 15 лет	Число случаев на 100 пациентов	—	—	**0,25**	**0,31**
VI. Показатели, характеризующие оказание медицинской помощи детям и новорожденным[17]					
Число пациентов, госпитализированных в стационар с диагнозом «бронхиальная астма»	Число пациентов на 100 тыс. населения соотв. возраста	**206[18]**	—	—	—

Продолжение табл. 38

Показатель	Единица измерения	РФ[1], 2014 г.	ОЭСР в среднем[2], 2015 г.	«Старые» страны ЕС, 2015 г.	«Новые-8» страны ЕС[3], 2015 г.
Число пациентов, госпитализированных в стационар с диагнозом «сахарный диабет»	Число пациентов на 100 тыс. населения соотв. возраста	**124**[19]	—	—	—
Число пациентов, госпитализированных в стационар с диагнозом «гастроэнтерит»	Число пациентов на 100 тыс. населения соотв. возраста	**88**[20]	—	—	—
Младенческая смертность	Число случаев на 1000 родившихся живыми	**5,6** (Росстат)	**3,9**	**3,3**	**3,8**
Неонатальная смертность	Число умерших в возрасте до 28 дней на 1000 родившихся живыми	**3,5**[21]	**2,6**	**2,3**	**2,6**
Перинатальная смертность	Число умерших в возрасте до 7 дней на 1000 родившихся живыми и мертвыми	**7,5** (Росстат)	**5,3**	**6,3**	**4,3**
VII. Показатели, характеризующие КМП для пациентов старшей возрастной группы населения[22]					
Доля лиц старше 65 лет	Доля среди всего населения	**14,2%** (Росстат)	**17,1%**	**19,9%**	**17,3%**
Доля лиц старше 65 лет, оценивающих свое здоровье как очень хорошее и хорошее	Доля среди населения соответствующего возраста	**5%**[23]	**43%**	**43%**	**18%**
Доля лиц старше 65 лет, ограниченных в повседневной деятельности	Доля среди населения соответствующего возраста	—	**50%**	**54%**	**72%**
Распространенность деменции среди населения	Число случаев на 1000 населения	**10** (ОЭСР)	**15**	**19**	**10**
Доля лиц старше 65 лет, получающих услуги по долговременному уходу (в домах престарелых и дома)	Доля от населения соответствующего возраста	**2,6%** (расчет ВШОУЗ-КМК)	**13,0%**	**11,3%**	**5,2%**
Доля лиц старше 65 лет, получающих услуги по долговременному уходу дома	Доля от населения соответствующего возраста, получающего долговременный уход	—	**67%**	**67%**	**72%**

Продолжение табл. 38

Показатель	Единица измерения	РФ[1], 2014 г.	ОЭСР в среднем[2], 2015 г.	«Старые» страны ЕС, 2015 г.	«Новые-8» страны ЕС[3], 2015 г.
Доля сиделок, работающих неофициально, от числа лиц старше 50 лет	Доля	—	**13%**	**16%**	**13%**
Доля пациентов старше 65 лет, которым проведена операция при переломе шейки бедра в течение 48 ч после поступления	Доля среди населения соответствующего возраста	—	**81%**	**80%**	**79%**
Число коек длительного ухода в домах престарелых, социальных учреждениях и в системе здравоохранения среди лиц старше 65 лет	Число коек на 1000 населения старше 65 лет	**13,5** (расчет ВШОУЗ-КМК)	**49,7**	**49,2**	**29,8**
Социальные работники (длительного ухода)	На 100 человек старше 65 лет	**3,0** (расчет ВШОУЗ-КМК)	**6,0**	**5,0**	**3,0**
Расходы на услуги по долговременному уходу	Доля ВВП	**0,2%** (расчет ВШОУЗ-КМК)	**1,7%**	**1,2%**	**0,5%**
Показатель охвата иммунизацией против вируса гриппа граждан старше 65 лет	Доля среди населения соответствующего возраста	—	**49%**	**53%**	**16%**
VIII. Показатели, характеризующие ориентированность амбулаторной медицинской помощи на пациента[24]					
Число пациентов, которые отметили, что врач первичного звена провел с ними достаточно времени	Стандартизованный коэффициент от 100 опрошенных	—	**81**	—	—
Число пациентов, которые отметили, что врач первичного звена дал им доступные объяснения по заболеванию	Стандартизованный коэффициент от 100 опрошенных	—	**89**	—	—
Число пациентов, которые отметили, что врач первичного звена дал им возможность задать вопросы об их заболевании	Стандартизованный коэффициент от 100 опрошенных	—	**83**	—	—
Число пациентов, которые отметили, что врач первичного звена обсудил с ними лечение их заболевания	Стандартизованный коэффициент от 100 опрошенных	—	**86**	—	—

Окончание табл. 38

Показатель	Единица измерения	РФ[1], 2014 г.	ОЭСР в среднем[2], 2015 г.	«Старые» страны ЕС, 2015 г.	«Новые-8» страны ЕС[3], 2015 г.
IX. Показатели, характеризующие доступность оказания медицинской помощи					
Доля пациентов в возрасте 18 лет и старше, которые не смогли попасть к врачу первичного звена при необходимости (хоть 1 раз в год)	Доля от 100 опрошенных	**33%**[25]	**14%** (США)	—	—
Число пациентов старше 15 лет, которые не смогли пройти обследование и последующее лечение в стационаре из-за его высокой стоимости	Стандартизованный коэффициент от 100 опрошенных	—	**4,7**	—	—
Число пациентов старше 15 лет, которые не смогли попасть на консультацию к врачу из-за его стоимости	Стандартизованный коэффициент от 100 опрошенных	**23**[26]	**10,5**	—	—
Число пациентов, которые не смогли принимать назначенное ЛС из-за его стоимости	Стандартизованный коэффициент от 100 опрошенных	—	**7,1**	—	—
Доля пациентов, которые не были осмотрены врачом в стационарном отделении скорой медицинской помощи	Доля пациентов, которые поступили и обратились в эти отделения, %	—	**1,5% (США)**	—	—
Среднее время ожидания планового хирургического вмешательства	Дни	**Не более 30** (норматив)	**16–42** (Нидерланды)	**Не более 30** (Германия)	—
Время доезда скорой медицинской помощи по жизнеугрожающим состояниям (в том числе ДТП)	Минуты	**20** (90% выездов)	**9,5–11,0** (Канада)	**7,5–8,0** (Германия, Великобритания)	—

[1] Показатели для РФ рассчитаны для населения в возрасте 18 лет и старше по числу выписанных и умерших (всего). Источник: ФСН № 14 за 2014 г. «Сведения о деятельности подразделений медицинской организации, оказывающих медицинскую помощь в стационарных условиях».

[2] Данные по странам ОЭСР и ЕС представлены за 2015 г. (или последний возможный) согласно сборнику Health at a Glance 2017 и базе данных ОЭСР (OECD.Stat: http://stats.oecd.org/Index.aspx?DataSetCode=HEALTH_STAT), обновление — ноябрь 2017 г. Показатели по странам ОЭСР и ЕС — стандартизованные.

[3] «Новые-8» страны ЕС включают: Чехию, Эстонию, Венгрию, Латвию, Литву, Польшу, Словакию и Словению, близкие к РФ по ВВП на душу населения в год. Рассчитаны как средневзвешенное с учетом численности населения среди имеющихся данных за последний возможный год.

[4] Дополнительный перечень заболеваний для необоснованных госпитализаций: бактериальная пневмония, дегидратация, инфекции мочевыводящих путей, перфорированный аппендицит, неосложненная стенокардия, не требующая оперативного вмешательства.

[5] Показатель для РФ включает: астму и астматический статус (коды по МКБ-10: J45, J46). Расчет: (151 081+420) (общее число выписанных и умерших) × 100 000 ÷ 118 020 005 (среднегодовая численность населения в возрасте 18 лет и старше в 2014 г.) = 128 случаев.

[6] Показатель для РФ включает: бронхит хронический и неуточненный, эмфизему, другую хроническую обструктивную легочную болезнь, бронхоэктатическую болезнь (коды по МКБ-10: J40–J43, J44, J47). Расчет: (370 216+7682) (общее число выписанных и умерших) × 100 000 ÷ 118 020 005 (среднегодовая численность населения в возрасте 18 лет и старше в 2014 г.) = 320,2 случая.

[7] Показатель для РФ называется «другие болезни сердца» и включает: кардиомиопатию, острый и подострый эндокардит, острый миокардит, предсердно-желудочковую блокаду, желудочковую тахикардию, фибрилляцию и трепетание предсердий, острый перикардит (коды по МКБ-10: I33, I40, I42, I44.0–I44.3, I47.2, I48). Расчет: (412 025+13 527) (общее число выписанных и умерших) × 100 000 ÷ 118 020 005 (среднегодовая численность населения в возрасте 18 лет и старше в 2014 г.) = 360,6 случая.

[8] Показатель для РФ включает: сахарный диабет 1-го и 2-го типа, а также с поражением глаз (коды по МКБ-10: E10–E14). Расчет: (440 683+9108) (общее число выписанных и умерших) × 100 000 ÷ 118 020 005 (среднегодовая численность населения в возрасте 18 лет и старше в 2014 г.) = 381,1 случая.

[9] Показатели для РФ рассчитаны на население старше трудоспособного возраста (женщины старше 55 лет, мужчины — старше 60 лет). Источник: ФСН № 14 за 2014 г. «Сведения о деятельности подразделений медицинской организации, оказывающих медицинскую помощь в стационарных условиях».

[10] Расчет: 21 533 (число умерших) ÷ 130 502 (общее число выписанных и умерших) × 100 = 16,5 случая.

[11] Показатель по РФ включает: инфаркт мозга, инсульт неуточненный, как кровоизлияние или инфаркт, церебральный атеросклероз (коды по МКБ-10: I63, I64, I67.2). Расчет: 65 642 (число умерших) ÷ 480 648 (общее число выписанных и умерших) × 100 = 13,7 случая.

[12] Показатель по РФ включает: субарахноидальное кровоизлияние, внутримозговое и другое внутричерепное кровоизлияние (коды по МКБ-10: I60–I62). Расчет: 21 585 (число умерших) ÷ 49 923 (общее число выписанных и умерших) × 100 = 43,2 случая.

[13] Дополнительные показатели: наличие пролежней у пациентов; смертность в группе пациентов, имеющих несерьезные осложнения; ятрогенный пневмоторакс; инфекции, вызванные катетеризацией центральных вен; послеоперационный перелом шейки бедра; послеоперационное кровотечение или гематома; послеоперационные метаболические или физиологические нарушения; послеоперационная дыхательная недостаточность; трансфузионные реакции в стационаре.

[14] https://medvestnik.ru/content/news/Eksperty-usomnilis-v-dannyh-FOMS-po-vrachebnym-oshibkam.html. Доля нарушений по итогам ЭКМП, ФОМС, по результатам ЭКМП, ФОМС, 2017 г.

[15] Для РФ — доля больных, состоявших на учете в онкологических учреждениях 5 лет и более с момента установления диагноза злокачественного новообразования, от числа состоявших на учете на конец отчетного года 5 лет назад. Источник: статистический ежегодный сборник «Состояние онкологической помощи населению России в 2017 г.» // МНИОИ им. П.А. Герцена (табл. 8, стр. 20).

[16] Стандартизованные показатели по мировому стандарту. Источник: статистический ежегодный сборник «Злокачественные новообразования в России в 2017 г. (заболеваемость и смертность)» // МНИОИ им. П.А. Герцена (табл. 63, С. 141–143).

[17] Показатели для РФ рассчитаны для населения в возрасте 0–17 лет. Источник: ФСН № 14 за 2014 г. «Сведения о деятельности подразделений медицинской организации, оказывающих медицинскую помощь в стационарных условиях». Дополнительные показатели: инфекционные осложнения в перинатальном периоде; отдельные состояния, возникающие в перинатальном периоде; летальность детей после операционных вмешательств с разбивкой по видам органов; число пациентов, госпитализированных в стационар с инфекцией мочевыводящих путей.

[18] Расчет: (57 871+5) (общее число выписанных и умерших) × 100 000 ÷ 28 070 608 (среднегодовая численность населения в возрасте 0–17 лет в 2014 г.) = 206,2 случая.

[19] Расчет: (34 674+31) (общее число выписанных и умерших) × 100 000 ÷ 28 070 608 (среднегодовая численность населения в возрасте 0–17 лет в 2014 г.) = 123,6 случая.

[20] Расчет: (24 612+18) (общее число выписанных и умерших) × 100 000 ÷ 28 070 608 (среднегодовая численность населения в возрасте 0–17 лет в 2014 г.) = 87,7 случая.

[21] Медико-демографические показатели РФ в 2016 г.: Статистический справочник / ЦНИИОИЗ Минздрава России. — М., 2017. — С. 57.

[22] Данные по показателям для старшей возрастной группы по странам ОЭСР и ЕС представлены согласно сборнику Health at a Glance 2017, то есть за 2015 г., или последний возможный.

[23] По данным ВШЭ (2010): https://www.hse.ru/pubs/share/direct/document/67675423

[24] Данные по показателям, характеризующим ориентированность на пациента, представлены только по странам ОЭСР, так как только в некоторых странах измеряются эти показатели. Данных по странам ЕС нет. Данные для РФ представлены согласно комплексному наблюдению условий жизни населения, проведенному Росстатом.

[25] Здравоохранение в России. 2017: Статистический сборник // Росстат. — М., 2017. — С. 104. Показатель — лица в возрасте 15 лет и старше, имевшие в 2016 г. (январь — сентябрь) случаи необращения в медицинские организации при наличии потребности в медицинской помощи.

[26] Здравоохранение в России. 2017: Статистический сборник // Росстат. — М., 2017. — С. 103. Лица в возрасте 15 лет и старше, обращавшиеся в 2016 г. за амбулаторно-поликлинической помощью в медицинские организации и не получившие ее по той причине, что необходимое лечение предлагалось на платной основе.

ВЫВОДЫ К РАЗДЕЛУ 5.11

- Международный опыт свидетельствует о необходимости регулярного (2 раза в год) **изучения мнения пациентов** для выявления приоритетных проблем и реагирования на них. Опросы необходимо проводить по единому опроснику на уровне страны или региона, что позволяет иметь сопоставимые во времени и между организациями данные. Вопросы анкеты должны быть **простыми и понятными** для пациентов. Анкетирование и анализ его результатов должны проводить независимые от медицинских организаций службы (отделы) при органах управления здравоохранением (страны, региона).
- Действующая сегодня в России нормативная база по оценке деятельности медицинских организаций требует **доработки**, а именно:
  - применяемые показатели не соответствуют используемым в международной практике;
  - ряд показателей не зависит от деятельности медицинских организаций;
  - отсутствует методика расчета показателей и не установлены их целевые значения;
  - нет методики расчета рейтингов медицинских организаций;
  - результаты оценки медицинских организаций не сравниваются между собой и не анализируются в целях принятия управленческих решений.
- Приведенные показатели по оценке деятельности медицинских организаций и методика расчета рейтингов, которые используются сегодня в США на обязательной основе, могут оказаться полезными для составления аналогичных систем оценки в РФ.
- Принятые в развитых странах объективные и субъективные (мнение пациентов) показатели КМП и методики их измерения могут быть использованы для формирования национальной системы оценки деятельности региональных систем здравоохранения и медицинских организаций в РФ. Это позволит **объективно оценить** состояние и качество медицинской помощи в РФ, поставить целевые установки по улучшению показателей КМП и **мотивировать** руководителей региональных органов управления здравоохранением и медицинских организаций к улучшению результатов.

5.12. РАЗВИТИЕ СИСТЕМЫ НЕПРЕРЫВНОГО МЕДИЦИНСКОГО ОБРАЗОВАНИЯ И ФЕДЕРАЛЬНОГО ПРОЕКТА «ОБЕСПЕЧЕНИЕ СИСТЕМЫ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ КВАЛИФИЦИРОВАННЫМИ КАДРАМИ»

Основные положения

В РФ система медицинского образования представлена медицинскими образовательными организациями системы Минздрава России — **57** медицинскими вузами и **37** медицинскими факультетами в системе Минобразования России (на базе государственных университетов). Ежегодно медицинские вузы оканчивают около **70 тыс. студентов**. Подготовка медицинских и фармацевтических работников в них осуществляется путем реализации образовательных программ **высшего** профессионального образования (специалитет, ординатура и аспирантура) и программ **дополнительного** профессионального образования (повышение квалификации и переподготовка). Средние медицинские и фармацевтические работники обучаются в **450** образовательных организациях по программам среднего профессионального образования (медицинских колледжах, училищах).

Непрерывное медицинское образование (НМО) — обязательное для медицинских и фармацевтических работников **постоянное** повышение квалификации, которое начинается после получения специальности и длится в течение всей профессиональной жизни. В РФ НМО, или повышение квалификации, осуществляется по программам дополнительного профессионального образования (ДПО) в объеме не менее **109 ч (144 ч), как правило, 1 раз в 5 лет**. Обучение традиционно происходит в очной форме с отрывом от работы на 1 мес, то есть по факту не является непрерывным.

С советских времен в нашей стране существует **стройная система** последипломного образования, с которой хорошо знакомы врачи. Один раз в 5 лет каждый специалист должен пройти, как правило, **1 мес** повышения квалификации в государственных образовательных организациях (дополнительного профессионального образования или на факультетах вузов). После успешного завершения обучения по такой программе и итоговой аттестации выдается свидетельство государственного образца (сертификат специалиста), который предоставляет возможность работы по специальности.

Обучение врачей по программам повышения квалификации в подавляющем большинстве случаев оплачивается государством (из федерального и региональных бюджетов) или работодателем (медицинской организацией), редко — за счет самого работника. При этом во время обучения, которое проходит с отрывом от работы, выплачивается заработная плата и сохраняется стаж. Эта система многие десятки лет (с 1920–30-х гг.) поддерживала высокий уровень квалификации советских, а затем и российских врачей.

Вопросы регулирования медицинского образования отражены в федеральных законах от 29.12.2012 № 273-ФЗ **«Об образовании в РФ»** и от 21.11.2011 № 323-ФЗ **«Об основах охраны здоровья граждан в РФ»**. В законе № 273-ФЗ

(ст. 10, 82) определена необходимость соблюдения **непрерывности** процесса образования. В этом же законе в ст. 82 указано, что программы ДПО разрабатываются и утверждаются федеральным органом исполнительной власти, осуществляющим функции по выработке государственной политики и нормативно-правовому регулированию в сфере здравоохранения (то есть Минздравом России). В законе № 323-ФЗ (ст. 76) определяется, что профессиональные некоммерческие организации (НКО) могут принимать участие в разработке программ ДПО.

Сегодня в медицинском образовании РФ происходят следующие важнейшие **изменения**:

- внедрение профессиональных стандартов;
- замена сертификации медицинских работников аккредитацией и отмена интернатуры для врачей первичного звена;
- внедрение системы непрерывного медицинского образования.

Внедрение профессиональных стандартов. Новое понятие «профессиональный стандарт» появилось в Трудовом кодексе в 2012 г. (*ст. 195.1 ТК согласно Федеральному закону от 03.12.2012 № 236-ФЗ «О внесении изменений в Трудовой кодекс Российской Федерации и ст. 1 Федерального закона «О техническом регулировании»*). Профессиональный стандарт — это **характеристика квалификации**, необходимая работнику для осуществления определенной профессиональной деятельности. Профессиональные стандарты должны разрабатываться профессиональными объединениями и объединениями работодателей, а координировать эту работу должен Минтруд России (правила разработки, утверждения и применения профессиональных стандартов регламентируются постановлением Правительства РФ от 22.01.2013 № 23).

Для разработки профессиональных стандартов Минтруд России утвердил приказ от 12.04.2013 № 148н об уровнях квалификации. Важно, что на основании профессиональных стандартов должны разрабатываться должностные обязанности, ФГОС, профессиональные программы дополнительного образования, в том числе программы циклов повышения квалификации, а также учебные материалы (рис. 142).

Таким образом, при аккредитации должны учитываться требования профессиональных стандартов, а ФГОС и программы повышения квалификации должны способствовать приобретению соответствующего уровня квалификации специалиста (знаний, умений, навыков и опыта).

Замена сертификации медицинских работников аккредитацией. В ст. 69 закона № 323-ФЗ введено понятие аккредитации специалистов. **Аккредитация**[1] подразумевает процедуру определения соответствия лица к осуществлению медицинской деятельности по определенной специальности (по сути, это эк-

[1] Процедуру аккредитации надо отличать от аттестации. Согласно ст. 72 закона № 323-ФЗ, медицинские работники имеют право на прохождение добровольной аттестации для подтверждения квалификационной категории. В приказе Минздрава России от 23.04.2013 № 240н утверждены сроки и порядок ее прохождения. Аттестация оценивает теоретические знания и практические навыки, проводится 1 раз в 5 лет и сопровождается присвоением категории (второй, первой, высшей). Присвоение более высокой квалификации при этом предусматривает увеличение оплаты труда медицинского работника.

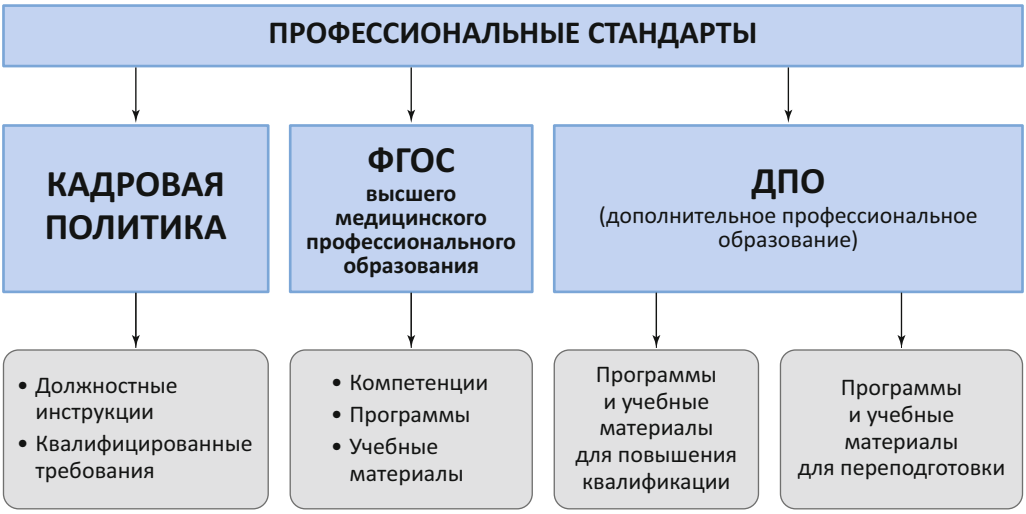


Рис. 142. Документы, разрабатываемые на основе профессиональных стандартов

замен на допуск к работе по специальности). Общая схема медицинского образования представлена на рис. 143.

Аккредитация внедряется **поэтапно**, во время переходного периода выдача сертификатов будет происходить до 2021 г., а право на осуществление медицинской деятельности на основании сертификатов специалиста — до 2026 г. В 2016 г. первичную аккредитацию прошли выпускники по специальностям «стоматология» и «фармация», в 2017 г. — по всей группе специальностей «здравоохранение и медицинские науки». Процедура аккредитации включает **три этапа** оценки квалификации лица: тестирование, оценку практических навыков (умений) в симулированных условиях, решение ситуационных задач. Экзамен принимается аккредитационной **комиссией**.

Порядок прохождения аккредитации определен в приказе Минздрава России от 02.06.2016 № 334н «Об утверждении Положения об аккредитации спе-

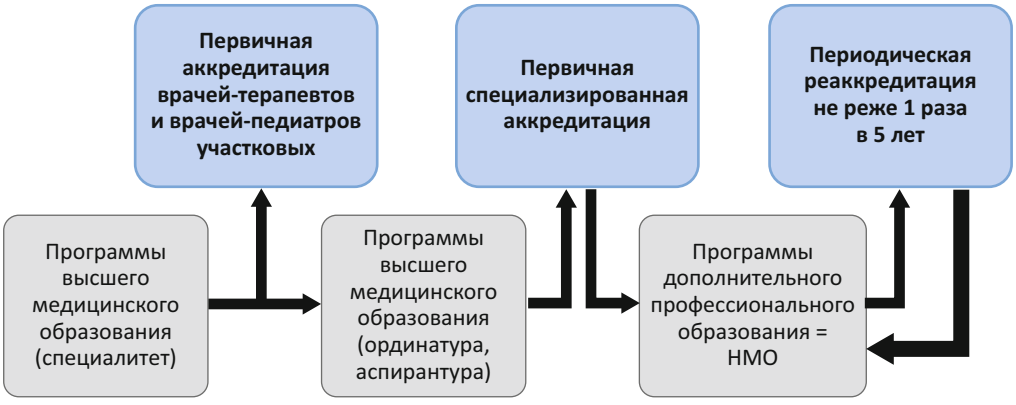


Рис. 143. Схема медицинского образования в РФ

циалистов» и ряде других нормативных актов. В названном приказе указано, что периодическая аккредитация (реаккредитация, или переаккредитация) проводится на основании предоставления в аккредитационную комиссию **портфолио (или отчета)** и тестирования. Портфолио должно содержать подтвержденную информацию об образовании и/или прохождении программ непрерывного повышения квалификации. Порядок периодической аккредитации и число необходимых часов для продления права работать по специальности пока **не установлены**. Предполагается, что это будет **около 50 ч** ежегодно.

Актуальность НМО в РФ и пилотный проект по его развитию

Качество медицинской помощи напрямую определяется качеством подготовки и повышения квалификации медицинских кадров. Вместе с тем в вопросах КМП в РФ сохраняются серьезные проблемы (см. разделы 5.10, 5.11). По данным ФОМС (2013–2017), доля нарушений в лечении пациентов, выявленных при экспертизе КМП, держится на одном уровне и составляет **22–23%**[1], причем половина из них связана с неисполнением стандартов медицинской помощи; в развитых странах эта доля составляет не более **5%**.

Необходимость развития НМО также обусловлена тем, что за последние 20 лет серьезно **повысились требования** к уровню квалификации врача, а значит, и к системе его образования. Современный врач, в отличие от его коллеги четверть века тому назад, должен владеть новыми, сложными диагностическими и лечебными технологиями, которые зачастую хоть и высокоэффективны, но небезопасны для пациента. Он должен разбираться в показаниях и противопоказаниях к их применению, правильно оценивать возможные риски. Сегодня врачу приходится сталкиваться с огромным объемом информации — одних лекарственных средств в РФ зарегистрировано более **16 тыс**. наименований. Вдобавок к этому ежегодно Росздравнадзор регистрирует около **3 тыс. новых медицинских изделий**, приборов и аппаратов. Для достижения высокой квалификации медицинских работников в таких условиях требуются другие подходы — высокое **качество** образовательных программ и **непрерывность** процесса повышения квалификации.

В развитых странах, где показатели качества медицинской помощи в 2–3 раза лучше, чем в РФ (см. раздел 5.11), повышение квалификации медицинских кадров уже более 50 лет происходит по системе НМО[2]. Главный принцип НМО за рубежом — это постоянное (ежегодное, еженедельное) обучение. За 5 лет необходимо накопить не менее **250 ч**, или кредитов, из них **около 50 ч ежегодно**. Участие в НМО обязательно для релицензирования и перерегистрации медицинских работников, то есть для допуска к профессиональной деятельности. Во всех странах ЕС НМО — это этическое обязательство

[1] https://medvestnik.ru/content/news/Eksperty-usomnilis-v-dannyh-FOMS-po-vrachebnym-oshibkam.html

[2] Улумбекова Г.Э. Здравоохранение России. Что надо делать. — М.: ГЭОТАР-Медиа, 2015. — С. 357–360.

врачей, более чем в **60%** стран ЕС — обязательство, установленное законом[1]. В подавляющем большинстве стран образовательные мероприятия проводят разные организации: профессиональные организации врачей, научные общества по специальностям, медицинские вузы, частные компании. Для присвоения статуса образовательного мероприятия или материала в рамках НМО все образовательные мероприятия и материалы проходят **обязательную оценку** на соответствие единым требованиям для стран ЕС. Более половины мероприятий и материалов в современных условиях проводятся **дистанционно**. Для отработки практических навыков и оценки владения ими активно используется обучение в симуляционных центрах (на тренажерах и виртуальных симуляторах).

Тенденции в развитии НМО в развитых странах: гармонизация требований к НМО между странами, использование дистанционных технологий, акцент на безопасности пациентов и умении общаться с ними. В некоторых странах для оценки качества процесса повышения квалификации врачу необходимо не только доказать, что он участвовал в специально отобранных образовательных мероприятиях и самостоятельно обучался с использованием одобренных материалов, но и **улучшил результаты** своей клинической практики.

Для внедрения системы НМО в РФ Минздравом России и Национальной медицинской палатой (НМП) проделана **большая подготовительная работа**. В 2013 г. был создан Координационный совет Минздрава России по НМО (приказ Минздрава России от 18.02.2013 № 82). Этот Совет реализовал пилотный проект по внедрению НМО (приказ Минздрава России от 11.11.2013 № 837[2]), разработал соответствующие методические рекомендации и основные принципы развития НМО:

- **индивидуальное** обучение — реализуется путем составления индивидуального плана и отчета об обучении (портфолио);
- **непрерывность** обучения — реализуется с помощью дистанционных технологий;
- **партнерство** с профессиональными обществами — реализуется путем участия профессиональных некоммерческих организаций в НМО;
- высокое **качество** образовательных мероприятий и материалов — реализуется путем оценки соответствия всех образовательных материалов и мероприятий установленному набору требований.

Для этих целей НМП был создан специальный портал **sovet.nmo.ru**. Профессиональные медицинские общества по специальностям предоставляют там свои образовательные материалы (модули, вебинары) и информацию о мероприятиях (конференциях, семинарах). Все материалы и мероприятия,

[1] По данным доклада комиссии по здравоохранению стран ЕС и постоянно действующей комиссии ассоциации европейских врачей (*Standing Committee of European Doctors* — CPME) «О состоянии НМО в странах ЕС». Всего в исследовании приняла участие 31 страна.

[2] «Об утверждении Положения о модели отработки основных принципов непрерывного медицинского образования для врачей-терапевтов участковых, врачей-педиатров участковых, врачей общей практики (семейных врачей) с участием общественных профессиональных организаций».

которые представлены на сайте НМП, проходят обязательную **оценку соответствия** на установленные требования (отсутствие рекламы в материалах и лекциях, прозрачность финансирования, качество материалов). Для этого в НМП создана специальная комиссия.

В 2017 г. для дальнейшего развития НМО Минздравом России был создан интернет-портал **edu.rosminzdrav.ru**. Медицинские работники, регистрируясь на этом портале, могут открыть **личный кабинет**, создать свой план обучения и портфолио, внося в него информацию о пройденных программах обучения (очных и дистанционных), модулях (кратких электронных образовательных задачах), вебинарах, а также о посещенных конференциях. По итогам прохождения образовательных мероприятий и материалов их организатором должен предоставляться **индивидуальный код участника**, который затем заносится в портфолио. Портал также предоставляет возможность тестирования по специальности и формирование итогового отчета медицинского работника о прохождении НМО. Сегодня через портал Минздрава России можно получить доступ к другим порталам, например, перейти на порталы вузов и НМП **sovet.nmo.ru**. Схема работы порталов Минздрава России и НМП представлена на рис. 144.

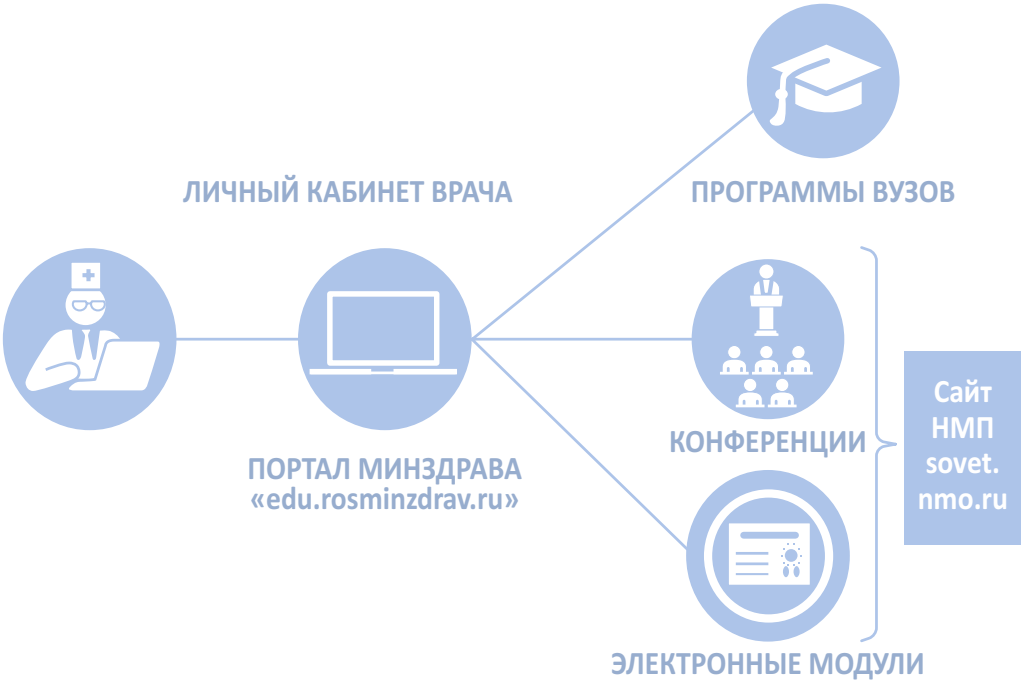


Рис. 144. Схема работы образовательных порталов для медицинских работников

Создание такой системы позволяет медицинским работникам через один вход получать информацию обо всех образовательных мероприятиях и материалах, соответственно, иметь возможность **выбора**, а также проходить их дистанционно. Одновременно создается агрегированная информация

о том, как активно (непрерывно) медицинские работники проходят повышение квалификации. В будущем это позволит автоматизировать процесс реаккредитации.

По результатам пилотного проекта по внедрению НМО (2013–2015) и отзывам врачей было показано, что в целом медицинские специалисты **позитивно** восприняли необходимость перехода на систему НМО. Однако были выявлены и серьезные **проблемы**, препятствующие дальнейшему развитию НМО, большинство из которых упирается в решение системных вопросов:

- **дефицит времени** на повышение квалификации у врачей (каждый из них работает минимум на 1,4–1,5 ставки и зачастую не может быть заменен на рабочем месте коллегами);
- **отсутствие** у работодателя (руководителя медицинской организации) отдельной статьи расходов на НМО и, как следствие, недостаток средств на повышение квалификации врачей. В ряде случаев сами работодатели недостаточно мотивированы к тому, чтобы их работники повышали квалификацию и не понимают ее значимости;
- **низкое качество** материалов и мероприятий, в том числе связанное с ангажированностью ряда лекторов (авторов) производителями медицинского оборудования и ЛС, слабой профессиональной подготовкой самих лекторов, устаревшим содержанием программ.

В этой связи принципиально важно, что в НП «Здравоохранение» предусмотрен ФП «Обеспечение системы здравоохранения квалифицированными кадрами».

ФП «Обеспечение системы здравоохранения квалифицированными кадрами»

Наряду с вопросами снижения дефицита медицинских кадров в РФ, которые рассмотрены в разделе 5.4, в ФП «Обеспечение системы здравоохранения квалифицированными кадрами» предусмотрены вопросы развития НМО.

В ФП поставлены **одна цель** (ликвидация кадрового дефицита в медицинских организациях, оказывающих ПМСП), **семь показателей** для ее измерения, **одна задача** и **10 подзадач**. Показатели для измерения цели:

1) укомплектованность должностей среднего медицинского персонала в подразделениях, оказывающих медицинскую помощь в амбулаторных условиях (при коэффициенте совместительства 1,2), — **95%**;
2) укомплектованность врачебных должностей в подразделениях, оказывающих медицинскую помощь в амбулаторных условиях (при коэффициенте совместительства 1,2), — **95%**;
3) число специалистов, вовлеченных в систему НМО, в том числе с использованием дистанционных образовательных технологий, — **1880 тыс. человек** к 2024 г.;
4) обеспеченность врачами, работающими в государственных и муниципальных медицинских организациях, — увеличение **с 37,4 до 40,7 на 10 тыс. человек**;

5) обеспеченность средними медицинскими работниками, работающими в государственных и муниципальных медицинских организациях, — увеличение **с 86,2 до 95,1 на 10 тыс. человек**;
6) обеспеченность населения врачами, оказывающими медицинскую помощь в амбулаторных условиях, — увеличение **с 20,7 до 22,5 на 10 тыс. человек**;
7) доля специалистов, допущенных к профессиональной деятельности через аккредитацию, — увеличение **с 0,4 до 83,7%**.

Для реализации данной цели предусмотрена задача, которая даже **более широка, чем цель,** — «обеспечение медицинских организаций системы здравоохранения квалицированными кадрами, включая внедрение системы непрерывного медицинского образования медицинских работников, в том числе с использованием дистанционных технологий». Для ее решения будет сделано следующее:

1) рассчитана **прогнозная потребность** в медицинских кадрах в соответствии с приказами Минздрава России от 26.06.2014 № 322 и от 14.02.2018 № 73, во врачах и среднем медицинском персонале с учетом специальностей (это кадры государственных и муниципальных медицинских организаций), будут пересмотрены цифры контрольного приема в вузы, создан отраслевой центр компетенций на базе РНИМУ им. Н.И. Пирогова. Средства на решение этой задачи предусмотрены в рамках бюджета ФОМС;
2) не менее **2100 тыс. специалистов** с нарастающим итогом будут допущены к профессиональной деятельности через аккредитацию. Объем средств на 6 лет — **4,5 млрд рублей**;
3) будут разработаны не менее **5000 интерактивных образовательных модулей** (с нарастающим итогом) и размещены на портале НМО. Объем средств на 6 лет — **0,7 млрд рублей**;
4) будут дооснащены **75 симуляционных центров** в образовательных и научных организациях Минздрава России, с дальнейшим использованием их для системы НМО, не менее **29 из них** (на базе научных организаций) будут выступать в качестве аккредитационно-симуляционных центров;
5) на базе аккредитационно-симуляционных центров будет создано **восемь независимых** аккредитационных центров (в медицинских и научных организациях, не осуществляющих подготовку медицинских работников) — по одному в каждом федеральном округе РФ и в городах с населением более 1 млн человек. Объем средств на 6 лет — **2,5 млрд рублей**;
6) будут актуализированы **не менее 20%** разработанных интерактивных образовательных модулей. Объем средств на 6 лет — **0,5 млрд рублей**;
7) будет создан центр по методической поддержке и координации реализации названного федерального проекта на базе РНИМУ им. Н.И. Пирогова. Объем средств на 6 лет — **0,5 млрд рублей**;

8) будет проведено обучение по программам профессиональной переподготовки специалистов по профилям первичной медико-санитарной помощи и ряда других приоритетных направлений (ежегодно — **5000 человек**). Объем средств на 6 лет — **3 млрд рублей**.

Общий объем средств на проект за 6 лет составит **17,3 млрд рублей** (без учета средств на увеличение численности медицинских кадров), распределение средств по его задачам представлено на рис. 145.

Рис. 145. Структура финансирования федерального проекта «Обеспечение системы здравоохранения квалифицированными кадрами»

В целом разработка и внедрение данного проекта — **существенный шаг** для внедрения системы НМО в РФ и решения сложившихся проблем на этом пути, в том числе связанных с дефицитом кадров. Благодаря мерам, предусмотренным в проекте, медицинские работники получат возможность отработки практических навыков в симуляционных центрах, подтвердить квалификацию в аккредитационно-симуляционных центрах, пройти обучение дистанционно по интерактивным образовательным модулям с помощью современных форм его получения (через интернет-портал), выбрать различные образовательные материалы и получить информацию об образовательных мероприятиях. Очень важно, что будет создан специальный **методический центр** по развитию НМО на базе РНИМУ им. Н.И. Пирогова.

Открытыми остаются следующие вопросы: наличие выделенных отдельных статей и достаточных **финансовых средств** у медицинских организаций для повышения квалификации медицинских работников, наличие нормативно закрепленного **времени** для повышения квалификации, например, не менее **1 дня в месяц**, возможность легитимного участия профессиональных **НКО** в процессе повышения квалификации.

Предложения к разделу 5.12

1. Предусмотреть нормативное финансирование для повышения квалификации медицинских работников в медицинских организациях из расчета не менее 2% ФОТ медицинских работников в год. Для этого потребуется не менее **39 млрд рублей** (2,8 трлн рублей × 70% × 2%, где 2,8 трлн рублей — средства на оказание медицинской помощи в 2018 г., а 70% — доля оплаты труда в этих средствах) (см. раздел 3.1). Источниками этих средств наряду со средствами нормированного страхового запаса ТФОМС (как это предусмотрено сегодня) необходимо предусмотреть федеральный бюджет. Должна быть гарантированная статья расхода на НМО в структуре тарифа на оказание медицинской помощи.

2. Обеспечить разнообразие и достаточность образовательных мероприятий и материалов для НМО, в том числе путем привлечения, наряду с образовательными организациями, научных организаций и профессиональных НКО. Для этого необходимо предусмотреть поправки в ст. 73 закона № 323-ФЗ и ст. 82 закона № 273-ФЗ о включении «иных форм повышения квалификации и методов совершенствования профессиональных знаний и навыков» в дополнение к указанным там программам повышения квалификации (которые реализуются государственными образовательными организациями). В ст. 76 закона № 323-ФЗ необходимо указать возможность участия профессиональных НКО в дополнительном профессиональном образовании. Профессиональные НКО могут обеспечить дополнительные часы образовательной активности к обязательным сегодня 144 ч, которые предоставляют вузы.

3. Обеспечить качество образовательных мероприятий и материалов. Для этого необходимо:

- **актуализировать программы** повышения квалификации специалистов, эту работу необходимо провести вместе с НМИЦ, вузами и методическим центром РНИМУ им. Н.И. Пирогова;
- внедрить **единые требования** к разработке образовательных материалов и проведения образовательных мероприятий, а также независимую систему контроля над их исполнением. Эти требования должны распространяться как на образовательную активность государственных образовательных и научных организаций, так и на профессиональные НКО.

4. Предоставить медицинскому специалисту право формирования индивидуальной образовательной траектории, то есть выбора вида образовательной активности, места и сроков получения образования (по согласованию с работодателем и в рамках установленной программы по специальности).

5. Создать комфортные условия для медицинских работников при прохождении НМО. Для этого уже действуют федеральная государственная информационная система (ФГИС «Непрерывное медицинское образование») и соответствующий портал. Однако в самих **медицинских организациях** также необходимо создать соответствующие условия, а именно: предусмотреть профессиональные электронные и бумажные библиотеки, обеспечить доступ специалистов к системам поддержки принятия клинических решений.

6. Обеспечить мотивацию медицинских специалистов к участию в системе НМО. Прохождение НМО в объеме около 50 ч ежегодно (не менее 250 ч за 5 лет) должно стать главным условием для допуска к аккредитации и, как следствие, к профессиональной деятельности.

7. Для реализации своей функции в методическом центре по развитию НМО РНИМУ им. Н.И. Пирогова должна быть создана специальная **комиссия** с участием представителей НМИЦ, других вузов и профессиональных НКО для коллегиального принятия решений.

В завершение следует отметить, что эффективность вложений в НМО очень высока. По расчетам ВШОУЗ-КМК, она составляет **5 рублей пользы на 1 рубль вложений**. Прямой эффект складывается из улучшения результатов лечения пациентов (снижения числа необоснованных госпитализаций, повторных госпитализаций и осложнений заболеваний, уменьшения дней нетрудоспособности). Косвенный эффект, по данным разных исследований, составляет 30–50% прямого эффекта и складывается из снижения объема социальных выплат, общего оздоровления населения, повышения производительности труда[1].

[1] Улумбекова Г.Э. Здравоохранение России. Что надо делать. — М.: ГЭОТАР-Медиа, 2015. — С. 586–589.

5.13. РЕЙТИНГИ ЭФФЕКТИВНОСТИ РЕГИОНОВ РФ: УПРАВЛЕНИЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЕМ И СИСТЕМОЙ ОХРАНЫ ЗДОРОВЬЯ

(соавторы Прохоренко Н.Ф.[1], Гиноян А.Б.[2])

Индекс эффективности управления здравоохранением

ВШОУЗ-КМК разработал и ежегодно обновляет рейтинг эффективности систем здравоохранения субъектов РФ. Рейтинг показывает, насколько эффективна их политика в области здравоохранения. Эффективность рассчитывается путем сравнения уровня ОПЖ между субъектами РФ (результатов) и затрачиваемых финансовых средств на здравоохранение. При этом учитывается разница по регионам по уровню ВРП на душу населения и в потреблении крепких алкогольных напитков.

Рейтинг (индекс эффективности) рассчитывается на основании **четырех показателей**, каждый из которых имеет свой удельный вес при подсчете баллов. Наибольший удельный вес (**50%**) среди используемых показателей имеет ОПЖ. Регион с наивысшим показателем ОПЖ получает 50, а с наименьшим — 0 баллов. Следующий показатель — подушевые государственные расходы на здравоохранение[3]; он, по сути, определяет объемы бесплатной медицинской помощи, его удельный вес — **30%**. Этот показатель рассчитывается с учетом коэффициента дифференциации для обеспечения сопоставимости данных по регионам. Третьим показателем с удельным весом **10%** является валовой региональный продукт (ВРП) на душу населения, который отражает уровень экономического развития субъектов РФ. При высоком ВРП на душу населения выше уровень жизни, соответственно, выше уровень потребления качественных продуктов питания, ЛС, платных медицинских услуг, что опосредованно влияет на здоровье населения[4]. Соответственно, субъекты РФ, имеющие самые высокие показатели государственных расходов на здравоохранение и ВРП на душу населения, получают самый низкий балл. Те регионы, которые имеют сравнительно низкий уровень социально-экономического развития и меньшие возможности по затратам на медицинскую помощь, получают высокие баллы по этим показателям.

При составлении рейтинга также был использован показатель потребления крепких алкогольных напитков на душу населения в возрасте от 15 лет, для того чтобы учесть влияние этого фактора на состояние здоровья населения (его удельный вес в рейтинге — **10%**) и выделить **чистый эффект** системы здравоохранения. Известно, что чем меньше уровень потребления алкоголя, тем дольше живут граждане, однако от деятельности системы здравоохране-

[1] Н.Ф. Прохоренко — кандидат экономических наук, первый проректор ВШОУЗ-КМК, эксперт центрального штаба Общероссийского народного фронта.

[2] А.Б. Гиноян — кандидат экономических наук, ведущий научный сотрудник Научно-исследовательского центра по анализу деятельности системы здравоохранения ВШОУЗ-КМК.

[3] Государственные расходы на здравоохранение включают расходы на здравоохранение консолидированных бюджетов субъектов РФ и территориальных государственных внебюджетных фондов РФ.

[4] Улумбекова Г.Э., Гиноян А.Б., Чабан Е.А. Количественный анализ факторов, влияющих на состояние здоровья населения в РФ // Медицинское образование и профессиональное развитие. — 2016. — № 2. — С. 107–120.

ния этот показатель зависит мало. Соответственно, те регионы, где здоровье населения не отягощено высоким потреблением алкогольных напитков, получают самый низкий балл. Схематично методика расчетов представлена на рис. 146.

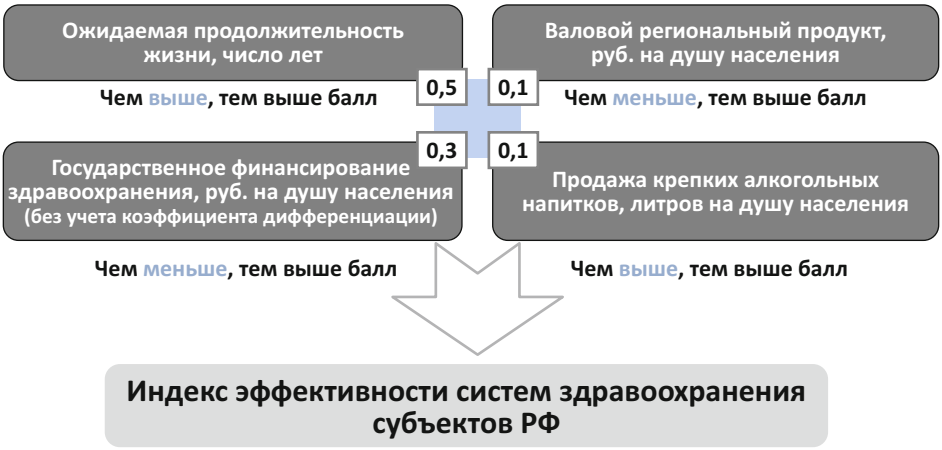


Рис. 146. Методика расчета рейтинга эффективности систем здравоохранения регионов РФ

Рейтинг за 2017 г. показывает **текущую** позицию по эффективности здравоохранения региона **относительно других субъектов РФ,** а также каким образом изменилась эта позиция по сравнению с 2016 г. (табл. 39). Необходимо отметить, что расчеты по рейтингу за 2016 г., которые ранее были представлены[1], несколько обновлены[2].

Таблица 39. Эффективность систем здравоохранения субъектов РФ, 2017

Изменение (2016–2017)	Место, 2016	Место, 2017	Субъекты РФ	Индекс эффективности	ОПЖ при рождении, число лет	ВРП на душу населения, руб.	Подушевые государственные расходы на здравоохранение с учетом КД, руб.	Потребление крепких алкогольных напитков на душу населения в возрасте от 15 лет, л
1	2-е	1-е	Республика Ингушетия	89,76	81,59	114 844	9489	0,4
–1	1-е	2-е	Республика Дагестан	88,35	77,79	204 197	9320	1,44
6	9-е	3-е	Кабардино-Балкарская Республика	86,71	75,81	160 077	10 428	0,8

[1] Улумбекова Г.Э., Гиноян А.Б., Калашникова А.В. Эффективность региональных систем здравоохранения РФ (рейтинг 2016 г.) // ОРГЗДРАВ: новости, мнения, обучение. — 2017. — № 3(9). — С. 35–42.

[2] В частности, были обновлены данные по ВРП на душу населения, а также проведен перерасчет показателя потребления крепких алкогольных напитков на душу населения в возрасте от 15 лет.

Продолжение табл. 39

Изменение (2016–2017)	Место, 2016	Место, 2017	Субъекты РФ	Индекс эффективности	ОПЖ при рождении, число лет	ВРП на душу населения, руб.	Подушевые государственные расходы на здравоохранение с учетом КД, руб.	Потребление крепких алкогольных напитков на душу населения в возрасте от 15 лет, л
2	6-е	4-е	Чеченская Республика	83,65	74,84	125 471	10 930	0,1
2	7-е	5-е	Ставропольский край	79,88	74,19	237 437	11 208	3,1
5	11-е	6-е	Карачаево-Черкесская Республика	78,47	75,94	160 111	11 979	1,4
–3	4-е	7-е	Кировская область	76,47	72,72	238 692	11 209	11,6
–5	3-е	8-е	Волгоградская область	75,88	73,54	305 130	11 381	4,5
3	12-е	9-е	Республика Калмыкия	73,76	73,54	240 454	11 849	4,8
4	14-е	10-е	Саратовская область	71,76	72,88	270 766	10 681	3,5
2	13-е	11-е	Республика Мордовия	71,65	73,40	264 363	12 112	7,6
18	30-е	12-е	Республика Марий Эл	71,53	72,24	247 954	11 161	9,4
–8	5-е	13-е	Республика Адыгея	71,41	73,25	219 259	12 286	14,6
2	16-е	14-е	Тамбовская область	70,94	73,21	289 847	11 268	4,4
1	16-е	15-е	Астраханская область	70,35	73,35	413 441	11 382	5,6
–6	10-е	16-е	Ростовская область	69,18	73,03	318 782	11 334	3,9
–2	15-е	17-е	Республика Северная Осетия — Алания	67,88	75,51	182 519	12 570	0,5
8	26-е	18-е	Пензенская область	66,00	73,34	273 212	12 180	5,9
0	19-е	19-е	Рязанская область	65,76	72,70	320 764	11 695	6,4
25	45-е	20-е	Удмуртская Республика	64,94	72,06	367 138	11 725	11,7
0	21-е	21-е	Ивановская область	62,82	71,47	182 398	10 373	8,2
–15	7-е	22-е	Чувашская Республика	62,71	72,73	219 406	12 520	10,2
6	29-е	23-е	Республика Татарстан	60,94	74,20	543 522	13 911	10,7
11	35-е	24-е	Воронежская область	59,76	73,03	370 610	12 307	5,5
23	48-е	25-е	г. Севастополь	59,29	73,37	164 978	14 337	7,7
6	32-е	26-е	Костромская область	58,94	71,81	256 848	12 096	10,5
–2	25-е	27-е	Томская область	58,35	72,02	473 792	11 543	6,6
0	28-е	28-е	г. Москва	56,71	77,87	1 263 698	19 548	7,4
–9	20-е	29-е	Белгородская область	56,47	73,67	506 421	12 876	4,5
8	38-е	30-е	Краснодарский край	55,53	73,42	398 397	12 988	5,2
–8	23-е	31-е	Брянская область	53,88	71,27	253 100	11 382	6,6

Продолжение табл. 39

Изменение (2016–2017)	Место, 2016	Место, 2017	Субъекты РФ	Индекс эффективности	ОПЖ при рождении, число лет	ВРП на душу населения, руб.	Подушевые государственные расходы на здравоохранение с учетом КД, руб.	Потребление крепких алкогольных напитков на душу населения в возрасте от 15 лет, л
2	34-е	32-е	Новосибирская область	53,41	71,57	409 763	11 608	8,3
6	39-е	33-е	г. Санкт-Петербург	53,41	75,45	727 211	25 070	8,1
3	37-е	34-е	Ханты-Мансийский автономный округ	52,71	73,87	2 127 214	20 362	9,8
–4	31-е	35-е	Московская область	52,24	73,34	509 545	18 647	12,2
14	50-е	36-е	Ямало-Ненецкий автономный округ	51,88	73,53	4 581 150	19 644	11,0
6	43-е	37-е	Архангельская область	51,76	71,96	418 370	12 516	13,2
–5	33-е	38-е	Курская область	51,18	71,74	346 340	12 079	5,3
1	40-е	39-е	Мурманская область	50,59	71,67	589 997	12 154	13,5
–18	22-е	40-е	Липецкая область	50,35	72,46	431 821	12 504	6,0
11	52-е	41-е	Нижегородская область	49,65	71,88	388 809	12 403	8,0
4	46-е	42-е	Ульяновская область	49,29	72,34	272 565	12 872	5,1
–7	36-е	43-е	Калининградская область	49,06	72,62	421 479	12 797	5,8
–2	42-е	44-е	Республика Алтай	48,94	71,15	204 895	11 849	7,0
10	55-е	45-е	Республика Башкортостан	48,71	71,73	343 509	12 392	9,0
5	51-е	46-е	Омская область	47,88	71,49	331 088	11 698	3,8
16	63-е	47-е	Смоленская область	47,65	71,14	296 290	11 942	9,2
10	58-е	48-е	Вологодская область	46,12	71,26	430 626	12 166	12,4
4	53-е	49-е	Приморский край	45,88	70,36	405 528	11 194	9,8
–26	24-е	50-е	Ленинградская область	45,53	72,54	535 717	16 941	12,5
—	—	—	**Российская Федерация**	**45,06**	**72,70**	**510 253**	**14 161**	**7,5**
3	54-е	51-е	Алтайский край	44,35	71,10	215 768	12 050	5,3
–8	44-е	52-е	Самарская область	44,12	71,73	422 025	12 338	5,4
–12	41-е	53-е	Ярославская область	44,00	71,85	402 640	13 760	10,9
3	57-е	54-е	Забайкальский край	43,88	69,64	279 443	10 444	7,3

Продолжение табл. 39

Изменение (2016–2017)	Место, 2016	Место, 2017	Субъекты РФ	Индекс эффективности	ОПЖ при рождении, число лет	ВРП на душу населения, руб.	Подушевые государственные расходы на здравоохранение с учетом КД, руб.	Потребление крепких алкогольных напитков на душу населения в возрасте от 15 лет, л
9	64-е	55-е	Республика Крым	43,29	72,00	187 726	15 593	5,8
11	67-е	56-е	Челябинская область	42,00	71,53	385 560	12 387	6,0
–39	18-е	57-е	Калужская область	41,41	71,87	411 565	14 021	9,2
4	61-е	57-е	Республика Бурятия	41,41	70,69	204 770	12 345	10,2
6	65-е	59-е	Орловская область	41,29	71,63	285 354	12 663	5,6
0	60-е	60-е	Республика Карелия	38,94	70,65	404 488	12 316	15,2
–34	27-е	61-е	Тюменская область	38,82	72,06	680 909	15 555	7,3
–6	56-е	62-е	Республика Саха (Якутия)	38,35	71,68	951 220	12 927	9,8
5	68-е	63-е	Республика Тыва	38,12	66,29	184 593	11 086	3,3
9	73-е	64-е	Курганская область	37,65	70,80	236 365	12 243	4,1
–16	49-е	65-е	Владимирская область	37,53	71,15	300 274	12 882	9,9
–7	59-е	66-е	Амурская область	36,82	69,06	332 533	11 572	8,8
–2	65-е	67-е	Кемеровская область	36,35	69,35	391 624	11 449	7,6
12	80-е	68-е	Республика Хакасия	34,82	70,21	386 128	11 789	3,4
–22	47-е	69-е	Оренбургская область	34,47	70,94	414 937	12 194	4,84
5	75-е	70-е	Красноярский край	33,29	70,61	654 514	12 130	7,2
8	79-е	71-е	Еврейская автономная область	32,47	68,83	322 720	12 157	10,7
3	75-е	72-е	Свердловская область	30,94	71,23	495 116	13 592	7,9
5	77-е	72-е	Тверская область	30,94	70,45	297 625	12 894	10,1
6	78-е	72-е	Республика Коми	30,94	71,05	679 163	13 540	16,0
–5	70-е	75-е	Тульская область	30,12	71,18	371 709	13 985	6,3
–3	73-е	76-е	Пермский край	28,59	70,79	453 302	12 834	7,5
–5	72-е	77-е	Хабаровский край	27,53	69,74	500 443	12 644	13,2
–9	69-е	78-е	Псковская область	27,18	69,95	237 126	13 171	8,1
–8	71-е	79-е	Новгородская область	26,59	69,68	441 932	12 541	10,2
–18	62-е	80-е	Ненецкий автономный округ	26,24	71,52	6 288 468	22 721	8,8
2	83-е	81-е	Иркутская область	24,24	69,19	495 349	12 359	8,0
–1	81-е	82-е	Камчатский край	21,29	70,06	639 848	14 621	13,5

Окончание табл. 39

Изменение (2016–2017)	Место, 2016	Место, 2017	Субъекты РФ	Индекс эффективности	ОПЖ при рождении, число лет	ВРП на душу населения, руб.	Подушевые государственные расходы на здравоохранение с учетом КД, руб.	Потребление крепких алкогольных напитков на душу населения в возрасте от 15 лет, л
1	84-е	83-е	Сахалинская область	18,35	70,19	1 577 910	22 102	17,3
–2	82-е	84-е	Магаданская область	16,71	69,37	1 088 347	19 497	17,5
0	85-е	85-е	Чукотский автономный округ	10,00	66,10	1 386 085	25 287	14,9

Примечание. Ранжирование проводилось по четырем критериям (по шкале от 0 до 100): ОПЖ при рождении (взвешенная оценка — 50%), ВРП на душу населения (10%), подушевые государственные расходы на здравоохранение (30%) и потребление крепких алкогольных напитков на душу населения (10%). Индекс эффективности представляет собой сумму этих четырех взвешенных оценок. Для составления рейтинга использовались данные за 2017 г.; крепкие алкогольные напитки включают: водку, коньяки, коньячные напитки (включая бренди, кальвадосы) и ликеро-водочные изделия с содержанием этилового спирта свыше 25%.

Источники: расчеты авторов на основе данных Федеральной службы государственной статистики РФ, Федерального казначейства РФ.

Рост ОПЖ достигнут во всех регионах РФ. При этом рост ОПЖ **больше чем 0,8 года** наблюдается **в большинстве (53)** субъектах РФ. Максимальный прирост ОПЖ составляет **2,95 года** в Еврейской автономной области, далее следуют Республика Тыва (прирост 2,1 года), г. Севастополь и Чукотский автономный округ (прирост 1,7 года в обоих регионах).

На рис. 147 и 148 представлены лучшие и худшие 20 регионов РФ **по динамике** индекса эффективности за 2016–2017 гг. В лучшую двадцатку попали те регионы, которые достигли наибольшего прироста показателя индекса эффективности за последний год (от 15,2 до 4,5 балла) (рис. 147). Среди них республики Хакасия, Удмуртская, Кабардино-Балкарская, Марий Эл, Еврейская автономная, Курганская и Смоленская области и г. Севастополь, где прирост составил более 10 баллов. Следует отметить, что впервые Иркутская область показала серьезную положительную динамику. За счет положительной динамики эти регионы также существенно улучшили свои позиции в общем рейтинге. Например, Удмуртская Республика иг. Севастополь поднялись в рейтинге соответственно с 45-го на 20-е и с 48-го на 25-е место. Этим регионам при снижении финансирования здравоохранения удалось увеличить ОПЖ на 1,4 и 2,1 года соответственно.

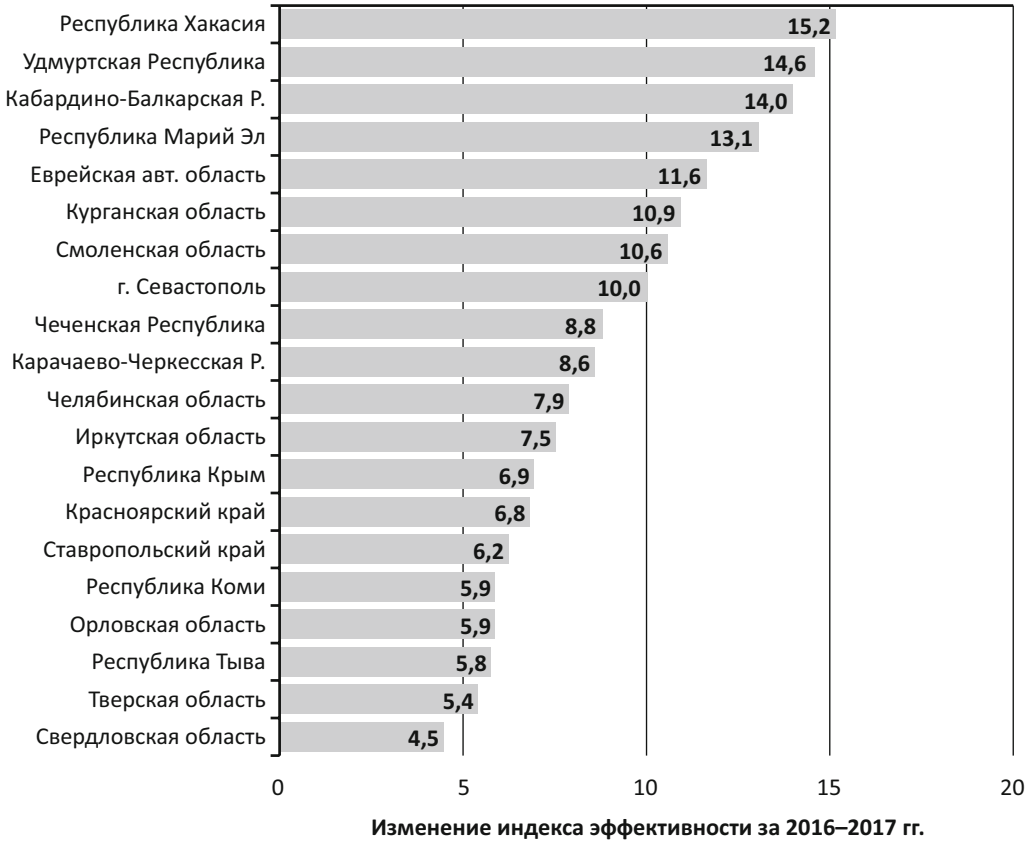


Рис. 147. Двадцатка регионов РФ, показавших наибольшую положительную динамику по индексу эффективности за 2016–2017 гг.

В двадцатку регионов, показавших наибольшую отрицательную динамику индекса эффективности за 2016–2017 гг., попали те регионы, в которых наблюдалось наибольшее снижение показателя индекса эффективности — с –3,9 до –25,3 балла (рис. 148). Среди них Калужская, Тюменская, Ленинградская, Оренбургская, Липецкая, Владимирская и Брянская области, Ненецкий автономный округ и др., где снижение показателя индекса эффективности за последний год составило более –10 баллов.

Чувашская Республика и Тюменская область сумели за последний год достигнуть прироста ОПЖ 1 и 1,4 года соответственно. Однако в этих регионах одновременно произошло увеличение финансирования здравоохранения, поэтому они оказались в двадцатке снизивших показатель индекса эффективности. Такая динамика получилась, потому что в других регионах рост ОПЖ наблюдался при снижении государственного финансирования здравоохранения. Будем надеяться, что эти дополнительные вложения в здравоохранение помогут названным субъектам РФ увеличить ОПЖ в последующие годы.

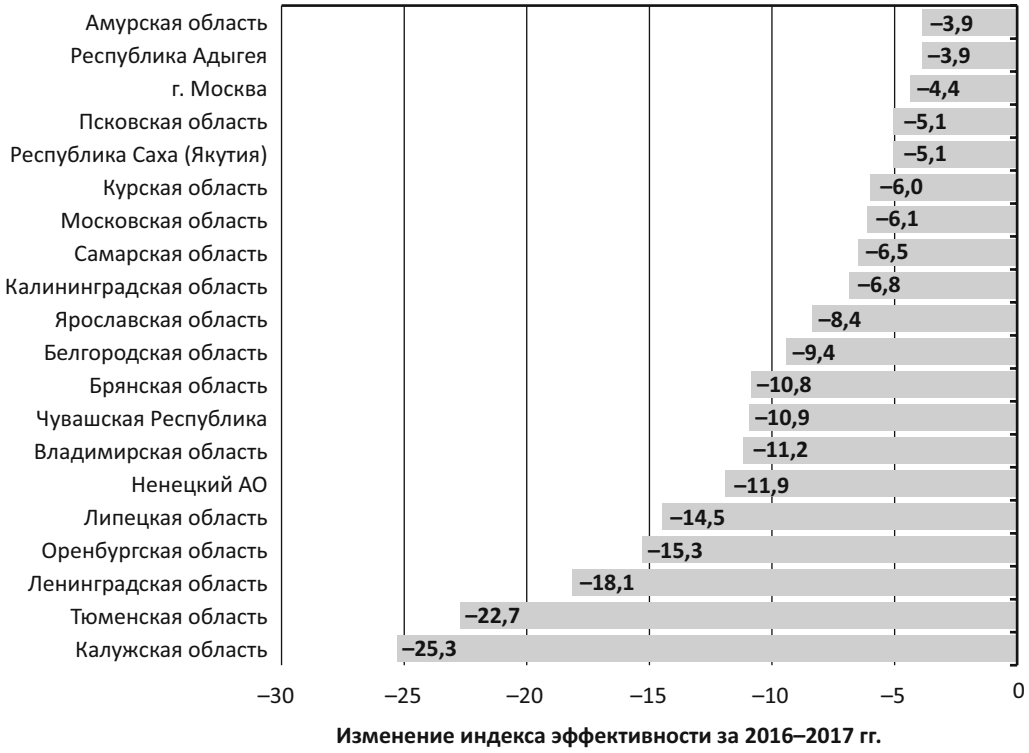


Рис. 148. Двадцатка регионов РФ, показавших наибольшую отрицательную динамику индекса эффективности за 2016–2017 гг.

На рис. 149 показана карта регионов РФ по эффективности систем здравоохранения в 2017 г. Для сравнения эффективности регионы РФ были разбиты на территориальные зоны: **Центральную** (включает Центральный, Приволжский и Северо-Западный федеральные округа), **Южную** (включает Южный и Северо-Кавказский федеральные округа), **Уральскую** (включает Уральский, Сибирский и Дальневосточный федеральные округа) и **Арктическую** (включает регионы Арктической зоны РФ, см. раздел 5.14). На рис. 150–153 представлены рейтинги регионов по этим зонам.

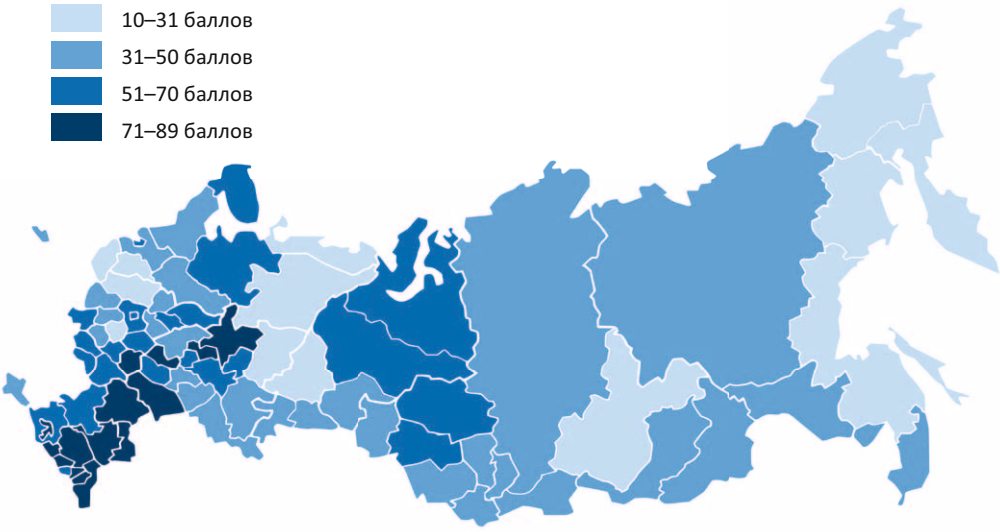


Рис. 149. Эффективность систем здравоохранения РФ в 2017 г.

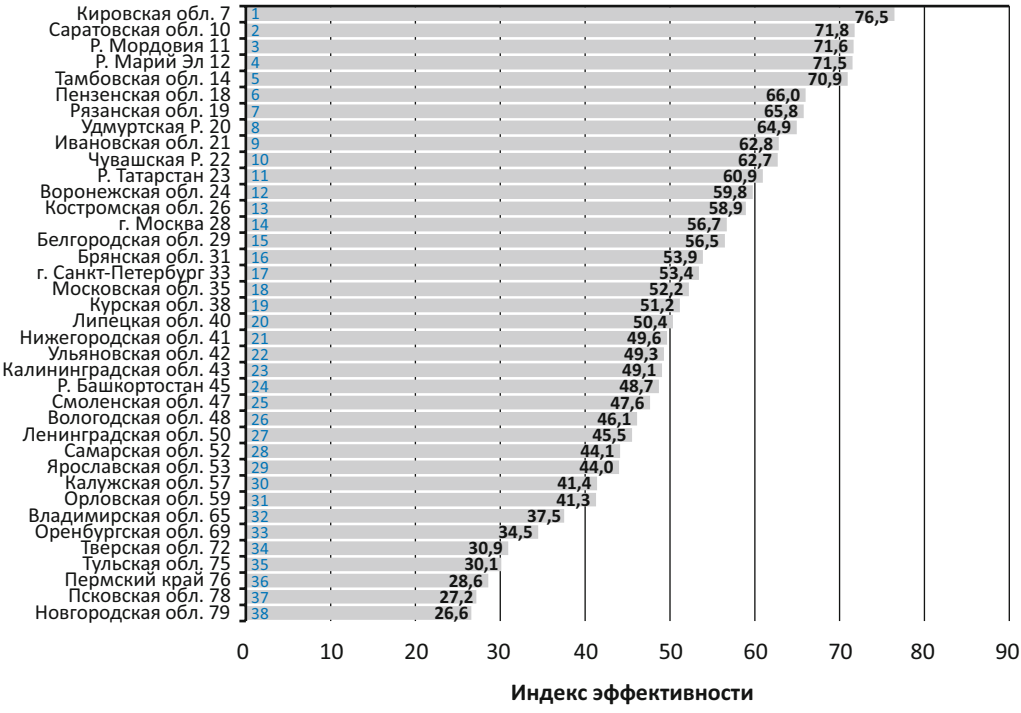


Рис. 150. Эффективность систем здравоохранения регионов Центральной зоны РФ в 2017 г.

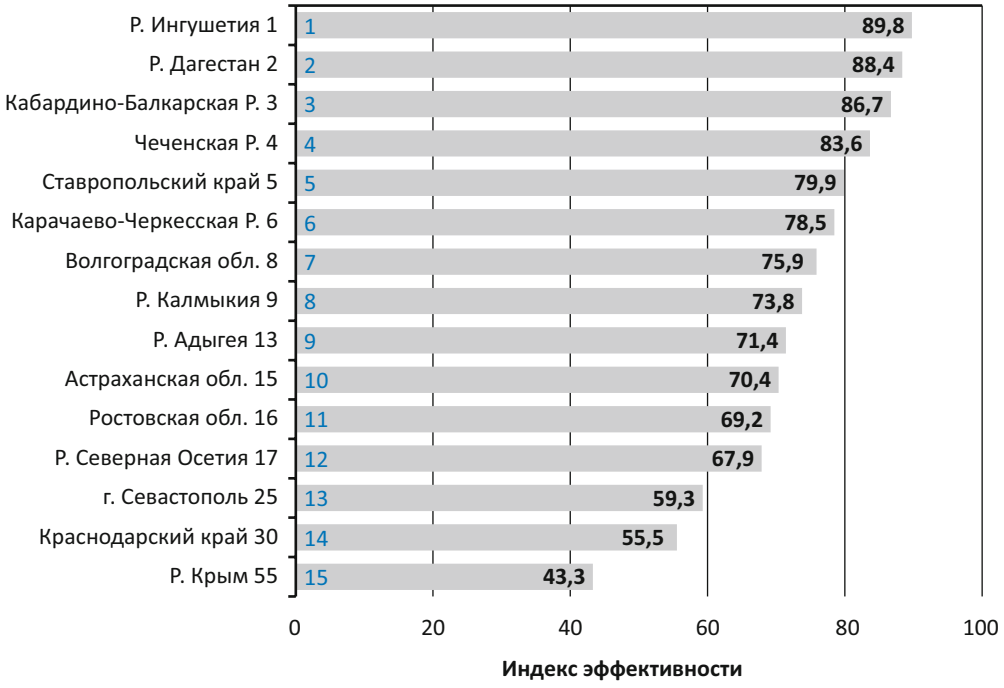


Рис. 151. Эффективность систем здравоохранения регионов Южной зоны РФ в 2017 г.

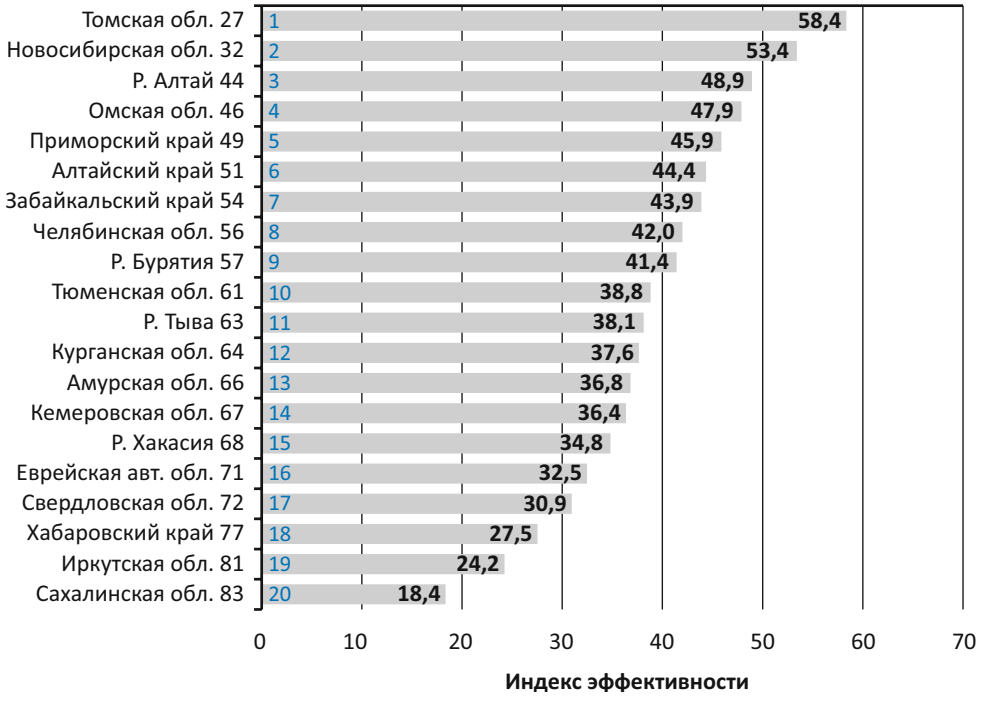


Рис. 152. Эффективность систем здравоохранения регионов Уральской зоны РФ в 2017 г.

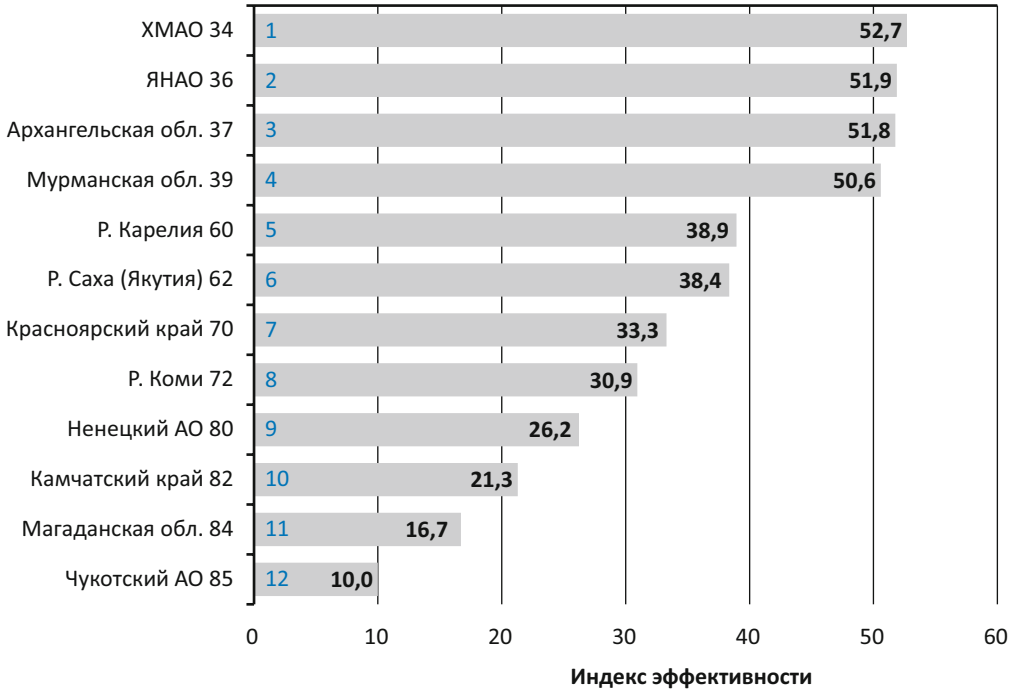


Рис. 153. Эффективность систем здравоохранения регионов Арктической зоны РФ в 2017 г.

Индекс эффективности управления общественным здоровьем

ВШОУЗ-КМК и аудиторско-консалтинговая компания PwC (PriceWaterhouseCoopers) разработали методологию и рассчитали индекс **эффективности управления общественным здоровьем в регионах РФ**. На его основе был сформирован соответствующий **рейтинг**. Рейтинг позволяет оценить эффективность государственного управления факторами, влияющими на здоровье населения, и потенциал в отношении улучшения здоровья населения (рис. 154).

Расчет индекса общественного здоровья основан **на научных доказательствах** зависимости здоровья населения от социально-экономических условий, социальной безопасности, в том числе от безопасности на дорогах, демографического статуса и образа жизни населения, воздействия окружающей среды, доступности и качества медицинской помощи (рис. 155). В странах ЕС ежегодно измеряют индекс общественного здоровья населения, формируют рейтинг 269 территорий с соответствующей интерактивной картой (EURO-HEALTHY PHI)[1]. Степень влияния (или удельный вес) детерминант (факторов влияния на здоровье) для расчета индекса был определен на основе регрессионных моделей и экспертно (в работе участвовало 15 междисципли-

[1] Santana P., Freitas A., Costa C., Vieira A. et al. Atlas of Population Health in European Union Regions. — Imprensa da Universidade. — November, 2017. — Электронный доступ: https://www.researchgate.net/publication/321361767_Atlas_of_Population_Health_in_European_Union_Regions

нарных организаций из 12 европейских стран и 56 экспертов). В США приняты аналогичные подходы к измерению здоровья населения с составлением соответствующего рейтинга по штатам (Healthy People 2020[1]).

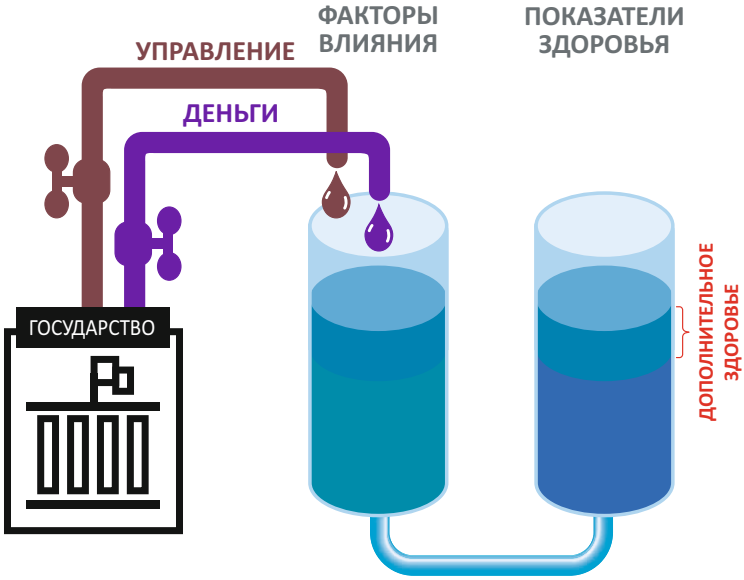


Рис. 154. Эффективность государственного управления факторами, влияющими на здоровье населения

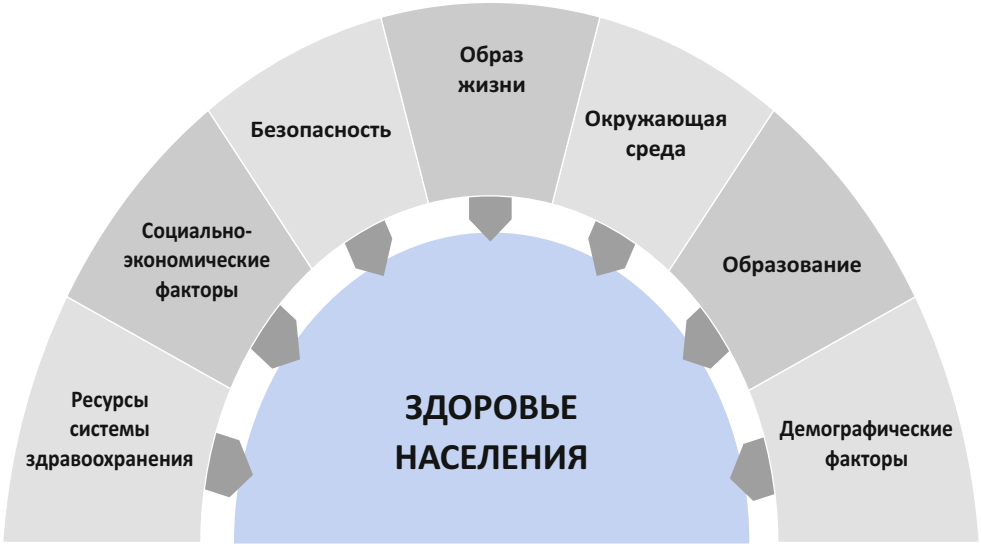


Рис. 155. Факторы, влияющие на здоровье населения

[1] https://www.healthypeople.gov/2020/data-search/About-the-Data

Расчет индекса

При расчете индекса для регионов РФ сначала были выделены два больших блока показателей: «**показатели здоровья**» и «**детерминанты здоровья**». Каждая из этих **детерминант** в определенной **степени** влияет на здоровье населения (в ЕС эта степень влияния одна, в РФ — другая). По каждому блоку был рассчитан отдельный индекс, а затем для оценки эффективности государственного управления здоровьем населения индекс показателей здоровья (результаты) был поделен на индекс детерминант (вложения) (рис. 156).

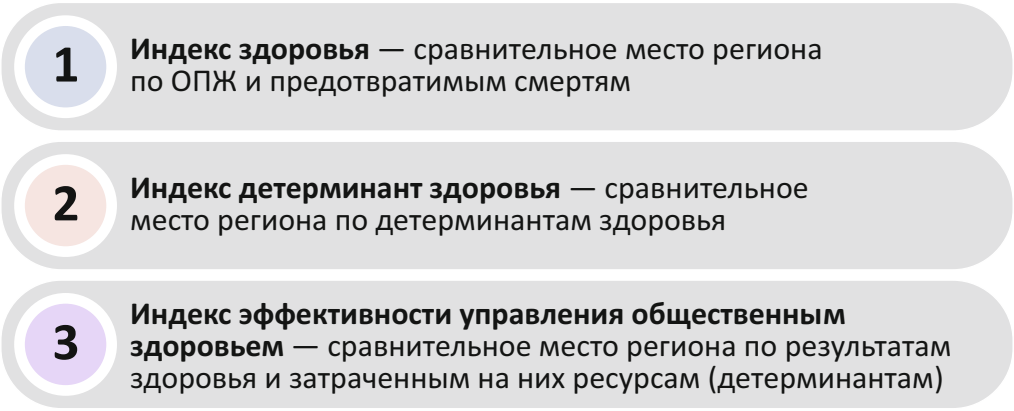


Рис. 156. Этапы расчета индекса эффективности управления общественным здоровьем

При расчете индекса «**показатели состояния здоровья**» для РФ в нашей методике использованы две группы показателей: ОПЖ (как интегральный показатель, обратный вероятности смертности населения), младенческая смертность и смертность от предотвратимых причин (ишемическая болезнь сердца, цереброваскулярные заболевания, злокачественные новообразования толстой кишки, молочной железы и др.). Всего взято 14 показателей, каждый из которых имеет свой удельный вес при подсчете баллов. Наибольший удельный вес — 50% был присвоен ОПЖ. Регион с наивысшим показателем ОПЖ при рождении получает 50, а с наименьшим — 0 баллов. Далее следуют показатели младенческой смертности с удельным весом 8% и показатели смертности от 12 предотвратимых причин, каждый с удельным весом 3,5%, результаты расчетов представлены в столбце «Рейтинг показателей здоровья», в табл. 40.

Для расчета индекса «**детерминанты здоровья**» для РФ использованы наиболее значимые группы показателей, влияющих на здоровье: экономические условия в регионе (35%), образ жизни населения (30%), доступность и качество медицинской помощи, выраженные через уровень финансирования и ресурсы здравоохранения (29%), а также условия окружающей среды (6%). Такое распределение удельного веса основано на построении авторских ре-

грессионных моделей, сделанных для РФ[1]. Всего выбрано **девять показателей**, каждому из которых был присвоен удельный вес:

- валовой региональный продукт на душу населения (рубли) — 15%;
- численность населения с денежными доходами ниже региональной величины прожиточного минимума (доля от общей численности населения субъекта РФ) — 15%;
- коэффициент фондов (соотношение денежных доходов 10% наиболее и 10% наименее обеспеченного населения) — 5%;
- потребление крепких алкогольных напитков на душу населения в возрасте от 15 лет (л) — 20%;
- распространенность потребления табака среди взрослого населения (%) — 10%;
- выброшено в атмосферу загрязняющих веществ стационарными и передвижными источниками (т/км^2) — 6%;
- обеспеченность практикующими врачами, работающими в государственных и муниципальных медицинских организациях (на 10 тыс. населения), — 6%;
- обеспеченность средним медицинским персоналом, работающим в государственных и муниципальных медицинских организациях (на 10 тыс. населения), — 3%;
- государственные расходы на здравоохранение на душу населения (бюджеты всех уровней и ОМС, рубли) — 20%.

В столбце «Рейтинг детерминант здоровья», в табл. 40, представлены результаты расчетов.

Расчет итогового индекса эффективности управления общественным здоровьем: для этого индекс здоровья для региона был поделен на индекс детерминант здоровья для этого же региона и затем на среднее значение индекса эффективности по РФ. Таким образом, индекс эффективности (позиция региона в рейтинге) будет расти, если будут увеличиваться индексы показателей здоровья (улучшение здоровья). Самыми лучшими окажутся те регионы, которые имеют сравнительно лучшие показатели здоровья при сравнительно меньших значениях факторов, влияющих на здоровье. Таким образом, если позиция в рейтинге невысокая, это будет означать, что у региона есть ресурсы в увеличении ОПЖ и снижении смертности за счет улучшения факторов, влияющих на здоровье. В столбце «Рейтинг эффективности», в табл. 40, представлены результаты расчетов. Все регионы отсортированы именно по третьему столбцу.

В рейтинге выделены три группы (рис. 157).

1. **Регионы с показателем индекса выше среднероссийского** — значения индекса эффективности управления здоровьем региона выше, чем среднее значение по РФ (от 260 до 11%).

[1] Улумбекова Г.Э., Гиноян А.Б., Чабан Е.А. Количественный анализ факторов, влияющих на состояние здоровья населения в РФ // Медицинское образование и профессиональное развитие. — 2016. — № 2. — С. 107–120.

2. **Регионы с показателем индекса около среднероссийского** — значения индекса эффективности управления здоровьем близки к РФ (выше и ниже на 10% среднероссийского).
3. **Регионы с существенными резервами для повышения индекса** — значения индекса эффективности управления здоровьем региона значительно ниже, чем среднее значение по РФ (от 11 до 80% ниже среднероссийского).

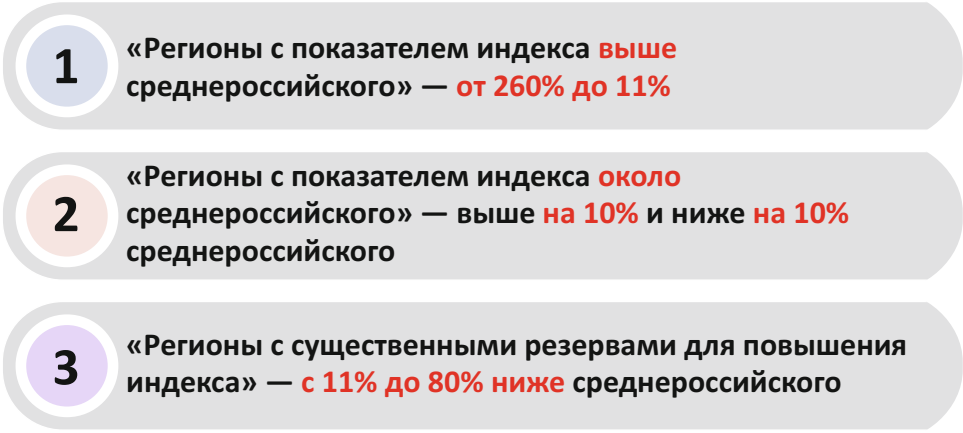


Рис. 157. Структура рейтинга индексов эффективности управления общественным здоровьем

Таблица 40. Рейтинг индекса эффективности управления общественным здоровьем (регионы отсортированы по третьему столбцу)

Название региона	Рейтинг показателей здоровья		Рейтинг детерминант здоровья		Рейтинг эффективности	
	место, 2017	баллы	место, 2017	баллы	место, 2017	коэффициенты по отношению к РФ
Республика Ингушетия	1-е	90,62	76-е	38,06	1-е	2,59
Чеченская Республика	3-е	83,03	80-е	35,76	2-е	2,53
Кабардино-Балкарская Республика	5-е	82,64	72-е	41,72	3-е	2,16
Республика Дагестан	4-е	82,95	56-е	46,02	4-е	1,96
Карачаево-Черкесская Республика	2-е	85,25	49-е	48,02	5-е	1,93
Республика Марий Эл	36-е	56,42	85-е	32,01	6-е	1,92
Ставропольский край	12-е	73,90	67-е	43,08	7-е	1,87
Республика Мордовия	17-е	71,02	69-е	42,67	8-е	1,81
Кировская область	29-е	60,82	77-е	36,56	9-е	1,81

Продолжение табл. 40

Название региона	Рейтинг показателей здоровья		Рейтинг детерминант здоровья		Рейтинг эффективности	
	место, 2017	баллы	место, 2017	баллы	место, 2017	коэффициенты по отношению к РФ
Республика Адыгея	31-е	58,82	79-е	35,85	10-е	1,79
Тамбовская область	14-е	73,06	61-е	44,72	11-е	1,78
Республика Северная Осетия — Алания	7-е	80,32	39-е	51,94	12-е	1,68
Чувашская Республика	22-е	67,48	63-е	43,89	13-е	1,67
г. Севастополь	21-е	67,57	51-е	47,26	14-е	1,56
Ростовская область	23-е	66,39	54-е	46,80	15-е	1,55
Республика Калмыкия	16-е	71,43	41-е	51,44	16-е	1,51
Волгоградская область	15-е	72,40	37-е	52,47	17-е	1,50
Республика Татарстан	13-е	73,19	28-е	53,56	18-е	1,49
Саратовская область	33-е	57,51	66-е	43,18	19-е	1,45
Астраханская область	18-е	70,41	33-е	52,87	20-е	1,45
Рязанская область	24-е	65,78	42-е	50,92	21-е	1,41
Ивановская область	51-е	44,77	82-е	34,94	22-е	1,40
Пензенская область	20-е	67,78	33-е	53,00	23-е	1,39
Московская область	19-е	69,80	22-е	55,56	24-е	1,37
Краснодарский край	11-е	74,15	15-е	59,39	25-е	1,36
г. Москва	6-е	80,85	6-е	66,84	26-е	1,32
Удмуртская Республика	37-е	54,81	57-е	45,71	27-е	1,31
Нижегородская область	30-е	59,16	43-е	50,48	28-е	1,28
Калининградская область	28-е	62,01	31-е	53,27	29-е	1,27
Томская область	39-е	54,16	55-е	46,58	30-е	1,27
Липецкая область	26-е	64,89	20-е	56,20	31-е	1,26
Ханты-Мансийский автономный округ	8-е	77,38	3-е	68,14	32-е	1,24
Ульяновская область	32-е	58,74	32-е	53,09	33-е	1,21
г. Санкт-Петербург	9-е	75,92	2-е	71,16	34-е	1,16
Ленинградская область	38-е	54,48	40-е	51,56	35-е	1,15
Белгородская область	10-е	75,74	1-е	72,09	36-е	1,14
Воронежская область	25-е	65,12	10-е	62,48	37-е	1,14

Продолжение табл. 40

Название региона	Рейтинг показателей здоровья		Рейтинг детерминант здоровья		Рейтинг эффективности	
	место, 2017	баллы	место, 2017	баллы	место, 2017	коэффициенты по отношению к РФ
Костромская область	50-е	45,12	65-е	43,60	38-е	1,13
Архангельская область (без АО)	44-е	50,87	45-е	50,13	39-е	1,11
Республика Крым	46-е	49,84	44-е	50,41	40-е	1,08
Мурманская область	49-е	46,42	52-е	47,20	41-е	1,07
Калужская область	42-е	52,33	26-е	53,73	42-е	1,06
Брянская область	56-е	38,18	75-е	40,16	43-е	1,04
Самарская область	40-е	53,64	19-е	56,60	44-е	1,03
Новосибирская область	52-е	42,74	58-е	45,46	45-е	1,02
Ярославская область	41-е	53,55	18-е	57,19	46-е	1,02
Ямало-Ненецкий автономный округ	27-е	62,91	5-е	67,20	47-е	1,02
Республика Башкортостан	54-е	40,77	62-е	43,91	48-е	1,01
Орловская область	45-е	50,73	24-е	54,84	49-е	1,01
Среднее по РФ	**35-е**	**56,43**	11-е	61,47	50-е	**1,00**
Республика Алтай	65-е	32,08	78-е	35,92	51-е	0,97
Вологодская область	53-е	41,35	53-е	46,80	52-е	0,96
Тюменская область (без АО)	34-е	57,39	7-е	65,19	53-е	0,96
Курская область	43-е	51,18	16-е	58,55	54-е	0,95
Владимирская область	61-е	35,50	70-е	42,39	55-е	0,91
Республика Саха (Якутия)	47-е	48,44	17-е	57,94	56-е	0,91
Приморский край	76-е	27,48	83-е	32,95	57-е	0,91
Смоленская область	57-е	36,38	64-е	43,67	58-е	0,91
Свердловская область	55-е	39,86	30-е	53,42	59-е	0,81
Алтайский край	68-е	30,68	74-е	41,33	60-е	0,81
Ненецкий автономный округ	48-е	47,96	4-е	67,81	61-е	0,77
Курганская область	66-е	31,84	59-е	45,28	62-е	0,77
Республика Бурятия	80-е	24,56	81-е	35,05	63-е	0,76
Челябинская область	58-е	36,02	36-е	52,48	64-е	0,75
Республика Карелия	63-е	33,61	46-е	49,99	65-е	0,73
Омская область	59-е	35,81	27-е	53,68	66-е	0,73
Псковская область	74-е	27,91	68-е	42,74	67-е	0,71

Окончание табл. 40

Название региона	Рейтинг показателей здоровья		Рейтинг детерминант здоровья		Рейтинг эффективности	
	место, 2017	баллы	место, 2017	баллы	место, 2017	коэффициенты по отношению к РФ
Новгородская область	70-е	28,74	60-е	45,24	68-е	0,69
Республика Коми	64-е	33,06	38-е	52,46	69-е	0,69
Амурская область	77-е	26,35	71-е	41,85	70-е	0,69
Тульская область	62-е	35,26	12-е	60,89	71-е	0,63
Тверская область	67-е	30,86	29-е	53,46	72-е	0,63
Еврейская автономная область	82-е	17,77	86-е	31,22	73-е	0,62
Магаданская область	60-е	35,57	9-е	63,59	74-е	0,61
Забайкальский край	81-е	17,85	84-е	32,73	75-е	0,59
Пермский край	71-е	28,53	35-е	52,60	76-е	0,59
Республика Хакасия	79-е	25,95	48-е	49,29	77-е	0,57
Красноярский край	78-е	26,21	47-е	49,84	78-е	0,57
Хабаровский край	72-е	28,51	21-е	55,72	79-е	0,56
Камчатский край	75-е	27,87	25-е	54,48	80-е	0,56
Сахалинская область	69-е	30,62	14-е	60,67	81-е	0,55
Оренбургская область	73-е	28,44	13-е	60,69	82-е	0,51
Республика Тыва	83-е	17,64	50-е	47,68	83-е	0,40
Кемеровская область	84-е	14,94	73-е	41,46	84-е	0,39
Иркутская область	85-е	13,32	23-е	55,27	85-е	0,26
Чукотский автономный округ	86-е	12,82	8-е	64,72	86-е	0,22

ВЫВОД К РАЗДЕЛУ 5.13

- При сравнении регионов выявлено, что во многих из них **есть существенные** резервы улучшения здоровья за счет управления факторами, влияющими на здоровье. Всем субъектам РФ необходимо разработать **комплексные программы** по охране здоровья под руководством глав регионов и муниципалитетов (см. также раздел 5.3). Они должны включать меры по увеличению благосостояния граждан, росту расходов на здравоохранение, мотивации граждан к ведению здорового образа жизни и созданию благоприятной для здоровья населения окружающей среды.

5.14. РАЗВИТИЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РЕГИОНОВ АРКТИЧЕСКОЙ ЗОНЫ РФ (соавтор Калашникова А.В.[1])

Анализ показателей здоровья и факторов, его определяющих, в регионах Арктической зоны РФ и мира

В данном разделе проанализированы: показатели здоровья и факторы, его определяющие, в регионах Приполярья и Заполярья РФ в сравнении с Арктическими регионами стран мира; рассмотрена динамика этих показателей за последние 3–4 года (2014–2017/2018) в названных российских регионах, а также представлен опыт развитых стран по организации медицинской помощи и комплексной охране здоровья населения в отдаленных и труднодоступных территориях. В завершение даны рекомендации по формированию политики в области охраны здоровья населения для регионов Арктической зоны РФ.

Показатели здоровья. В циркумполярной зоне мира проживает **13,4 млн** граждан: в РФ — 9,92 млн человек, северных землях Европы —2,31 млн человек, Исландии — 0,34 млн человек, Канаде — 0,12 млн человек, Аляске — 0,74 млн человек (рис. 158).

Территории, которые вошли в анализ, с указанием численности проживающего населения представлены в табл. 41.

Таблица 41. Территории и численность населения, проживающего в Арктической зоне

Страна	Территории	Численность населения, млн чел.
США	Аляска	0,74
Канада	Юкон, Нунавут, северо-западные территории	0,12
Исландия	Вся	0,34
Финляндия	Восточная и Северная Финляндия	1,30
Норвегия	Северные земли	0,49
Швеция	Верхний Норрланд	0,52
РФ (12 регионов)	Мурманская область, Республика Карелия, Архангельская область, Ненецкий АО, Республика Коми, Ханты-Мансийский автономный округ (ХМАО), Ямало-Ненецкий автономный округ (ЯНАО), Красноярский край, Республика Саха (Якутия), Магаданская область, Чукотский АО, Камчатский край	9,92

Демографические показатели и показатели здоровья населения в сравниваемых территориях представлены на рис. 159–162. На всех графиках красными пунктирными линиями обозначены средневзвешенные показатели для Арктических регионов РФ и мира, рассчитанные с учетом численности населения каждого региона (страны). В анализе присутствует провинция Канады Нунавут, которая недавно отделилась от северо-западных территорий Канады и в которой коренное население составляет почти 100%.

[1] А.В. Калашникова — сотрудник Научно-исследовательского центра по анализу деятельности системы здравоохранения ВШОУЗ-КМК.

Рис. 158. Территория Заполярья и Приполярья (Арктическая зона)

ОПЖ в 2017 г. в Приполярных регионах РФ составила 71,6 года, что **на 6 лет ниже**, чем в арктических территориях Канады и Аляске, разница с северными территориями Скандинавских стран — **10 лет** (рис. 159).

ОПЖ мужчин в Приполярных регионах РФ в 2017 г. составила 66,3 года, что **на 10 лет ниже**, чем в арктических территориях Канады и Аляске, разница с северными территориями Скандинавских стран — **13 лет** (рис. 160).

Младенческая смертность (число умерших в возрасте до 1 года на 1000 родившихся живыми) в Приполярных регионах РФ в 2017 г. составила 5,6 случая, что **на 25% выше**, чем в Аляске, разница с северными территориями Скандинавских стран — **в 2 раза** (рис. 161).

На рис. 162 представлена смертность детей в возрасте до 14 лет (число умерших в возрасте от 0 до 14 лет от всех причин смерти на 100 тыс. населения соответствующего возраста). В Приполярных регионах РФ в 2017 г. смертность детей составила 61,5 случая, что **в 1,8 раза выше**, чем в северных территориях Скандинавских стран, **но в 1,3 раза ниже**, чем в Аляске.

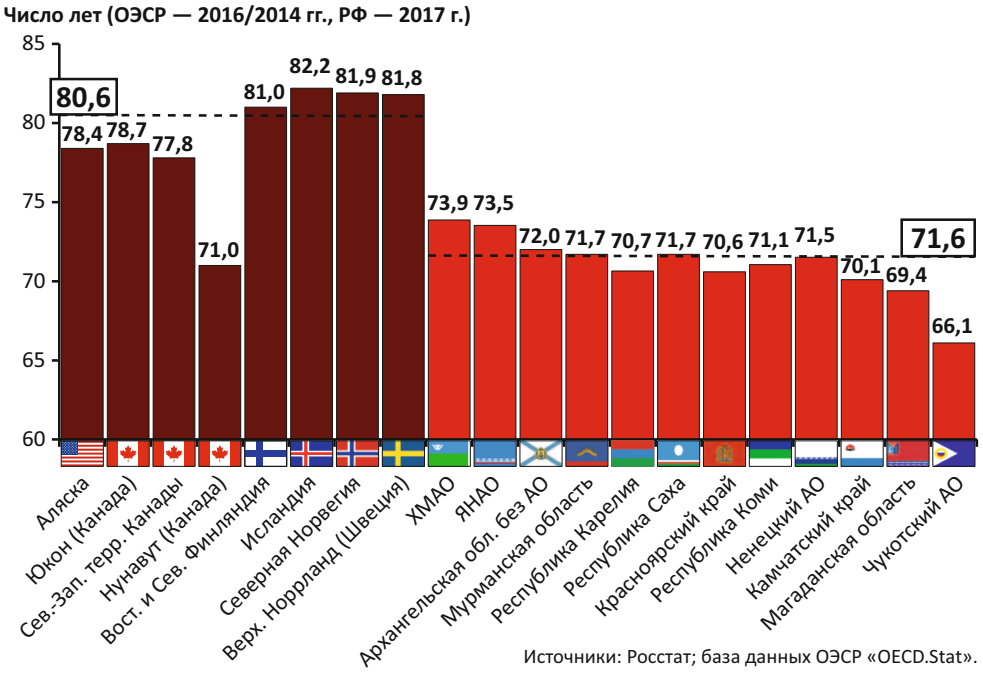


Рис. 159. Ожидаемая продолжительность жизни при рождении в регионах Арктической зоны РФ и мира

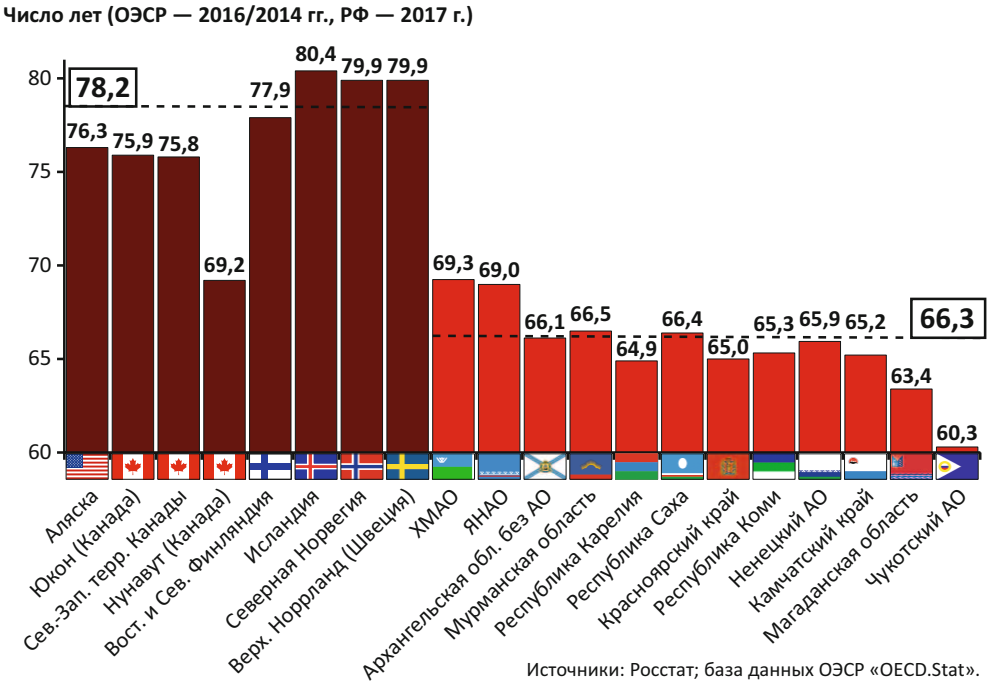
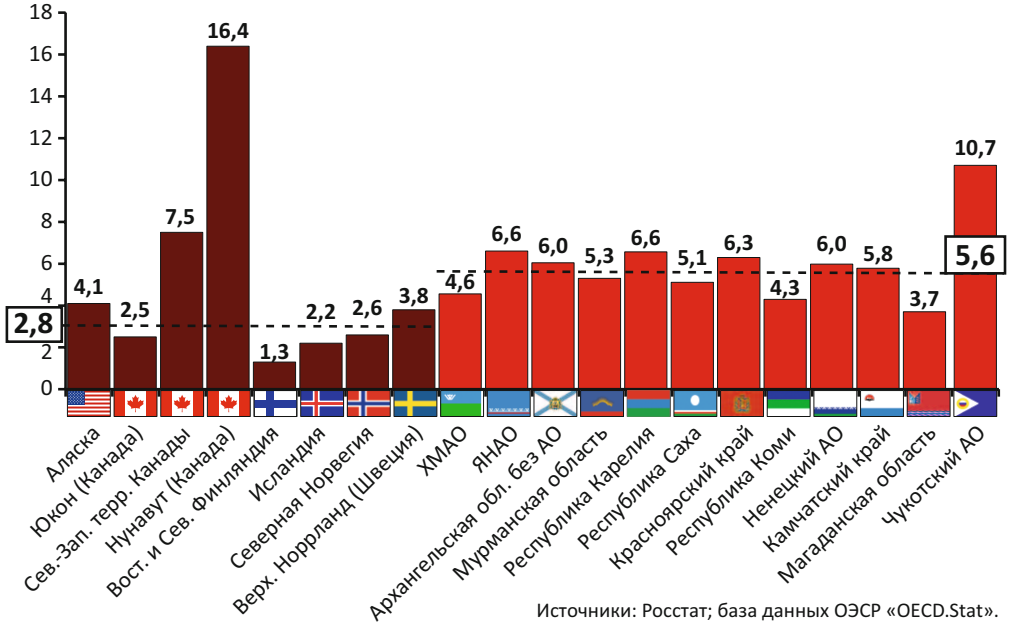


Рис. 160. Ожидаемая продолжительность жизни мужчин в регионах Арктической зоны РФ и мира

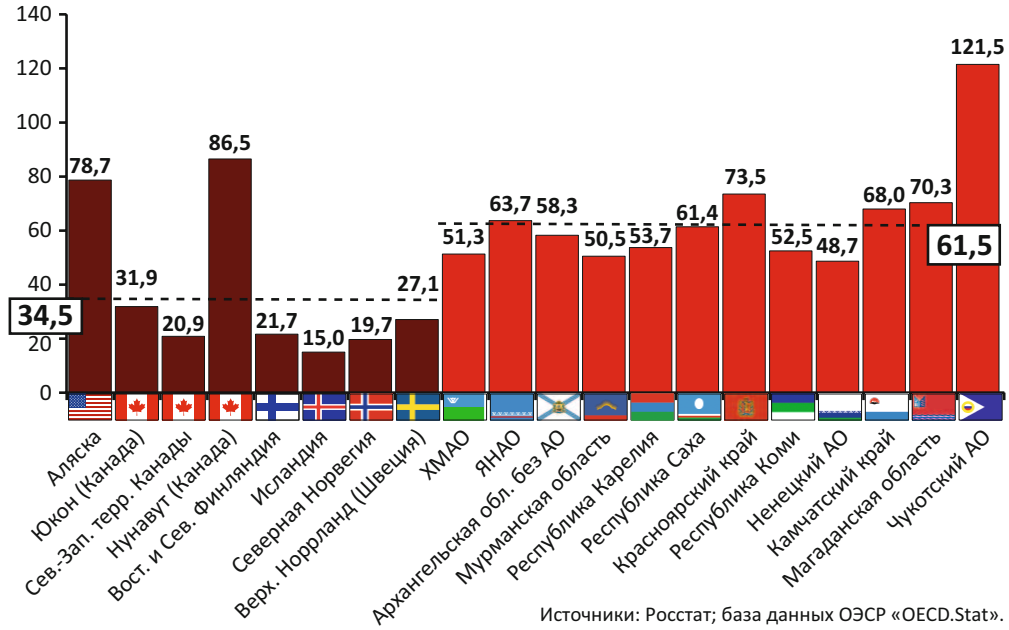
Число умерших в возрасте до 1 года на 1000 родившихся живыми (ОЭСР — 2015/2013 гг., РФ — 2017 г.)



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

Рис. 161. Младенческая смертность в регионах Арктической зоны РФ и мира

Число умерших в возрасте от 0 до 14 лет на 100 тыс. населения соотв. возраста (ОЭСР — 2016 г., РФ — 2017 г.)

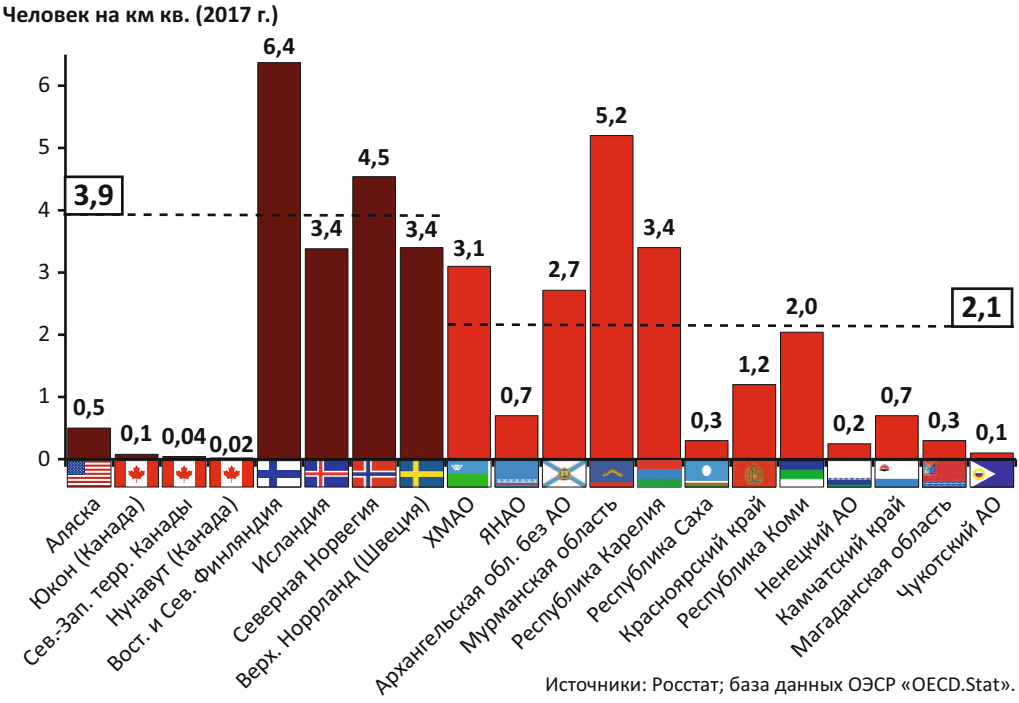


Источники: Росстат; база данных ОЭСР «OECD.Stat».

Рис. 162. Смертность детей в возрасте от 0 до 14 лет в регионах Арктической зоны РФ и мира

Факторы, влияющие на здоровье. В главе 2 детально рассмотрены факторы, которые определяют здоровье населения: социально-экономические (определяемые через уровень ВВП или ВРП на душу населения, среднедушевые денежные доходы населения), образ жизни населения (потребление алкоголя и курение), деятельность системы здравоохранения (уровень финансирования), климатогеографические условия.

Климатогеографические и демографические условия. Плотность населения в Приполярных регионах РФ — **на уровне** Аляски и Юкона (Канада) (рис. 163). Доля населения старше 65 лет в Приполярных регионах РФ в 2017 г. составила 10%, что на уровне Аляски и **в 1,8 раза меньше**, чем на северных территориях Скандинавских стран (рис. 164).



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

Рис. 163. Плотность населения, проживающего в регионах Арктической зоны РФ и мира

Экономические факторы. ВРП на душу населения в Приполярных регионах РФ в 2017 г. составил 46 тыс. $ППС[1], что **на уровне** Арктических территорий стран мира (рис. 165). Среднедушевые денежные доходы в месяц в Приполярных регионах РФ в 2017 г. составили 1,5 тыс. $ППС, что **в 1,6 раза ниже**, чем в арктических территориях стран мира (сравнение по средневзвешенным показателям) (рис. 166).

[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).

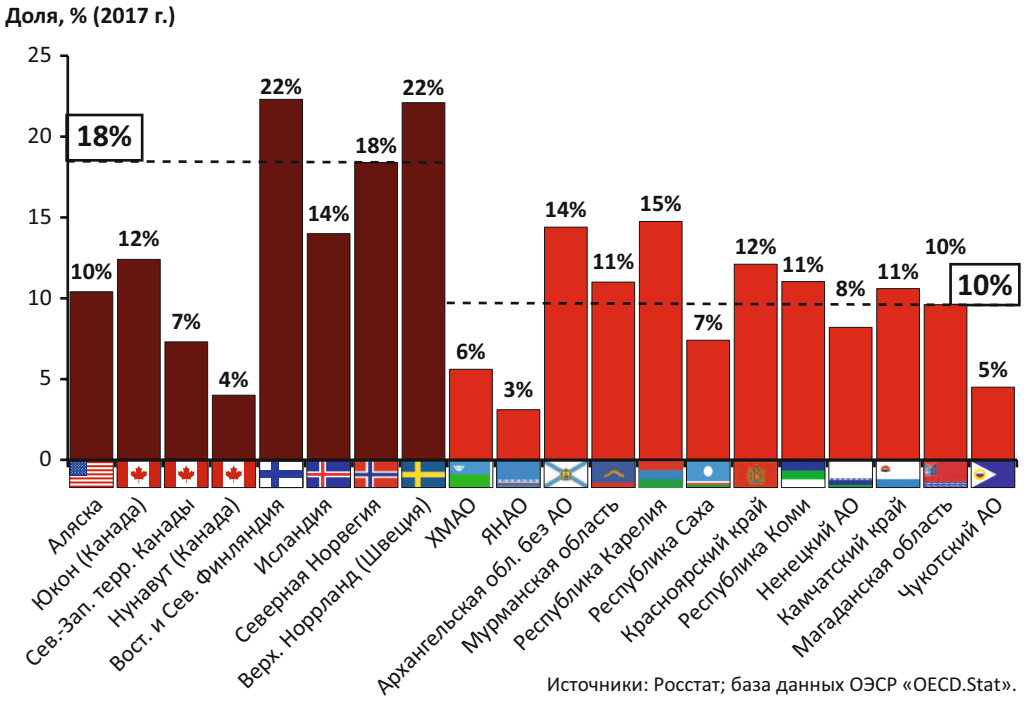


Рис. 164. Доля населения старше 65 лет в регионах Арктической зоны РФ и мира

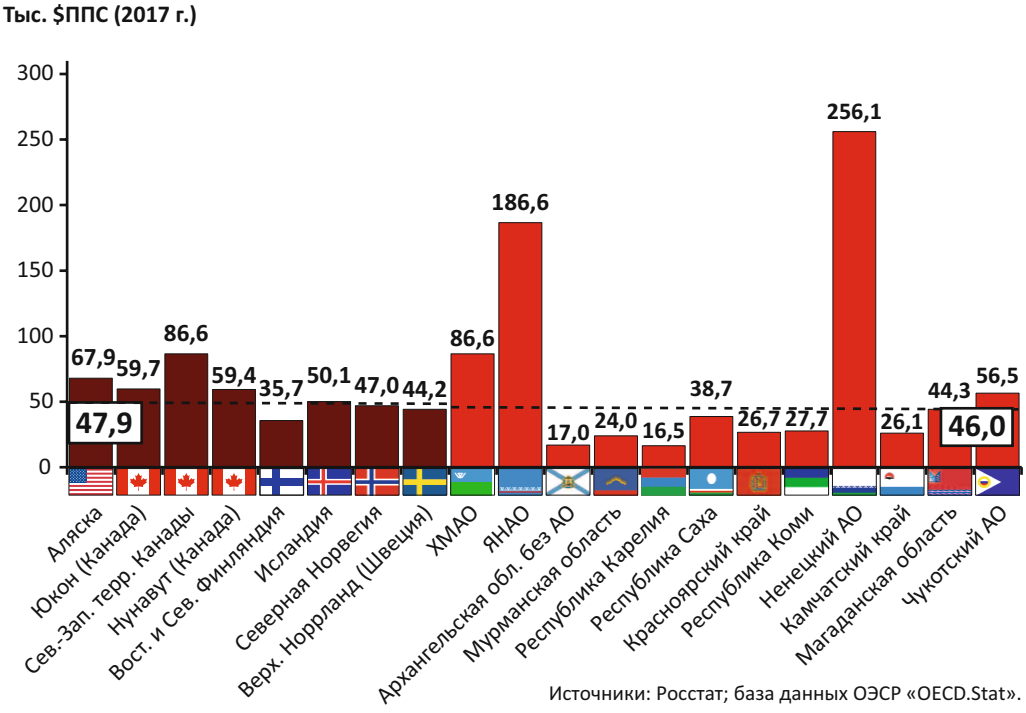


Рис. 165. ВРП/ВВП на душу населения в регионах Арктической зоны РФ и мира

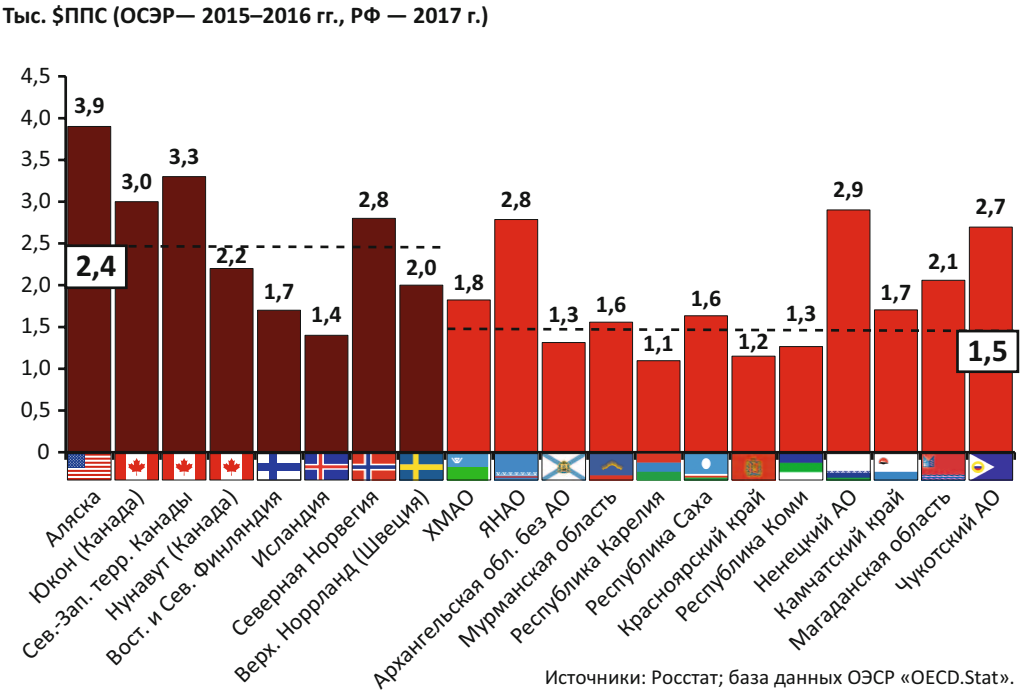


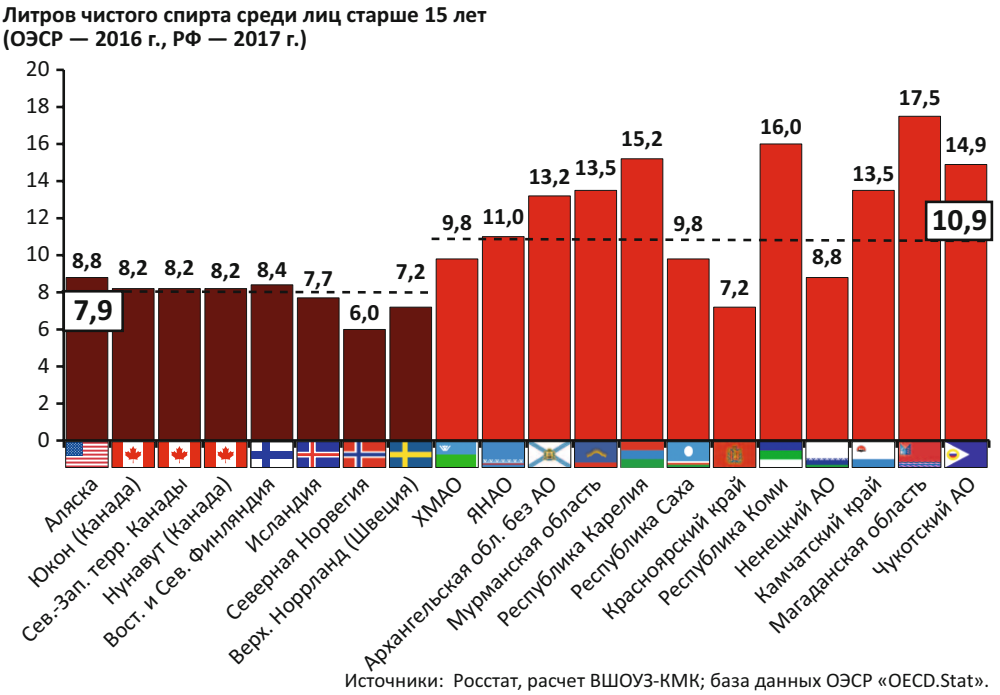
Рис. 166. Среднедушевые денежные доходы в месяц в регионах Арктической зоны РФ и мира

Образ жизни населения. Данные о потреблении алкоголя отдельно по регионам зарубежных стран в открытом доступе не представлены, соответственно, для сравнения приняты показатели по соответствующей стране в целом. Потребление алкоголя на душу населения (литров чистого спирта среди лиц старше 15 лет) в Приполярных регионах РФ в 2017 г. составило 10,9 л, что **в 1,4 раза выше**, чем в арктических территориях стран мира (рис. 167).

Данные о доле курящего населения даны также по странам в целом. Доля курящего взрослого населения в Приполярных регионах РФ в 2017 г. составила 32%, что **в 2,5 раза выше**, чем в арктических территориях стран мира (рис. 168).

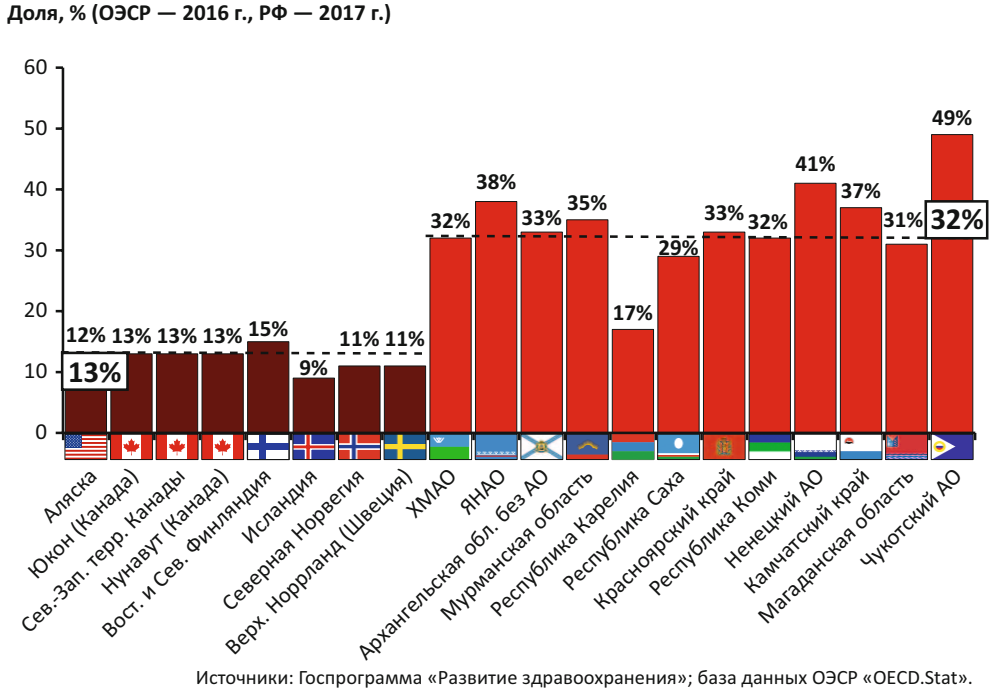
Влияние системы здравоохранения на здоровье населения (подушевые государственные расходы на здравоохранение, обеспеченность практикующими врачами и стационарными койками). В Приполярных регионах РФ в 2017 г. подушевые государственные расходы на здравоохранение составили 1,1 тыс. $ППС, что **в 4,4 раза ниже**, чем средневзвешенный показатель по арктическим территориям стран мира (рис. 169).

Обеспеченность практикующими врачами в Приполярных регионах РФ в 2017 г. составила 4,2 на 1000 населения, что **на 10% выше**, чем средневзвешенный показатель по арктическим территориям стран мира (рис. 170).



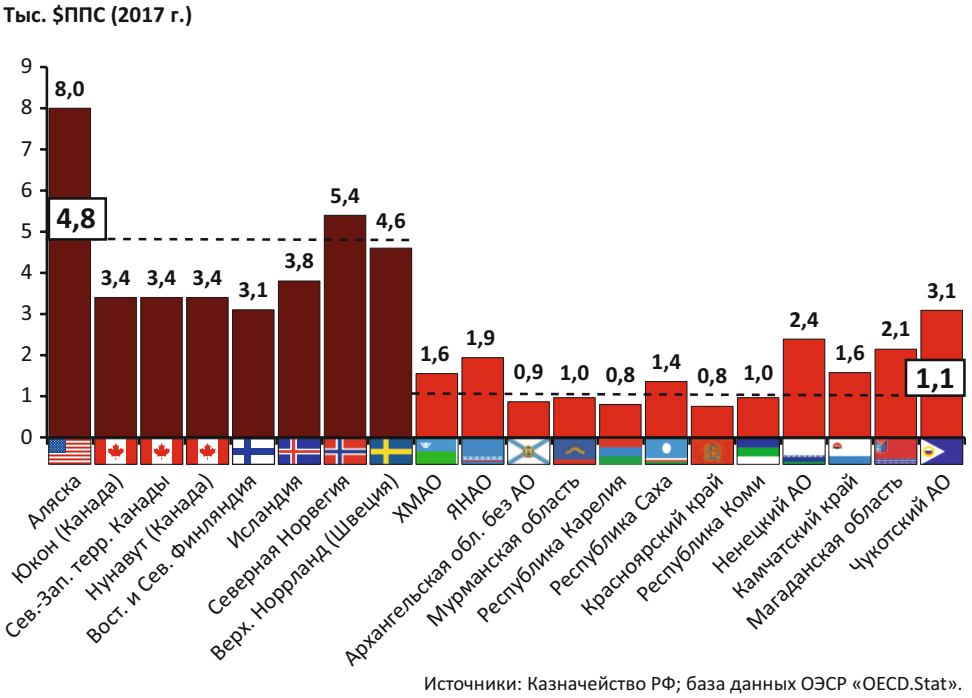
Источники: Росстат, расчет ВШОУЗ-КМК; база данных ОЭСР «OECD.Stat».

Рис. 167. Потребление алкоголя на душу населения среди лиц старше 15 лет в странах Арктической зоны РФ и мира



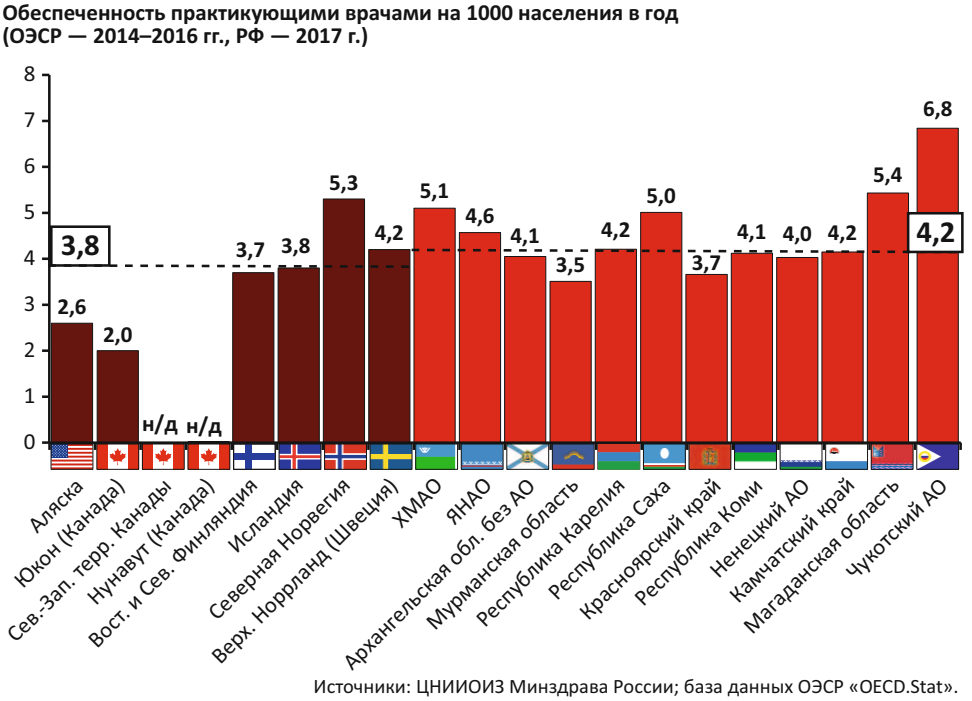
Источники: Госпрограмма «Развитие здравоохранения»; база данных ОЭСР «OECD.Stat».

Рис. 168. Доля курящего взрослого населения в странах Арктической зоны РФ и мира



Источники: Казначейство РФ; база данных ОЭСР «OECD.Stat».

Рис. 169. Подушевые государственные расходы на здравоохранение в странах Арктической зоны РФ и мира

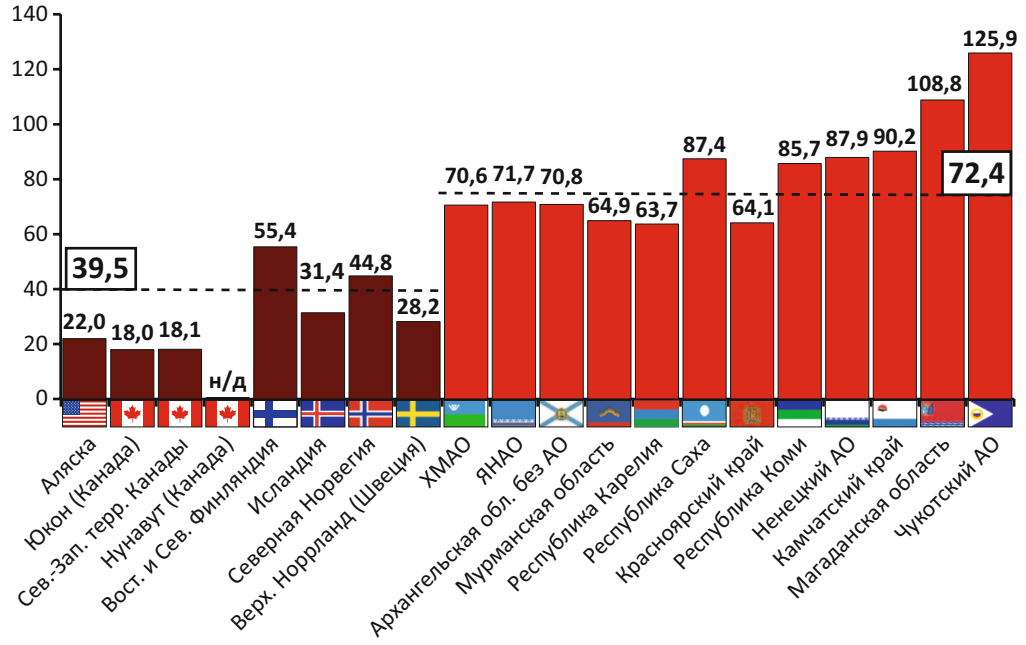


Источники: ЦНИИОИЗ Минздрава России; база данных ОЭСР «OECD.Stat».

Рис. 170. Обеспеченность практикующими врачами в странах Арктической зоны РФ и мира

Обеспеченность больничными койками (по методологии ВОЗ и ОЭСР принято рассчитывать без учета коек на ремонте — около 5%) в Приполярных регионах РФ в 2017 г. составила 72,4 на 10 тыс. населения, что **в 1,8 раза выше**, чем средневзвешенный показатель по арктическим территориям стран мира (рис. 171).

Обеспеченность больничными койками на 1000 населения в год (ОЭСР – 2015 г., РФ – 2017 г.)



Источники: ЦНИИОИЗ Минздрава России; база данных ОЭСР «OECD.Stat».

Рис. 171. Обеспеченность больничными койками в странах Арктической зоны РФ и мира

Таким образом, анализ показал, что при близком уровне ВВП на душу населения (уровне экономического развития) и плотности проживания населения ОПЖ в Приполярных регионах РФ **на 6 лет ниже**, чем в арктических территориях Канады и Аляске (разница с северными территориями Скандинавских стран — **10 лет**). Это может быть связано с **меньшими** доходами граждан (в 1,6 раза ниже), более **высокой** распространенностью потребления алкоголя и табака (в 1,5–2 раза выше), **недофинансированием** здравоохранения (в 4,4 раза ниже) из государственных источников, в ряде случаев — **нерациональным** использованием ресурсов здравоохранения.

Динамика показателей здоровья и факторов, его определяющих, в Арктической зоне РФ с 2014 по 2017/2018 г.

Численность населения в арктических территориях РФ с 2014 по 2018 г. в среднем выросла на 2%. В ХМАО она **выросла** на 3%, Республике Саха — на 1%, Ненецком автономном округе — на 2% и Красноярском крае — на 1%. В ЯНАО она осталась на прежнем уроне, а в остальных регионах **снизилась**: на 1% — в Камчатском крае, на 2% — в Республике Карелия, Мурманской области и Чукотском АО, на 3% — в Архангельской области, на 4% — в Магаданской области и Республике Коми.

Динамика показателей здоровья. ОПЖ (оба пола) в Арктических регионах РФ с 2014 по 2018 г. **выросла на 1,9 года** и составила 71,9 года (здесь и далее — средневзвешенный показатель, расчет ВШОУЗ-КМК) (рис. 172). ОПЖ мужчин с 2014 по 2017 г. выросла **на 1,9 года** и составила 66,3 года (рис. 173).

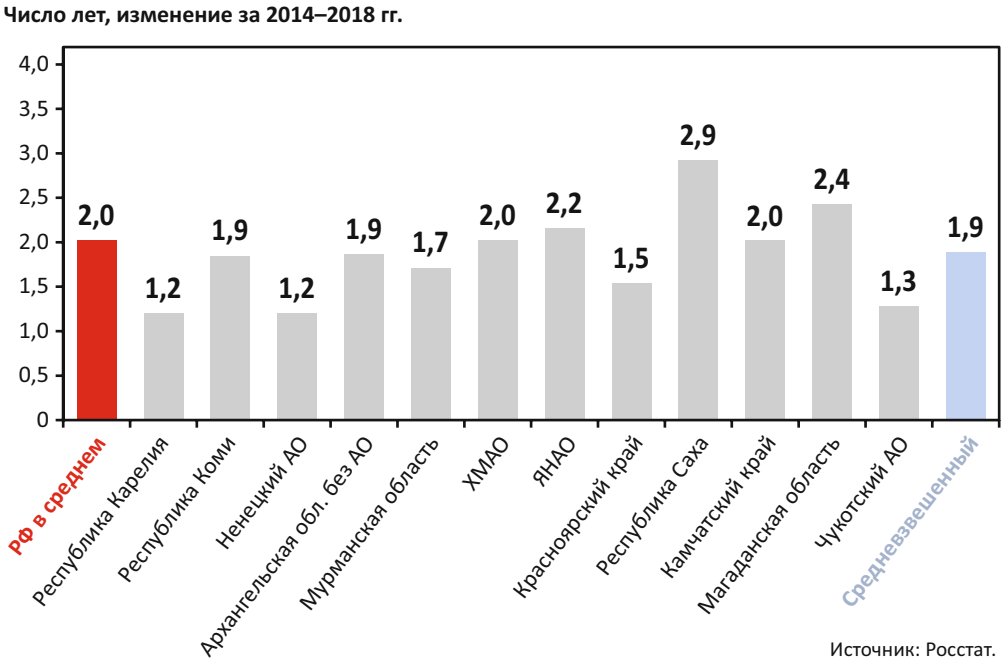


Рис. 172. Изменение ожидаемой продолжительности жизни в Арктических регионах РФ с 2014 по 2018 г.

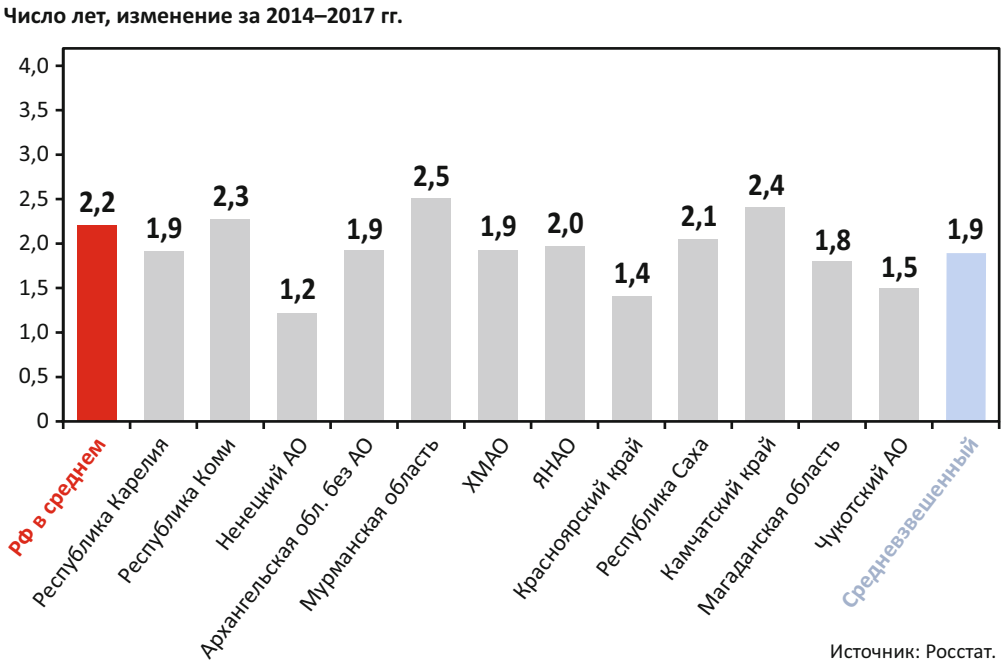


Рис. 173. Изменение ожидаемой продолжительности жизни мужчин в Арктических регионах РФ с 2014 по 2017 г.

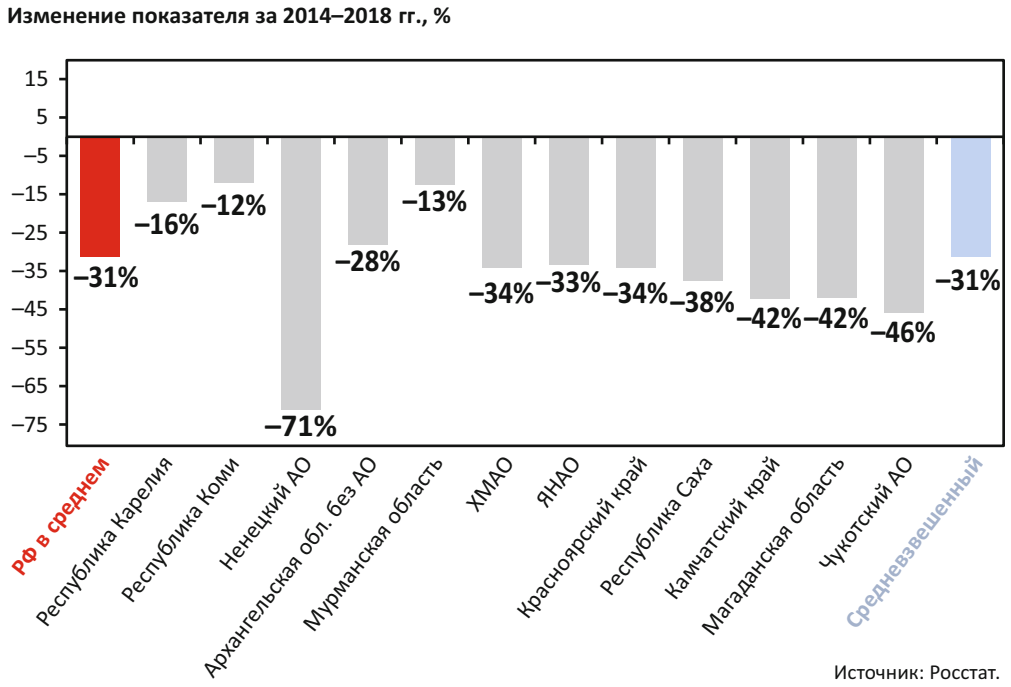
Младенческая смертность в Арктических регионах РФ с 2014 по 2017 г. **снизилась на 31%** и составила 4,9 случая (рис. 174). Смертность детей в возрасте 0–14 лет в Арктических регионах РФ с 2014 по 2017 г. **снизилась на 29%** и составила 61,5 случая на 100 тыс. населения соответствующего возраста (рис. 175).

Стандартизованный коэффициент смертности от болезней системы кровообращения в Арктических регионах РФ с 2014 по 2017 г. **снизился на 12%** и составил 493,1 случая (рис. 176). СКС от новообразований за этот период **снизился на 5%** и составил 180,2 случая (рис. 177), СКС от внешних причин **снизился на 16%** и составил 115,1 случая (рис. 178).

СКС от инфекционных болезней в Арктических регионах РФ с 2014 по 2017 г. **вырос на 2%** и составил 19,9 случая на 100 тыс. населения соответствующего пола и возраста (рис. 179).

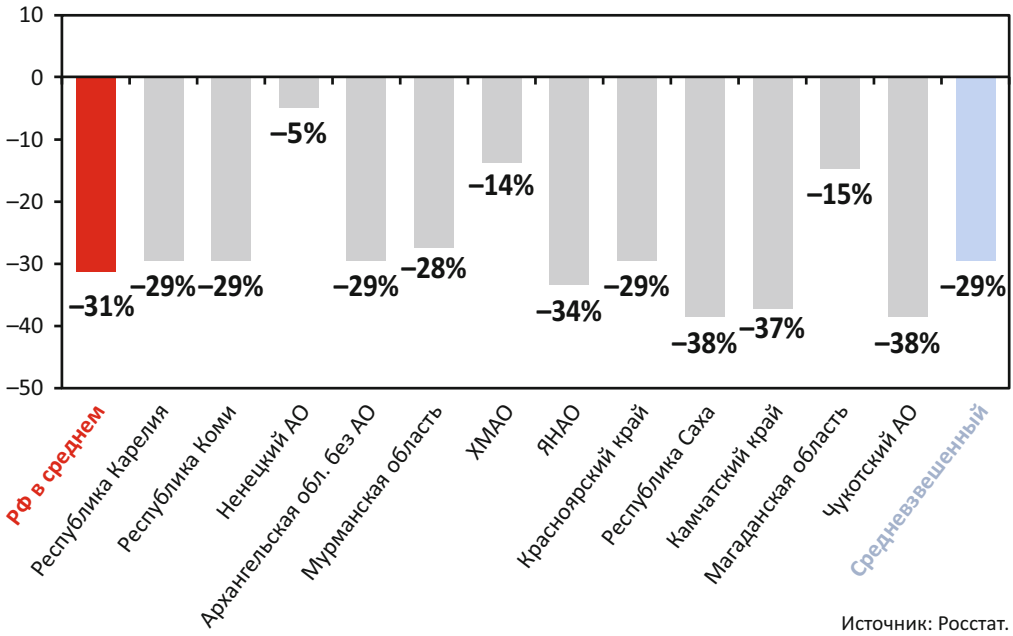
Динамика факторов, влияющих на здоровье населения. Доля населения старше 65 лет в Арктических регионах РФ с 2014 по 2018 г. **выросла на 9%** и составила 10% в общей численности населения (рис. 180). Экологические условия (выбросы вредных веществ в атмосферу) с 2014 по 2017 г. **снизились на 2%** (рис. 181).

ВРП на душу населения в постоянных ценах в Арктических регионах РФ с 2014 по 2017 г. **вырос на 3%** (рис. 182). Однако среднемесячная заработная плата в экономике в постоянных ценах с 2014 по 2018 г. **снизилась на 5%** (рис. 183).



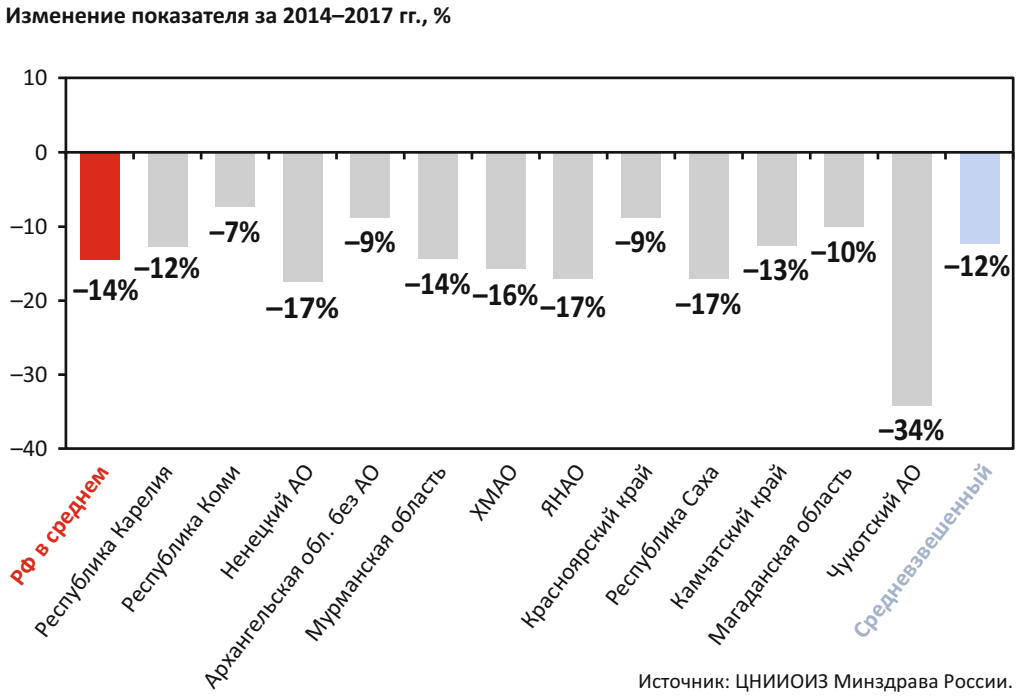
Источник: Росстат.

Рис. 174. Изменение младенческой смертности в Арктических регионах РФ с 2014 по 2018 г.



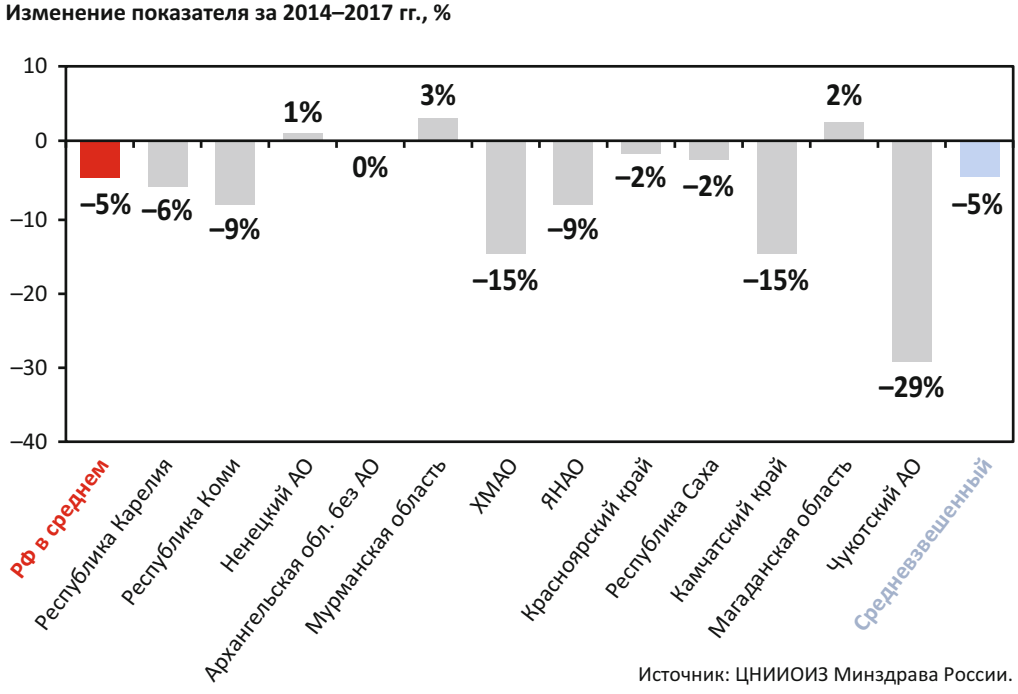
Источник: Росстат.

Рис. 175. Изменение смертности детей в возрасте 0–14 лет в Арктических регионах РФ с 2014 по 2017 г.



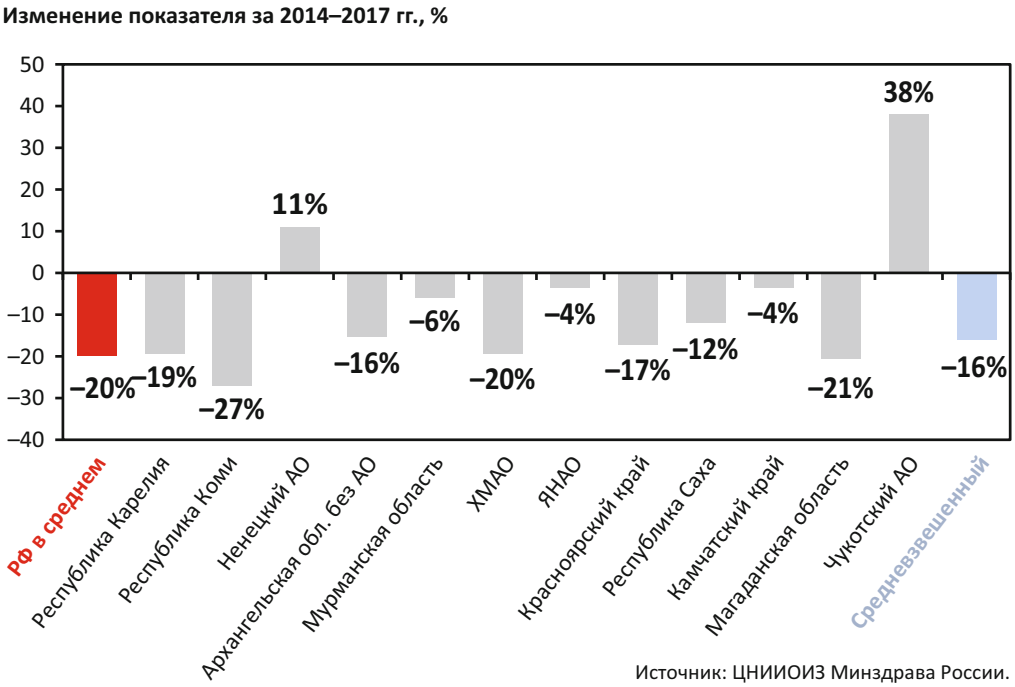
Источник: ЦНИИОИЗ Минздрава России.

Рис. 176. Изменение стандартизованного коэффициента смертности от болезней системы кровообращения в Арктических регионах РФ с 2014 по 2017 г.



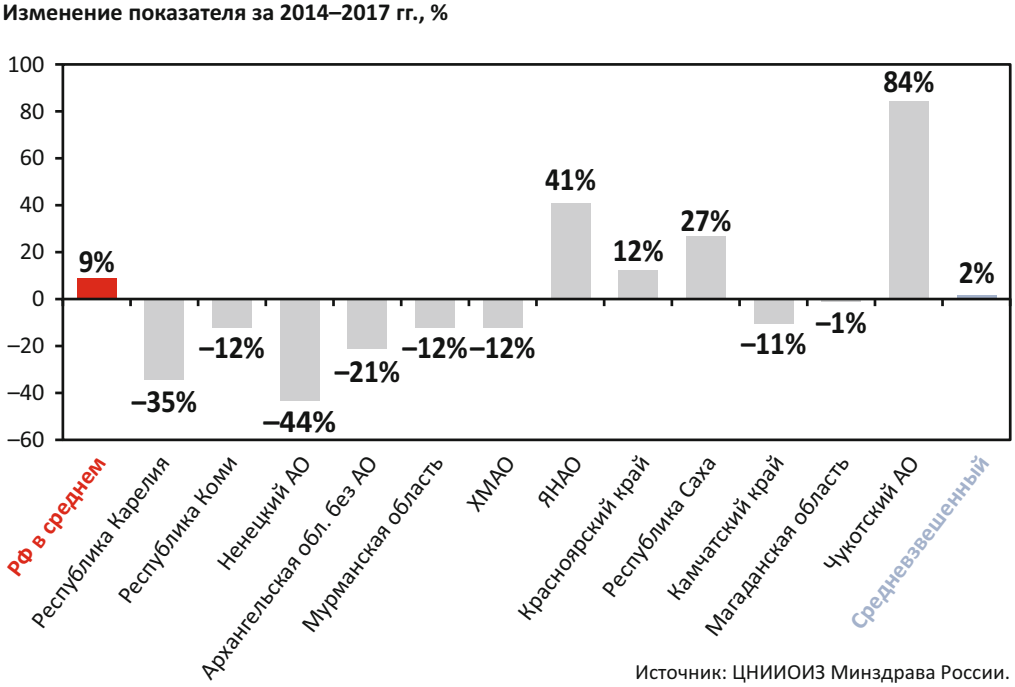
Источник: ЦНИИОИЗ Минздрава России.

Рис. 177. Изменение стандартизованного коэффициента смертности от новообразований в Арктических регионах РФ с 2014 по 2017 г.



Источник: ЦНИИОИЗ Минздрава России.

Рис. 178. Изменение стандартизованного коэффициента смертности от внешних причин в Арктических регионах РФ с 2014 по 2017 г.



Источник: ЦНИИОИЗ Минздрава России.

Рис. 179. Изменение стандартизованного коэффициента смертности от инфекционных болезней в Арктических регионах РФ с 2014 по 2017 г.

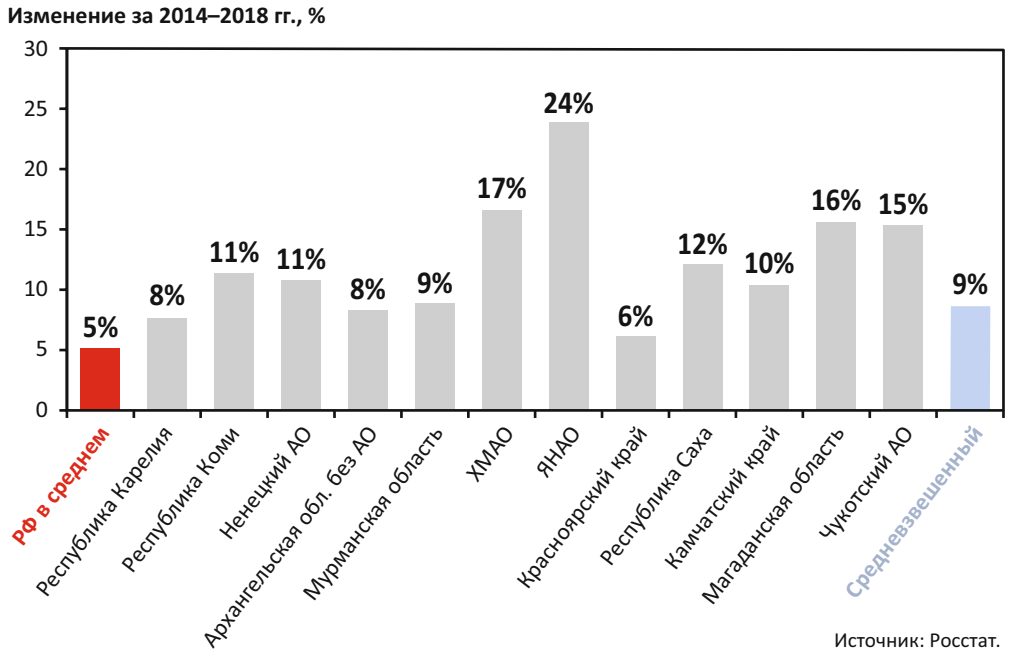


Рис. 180. Изменение доли населения старше 65 лет в Арктических регионах РФ с 2014 по 2018 г.

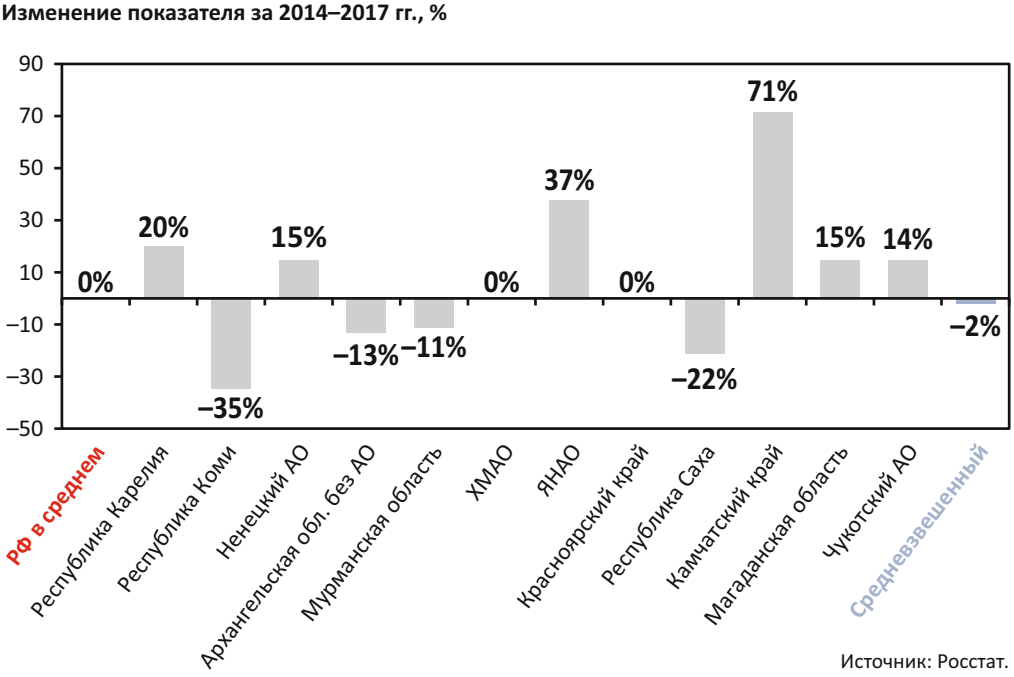


Рис. 181. Изменение выбросов вредных веществ в атмосферу в Арктических регионах РФ с 2014 по 2017 г.

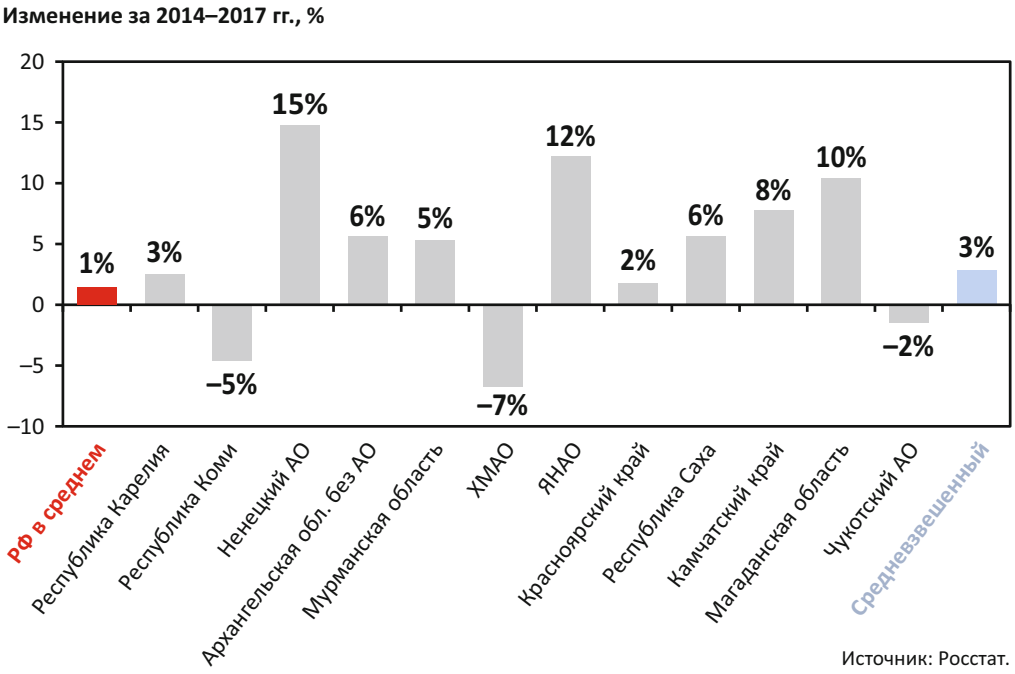


Рис. 182. Изменение ВРП на душу населения в постоянных ценах в Арктических регионах РФ с 2014 по 2017 г.

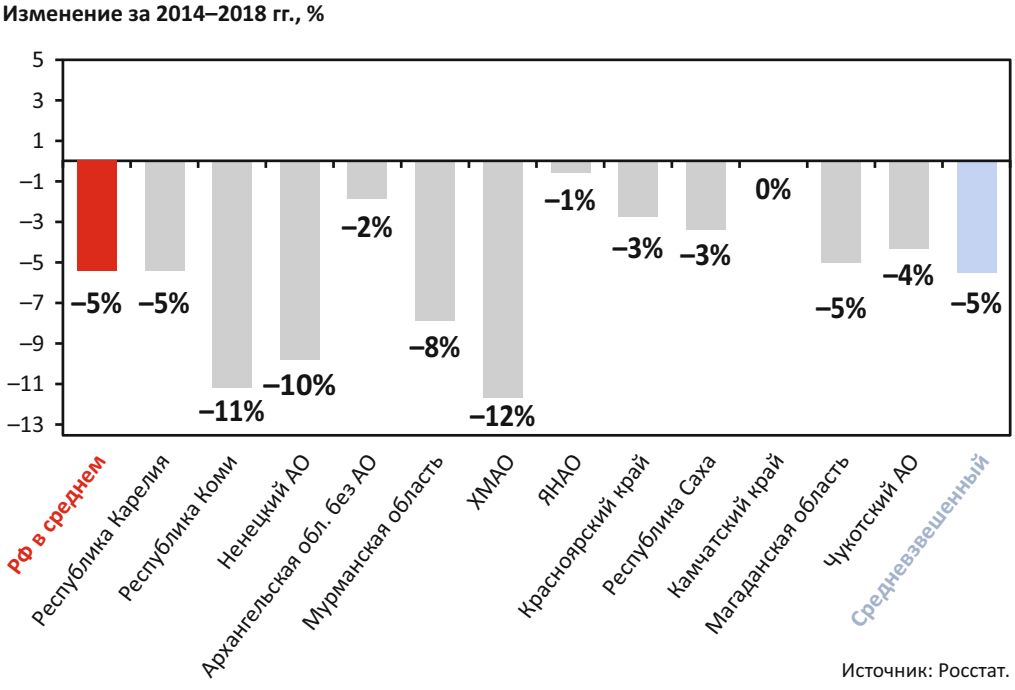


Рис. 183. Изменение среднемесячной заработной платы в постоянных ценах в Арктических регионах РФ с 2014 по 2018 г.

Потребление крепких алкогольных напитков лицами старше 15 лет в Арктических регионах РФ с 2014 по 2017 г. **снизилось на 17%** и составило 10,9 л (рис. 184).

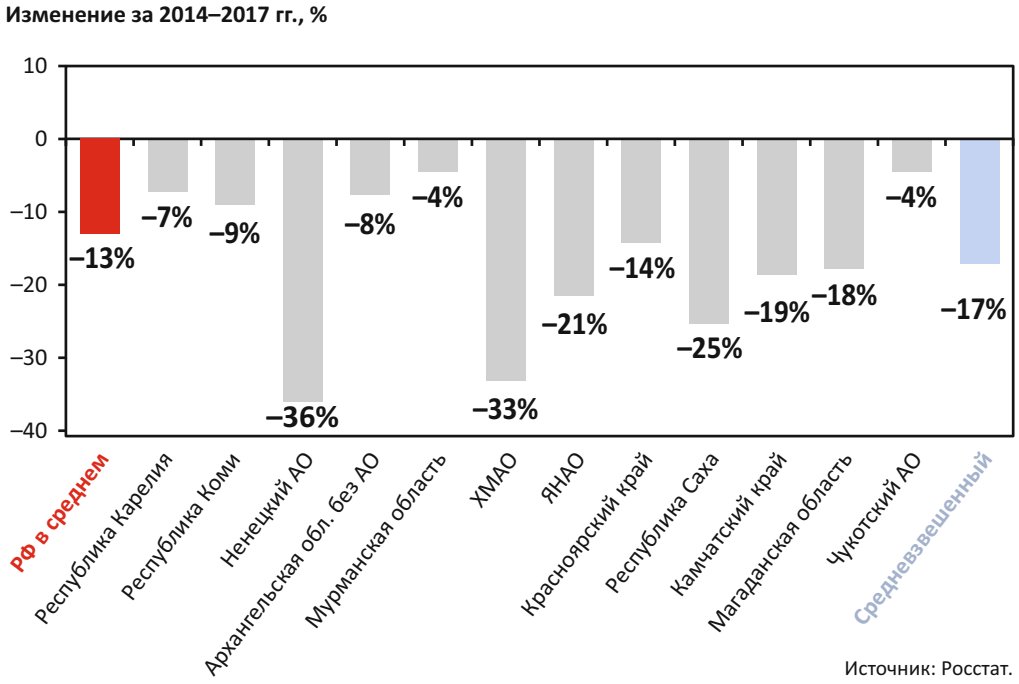
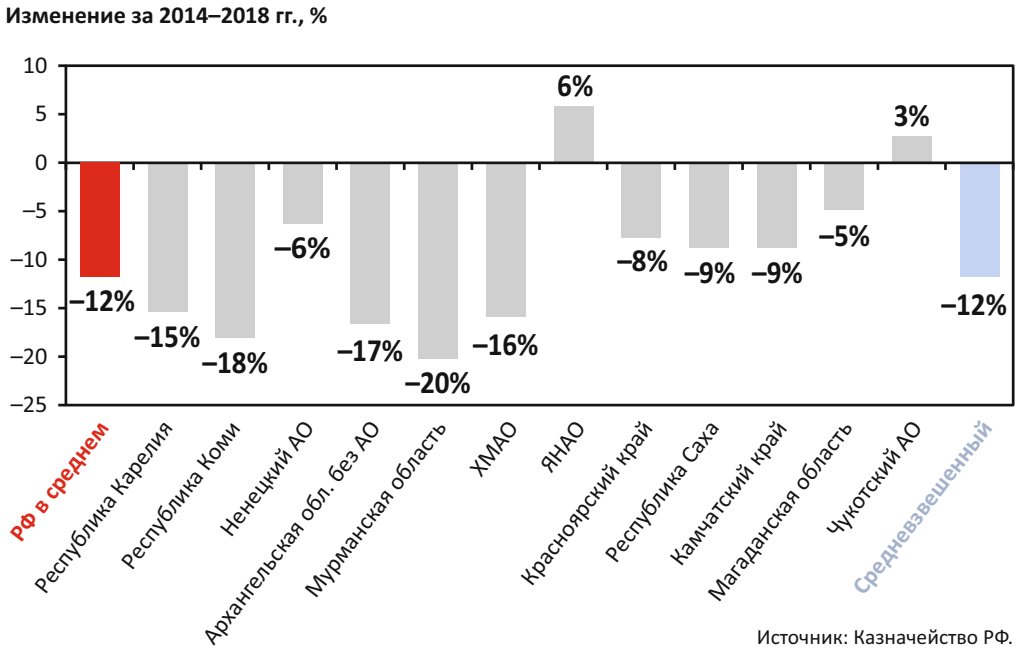


Рис. 184. Изменение потребления крепких алкогольных напитков среди лиц старше 15 лет в Арктических регионах РФ с 2014 по 2017 г.

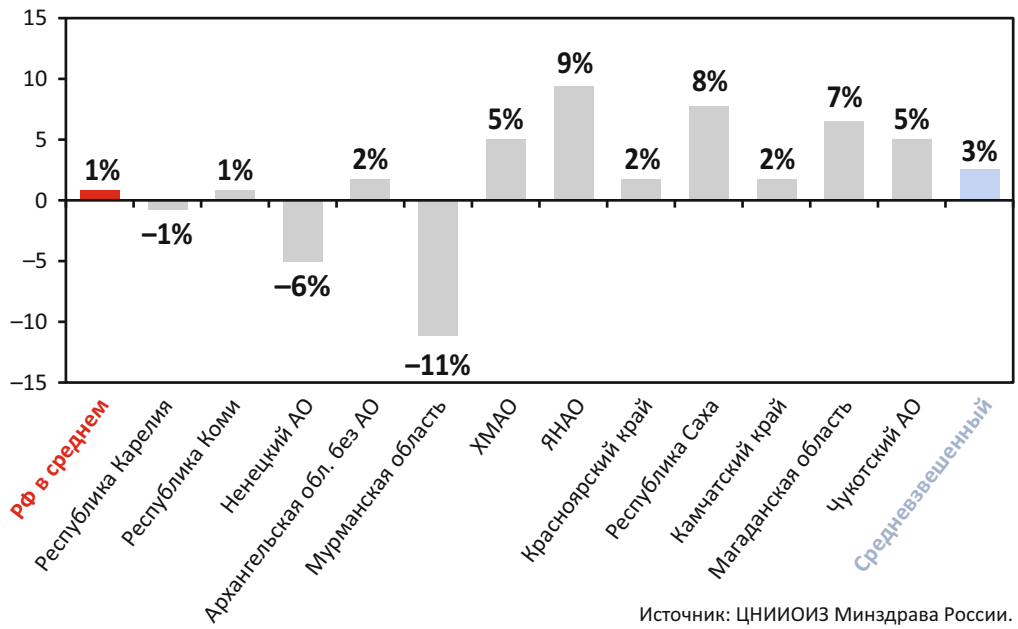
Подушевые государственные расходы на здравоохранение (в том числе расходы региональных бюджетов) в постоянных ценах в Арктических регионах РФ с 2014 по 2018 г. **снизились на 12%** (рис. 185).

Обеспеченность практикующими врачами за этот период **выросла на 3%** и составила 42,6 на 10 тыс. населения (рис. 186), обеспеченность больничными койками **снизилась на 11%** и составила 71,3 на 10 тыс. населения (рис. 187). Однако общая заболеваемость населения в Арктических регионах РФ с 2014 по 2017 г. практически **не изменилась** и составила 185,5 случая на 100 человек (рис. 188).



Источник: Казначейство РФ.

Рис. 185. Изменение подушевых государственных расходов на здравоохранение в постоянных ценах в Арктических регионах РФ с 2014 по 2018 г.



Источник: ЦНИИОИЗ Минздрава России.

Рис. 186. Изменение обеспеченности практикующими врачами в Арктических регионах РФ с 2014 по 2018 г.

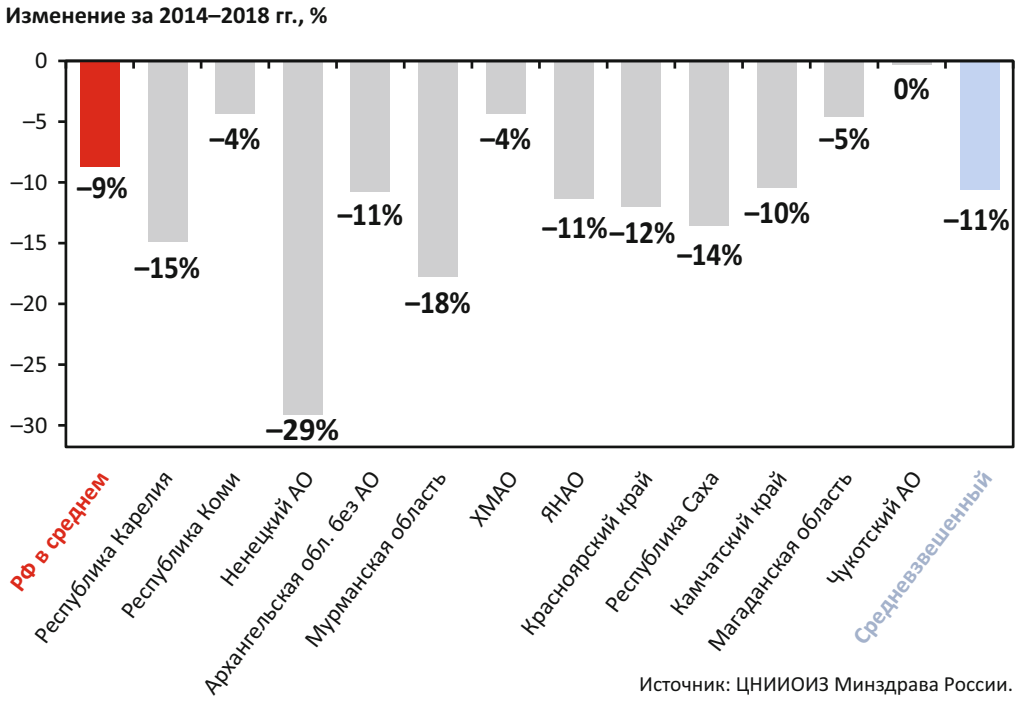


Рис. 187. Изменение обеспеченности больничными койками в Арктических регионах РФ с 2014 по 2018 г.

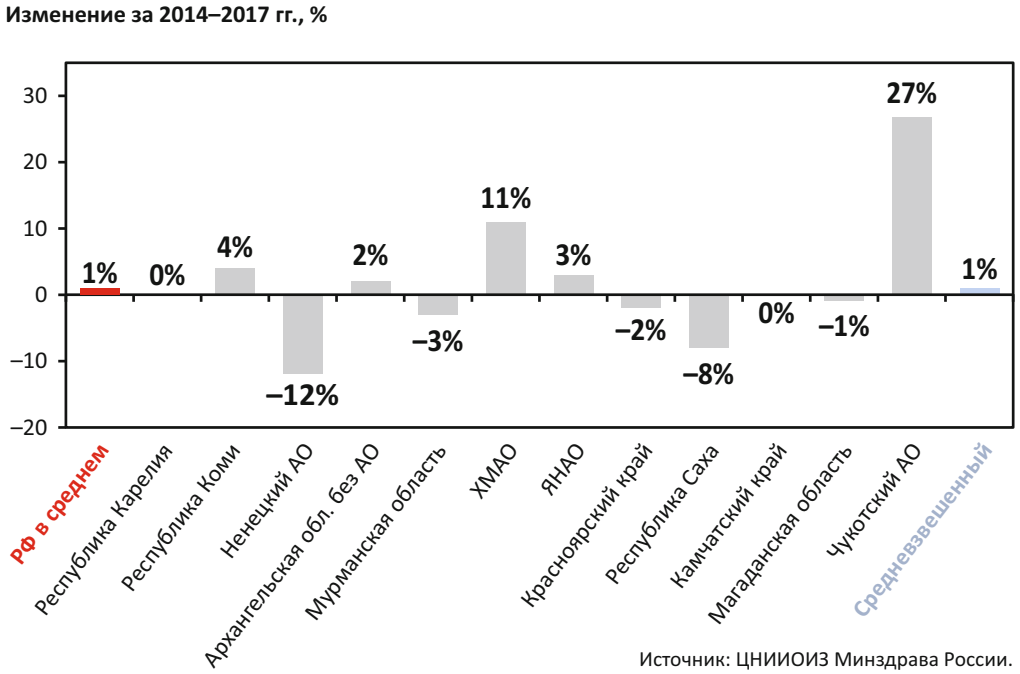


Рис. 188. Изменение общей заболеваемости в Арктических регионах РФ с 2014 по 2017 г.

Таким образом, в регионах Заполярья и Приполярья РФ на фоне старения населения удалось добиться положительных результатов по улучшению здоровья граждан. ОПЖ выросла во всех регионах в среднем **на 1,9 года**. Это было сделано за счет усилий системы здравоохранения (в том числе за счет реализации федеральных программ по снижению младенческой и детской смертности), снижения потребления алкоголя **на 17%**. Однако рост ВРП в регионах **не был использован** для повышения доходов граждан и увеличения финансирования здравоохранения. В результате снижения расходов на здравоохранение резервы системы здравоохранения практически **исчерпаны**.

Международный опыт охраны здоровья населения в отдаленных и труднодоступных территориях[1]

Обеспечение доступной и своевременной медицинской помощи и обеспечение здоровья населения в труднодоступных местностях ограничено такими факторами (барьерами), как:

- климатогеографические барьеры: суровые условия проживания, экстремальные температуры;
- большие расстояния и плохая транспортная инфраструктура, снижающие доступность медицинской помощи;
- языковые барьеры для отдельных групп населения;
- трудовая деятельность в неблагоприятных условиях труда;
- барьеры, связанные с особенностями поведения населения: позднее обращение за медицинской помощью из-за желания сохранить анонимность; недопонимание необходимости и важности вопросов профилактики, гигиены, своевременного оказания медицинской помощи; несоблюдение условий для безопасных сексуальных отношений; более высокие по сравнению с городским населением потребление алкоголя и распространенность курения;
- проблемная муниципальная инфраструктура, не обеспечивающая доступ к качественным и недорогим продуктам питания и воде и не позволяющая заниматься активными физическими упражнениями, спортом. В таких районах зачастую складываются высокие расходы на электроэнергию, требующие от населения дополнительных финансовых затрат;
- некачественные транспортные средства и несоблюдение транспортной безопасности, что приводит к высокому травматизму.

Названные барьеры и факторы обусловливают более высокую распространенность заболеваний и смертность среди населения труднодоступных и сельских районов. В исследовании, проведенном Rural Health Information hab (США)[2], у сельских жителей по сравнению с городскими была выявлена более высокая распространенность таких заболеваний, как онкологические заболевания (рак простаты, рак шейки матки, меланома, раковые поражения глаз и губ), самоубийства (особенно среди мужчин), болезни системы кровообращения (инсульты и инфаркты), травмы и отравления.

[1] Данный раздел был подготовлен на основании источников информации, представленных отдельно в списке литературы.

[2] https://www.ruralhealthinfo.org/topics/healthcare-access#faqs

По данным того же источника, жители труднодоступных территорий испытывают сложности с получением медицинской помощи по таким профилям, как акушерско-гинекологическая, психиатрическая и наркологическая помощь, в том числе при расстройствах поведения, стоматологическая, оториноларингологическая, при инфекционных болезнях.

Общие принципы охраны здоровья населения на территориях, отнесенных к отдаленным или труднодоступным местностям. Как правило, во всех зарубежных странах реализуются отдельная политика и программы по охране здоровья населения, проживающих в сельских и труднодоступных местностях. Главный принцип в охране здоровья населения в сельских и труднодоступных местностях — это совместная работа всех заинтересованных сторон и комплексный подход.

На федеральном уровне — разработка соответствующих **целевых программ** по улучшению здоровья населения, проживающего в сельских местностях; принятие нормативной базы, способствующей повышению доступности медицинской помощи и ее достаточному финансированию; постоянный мониторинг состояния здоровья населения, проживающего в сельских и труднодоступных местностях; организация специальных рабочих групп и комитетов для реализации программ; проведение НИР по этим вопросам; создание условий для межсекторального, межрегионального и межведомственного взаимодействия по названным вопросам.

На региональном уровне — это реализация межведомственных программ по охране здоровья населения, проживающего в сельской и труднодоступных местностях; поддержание и мониторинг реализации аналогичных программ на муниципальном уровне; создание транспортной инфраструктуры и обеспечение связи с сельскими районами; принятие мер по привлечению медицинских кадров в регион; применение и распространение научно обоснованного опыта в организации медицинской помощи, в том числе контроль над исполнением программ по управлению хроническими заболеваниями; развитие телемедицины; финансовая поддержка муниципальных образований в целях создания условий для улучшения здоровья сельского населения; реализация совместных программ с работодателями по этим вопросам.

На муниципальном уровне — обеспечение транспортной доступности медицинской помощи в МО, которые находятся за пределами муниципального образования; предоставление условий для проживания медицинских работников; обеспечение благоприятных жилищно-коммунальных условий для населения труднодоступных районов, высокого качества питьевой воды и продуктов питания; пропаганда здорового образа жизни; контроль и принятие запретительных мер по ограничению потребления алкоголя и табакокурения; мониторинг своевременного обращения за медицинской помощью.

Современные проблемы организации медицинской помощи населению в сельских и труднодоступных местностях:

- **старение населения** — как следствие, высокая распространенность хронической патологии. Это требует организации междисциплинарных команд при оказании медицинской помощи по месту жительства и своевременной маршрутизации пациентов;

- **изменения в структуре медицинских кадров** — старение работников здравоохранения, трудности в привлечении молодежи;
- **финансовые ограничения**, связанные с появлением новых, дорогостоящих медицинских технологий, как следствие, удорожание расходов на оказание медицинской помощи;
- **повышенные ожидания пациентов** и высокая информированность пациентов, как следствие, требование ими получения всех видов медицинских услуг, в том числе и дорогостоящих;
- смещение оказания медицинской помощи **в домашние условия** (стационар на дому, медико-социальный уход на дому), что не всегда сопровождается соответствующими изменениями в финансовом обеспечении и организации медицинской помощи;
- появление новых **инвазивных технологий**, что влечет за собой необходимость более длительного пребывания пациентов в стационаре и последующей реабилитации вне дома.

Модели организации медицинской помощи. В США существуют следующие требования к доступности медицинской помощи в сельских и труднодоступных районах: первичная медицинская помощь — не менее **одного врача на 3500 населения** и не более **1 ч** езды до него; больница с неотложной помощью — на расстоянии **не более 56 км**. Правительство США для районов, где отсутствуют больничные учреждения на необходимом расстоянии, выделило субсидии на новый проект «Пограничная амбулатория» с несколькими койками. Эта клиника должна находиться на расстоянии **не менее 120 км** от больницы, в которой есть отделение неотложной помощи.

Организация медицинской помощи в северных районах требует дополнительных мер со стороны федерального и региональных правительств и четких маршрутов движения пациентов. Во всех названных странах медицинская помощь в арктических зонах организована **по уровням**. Например, в Аляске и Канаде жители, проживающие в труднодоступных местностях, получают ее на **3–4 уровнях**. Рассмотрим на примере Аляски организацию медицинской помощи для коренного населения. В Аляске существует отдельная служба оказания медицинской помощи (государственного страхования) коренному населению — «Система медицинской помощи для племен Аляски» (Alaska Tribal Health System), она обслуживает около 120 тыс. населения, распределенных на расстоянии 370 тыс. км², и уникальна для Аляски.

Первый уровень. На этом уровне пациенты получают первичную медико-санитарную помощь, включая диагностику, базовые лабораторные исследования, лечение по назначениям врача общей практики, педиатрическую помощь и экстренную помощь по стабилизации пациентов. Эта помощь осуществляется в девяти «хабах», 26 медицинских центрах и в 170 сельских клиниках. Основа оказания амбулаторной медицинской помощи — сельская клиника, где работает специально оплачиваемый «медик племени», или медицинский помощник (всего их около 500 человек). Это местные жители с обязательным школьным образованием и прошедшие 15-недельный курс очного обучения с экзаменом, где оцениваются практические и теоретиче-

ские знания по базовым навыкам оказания первой медицинской помощи. Медицинские помощники прикреплены к определенным врачам общей практики, с которыми обязательно находятся на связи. Сельская клиника — это небольшое приспособленное помещение с одной или двумя комнатами, оборудованное средствами связи: интернетом, видеосвязью, радио, телефоном. В этом помещении «медик племени» обследует больного, по специальному электронному формуляру инициирует простейшее лечение после консультации с врачом, выдает ЛС, при необходимости оказывает экстренную помощь, занимается вопросами общественного здоровья. Этот специалист доступен 24 ч, оплата в среднем 20–25 $США в час (1300–1700 рублей по курсу ЦБ[1]). Из сельской клиники, если необходимо, пациента направляют в медицинский центр, или «хаб», где уже можно получить помощь медицинской сестры с расширенными функциями или врача общей практики.

Второй уровень — это 12 региональных медицинских центров. В этих центрах находятся отделение экстренной медицинской помощи, стационар, наркологический центр, служба психического здоровья и службы, которые занимаются оказанием различных профилактических услуг (вакцинация, консультации по здоровому питанию и др.).

Третий уровень — многопрофильный стационар на 105 коек в Анкоридже. При необходимости пациент может быть доставлен на 4-й уровень в федеральные или частные узкоспециализированные стационары.

В Канаде расходы на доезд пациентов до медицинских учреждений оплачиваются **полностью**, в США — частично.

Врачебный «хаб», или медицинский центр, в Канаде в Арктическом заливе (Arctic Bay) оказывает следующие виды помощи: медицинскую помощь в экстренной и плановой форме, акушерско-гинекологическую помощь, лечение хронических заболеваний, профилактические услуги (центры «здоровья мужчин», «здоровья женщин», «здоровья детей»), вакцинацию, контроль за лечением туберкулеза, наркологическую и психиатрическую помощь.

Медицинские службы в США и Канаде объединены со службой общественного здоровья (в РФ аналог службы общественного здоровья — Роспотребнадзор, но эта организация в основном выполняет только контрольно-надзорные функции и реализует противоэпидемические мероприятия). Например, в США медицинские сестры службы общественного здоровья выполняют важные функции по охране здоровья населения муниципального образования, такие как:

- организация сотрудничества с муниципальными и медицинскими службами;
- организация работы со службами по чрезвычайным происшествиям;
- работа в образовательных учреждениях, направленная на охрану здоровья школьников;
- выявление случаев насилия над детьми;
- контроль и предупреждение распространения инфекционных заболеваний;

[1] В среднем за 2016 г., согласно основным направлениям бюджетной политики на 2018–2020 гг. (Минфин РФ).

- проведение расследования случаев возникновения туберкулеза и болезней, передаваемых половым путем, желудочно-кишечных инфекций;
- пропаганда здорового образа жизни;
- проведение мер по снижению распространенности табакокурения и потребления алкоголя среди населения.

Следует понимать, что основа организации всей медицинской помощи, как в сельской местности, так и в городской, — это своевременное и качественное оказание **первичной медико-санитарной помощи**. От ее эффективности зависят своевременность выявления и лечения острых заболеваний, их профилактика, маршрутизация на другие уровни оказания медицинской помощи. Сегодня в США все меры федерального и региональных правительств направлены на укрепление первичного звена здравоохранения с акцентом на максимальную интеграцию медицинской помощи на этом уровне, создание ответственности врачей первичного звена за здоровье как отдельных пациентов, так и всего населения, проживающего в близлежащих районах.

В табл. 42 представлены современные модели организации первичной медико-санитарной помощи для населения, проживающего в различных по численности сельских населенных пунктах.

Таблица 42. Современные модели организации первичной медико-санитарной помощи для населения, проживающего в различных по численности сельских населенных пунктах

Тип населенного пункта	Модель	Факторы, определяющие принятие той или иной модели
Крупные сельские поселения	Различные виды медицинских организаций: walk-in clinic (*для справки*: это врачебная или сестринская амбулатория без прикрепления населения); модель ВОП с прикреплением населения; небольшие клиники (*для справки*: термин «клиника» означает небольшое медицинское учреждение, оказывающее врачебные или сестринские медицинские услуги)	Число проживающего населения достаточно для обеспечения объемов помощи и ее финансирования, однако дополнительное финансирование (субсидии) для поддержания медицинских организаций все равно необходимо
Средние по численности сельские поселения	Интегрированные службы оказания медицинской и социальной помощи: концентрация ВОП и специалистов (психологов, социальных работников, психиатров-наркологов) в одном небольшом учреждении (командный подход). Обязательное участие муниципальных образований в обеспечении транспортной доступности медицинской помощи для населения	Интегрированные службы позволяют создать условия для оказания различных видов медицинской помощи в одном месте

Окончание табл. 42

Тип населенного пункта	Модель	Факторы, определяющие принятие той или иной модели
Изолированные поселения, расположенные в труднодоступных местностях	Оказание помощи в одном медицинском центре, или «хабе» (*для справки*: небольшое помещение с одним или несколькими врачами общей практики и медицинской сестрой). Использование мобильных способов: выездных медицинских сестер, врачебных бригад и комплексных бригад. Использование санитарной авиации и санитарной перевозки. Предоставление телемедицинских услуг	Службы, которые не всегда доступны из-за расстояний и погодных условий

В табл. 43 сведены последние предложения по улучшению организации оказания медицинской помощи населению, проживающему в сельских и труднодоступных местностях разных стран (США, Канады, Австралии, Норвегии, Гренландии). Все эти предложения доказали свою эффективность на практике.

Таблица 43. Предложения по улучшению организации оказания медицинской помощи населению, проживающему в сельских и труднодоступных местностях разных стран

Направление	Предложения
Организация медицинской помощи	1. **Расширение** функциональных обязанностей медицинских сестер (включая назначение ЛС, ведение хронических заболеваний: диабета, астмы, психических заболеваний). Для этого требуются изменение программ обучения, специальное финансирование и введение новых должностей. 2. **Обучение** представителей домовых хозяйств оказанию первой помощи. 3. Для коренного населения арктических территорий — обучение членов племен навыкам оказания первой медицинской помощи (см. выше описание организации медицинской помощи на Аляске). 4. Создание **«пограничных амбулаторий»** (1–2 койки) на базе офиса ВОП, но не ближе чем 50 км от ближайшей больницы. Такие клиники предназначены для стабилизации жизненных функций больного, которого по погодным условиям невозможно госпитализировать в близлежащий стационар, или для наблюдения больного, которому не требуется немедленная госпитализация. Организация таких клиник происходит за счет специальных субсидий федерального и региональных правительств. 5. Организация **мобильных** выездных хирургических бригад, например, для лечения хронического отита, гайморита. 6. Заключение **специальных контрактов** между академическим (научным) медицинским центром и правительством региона (или муниципалитета). Роль центра — повышение квалификации медицинского персонала, оказание определенных медицинских услуг, разработка совместных НИР, разработка программ по оптимизации работы системы здравоохранения, привлечение кадров, проведение выездных конференций

Окончание табл. 43

Направление	Предложения
Финансирование	Для поддержания деятельности медицинских организаций, расположенных в сельской местности, применяется система оплаты по принципу **фиксированного бюджета** и распределяются финансовые дотации федерального и регионального уровня
Использование санитарной авиации	В мире использование **санитарной авиации** считается самым дорогостоящим видом медицинской помощи. Стоимость одного вылета колеблется в зависимости от расстояния и составляет 1,5–30,0 тыс. $США (0,1–2,0 млн рублей по курсу ЦБ за 2016 г. — оплата рейса туда и обратно). В среднем по экстренным показаниям санитарная авиация вызывается в **6,5%** случаев от численности населения. Для территорий с огромными расстояниями и низкой плотностью проживания населения этот вид доставки и оказания медицинской помощи пациентам по экстренным показаниям является самым оправданным
Развитие телемедицины и дистанционного мониторинга пациентов	1. **Удаленные консультации** «врач–врач», «медицинская сестра–врач», «пациент–медицинская сестра». Особенно эффективными эти консультации оказались по специальностям «дерматология», «психиатрия», «гериатрия», а также при проведении визуальных диагностических исследований. Например, в Канаде даже был разработан телеробот-психиатр, который может «беседовать» и задавать вопросы коренному населению. По структуре и содержанию ответов, а также по поведению пациента робот может определять высокий риск возникновения суицидов. Причем он имеет внешний вид, близкий к фенотипу коренного населения, что позволяет установить отношения доверия. 2. Дистанционный **мониторинг** состояния пациентов. 3. Дистанционное непрерывное повышение квалификации медицинского персонала и информирование пациентов. Например, в Канаде и Норвегии при поддержке правительств были разработаны специальные аудиовидео-курсы для обучения медицинских сестер, что имеет высокую эффективность
Меры по общественному здоровью	1. Программа **«Чистые руки»** — было доказано, что эта программа снижает случаи диареи **на 53%**. 2. Программы по здоровому и рациональному **питанию детей** в возрасте 4–12 лет — для реализации этой программы в школах привлекались активисты из муниципального образования. Скрининг детей младшего возраста (6 мес — 1 год) в целях выявления анемии (среди коренного населения). 3. Программы по снижению табакокурения среди молодежи — в школах и училищах преподавали **специальные уроки**, пропагандирующие отказ от курения, благодаря этому удалось снизить распространенность табакокурения **на 80%**. 4. Программы по **предупреждению суицидов** — было показано, что те муниципалитеты, в которых была создана инфраструктура по поддержке молодежи и раннему выявлению рисков суицидов, имели более низкие показатели по ним. Инфраструктура и меры подразумевают наличие медицинских сестер по психическому здоровью, обеспечение доступности консультаций врачей-психиатров, раннее начало лекарственной терапии, привлечение к выявлению заболеваний и поддержке приверженности пациентов к лечению работников муниципальных служб, создание новых рабочих мест для молодежи и общественных центров

Политика по привлечению медицинских кадров для работы в труднодоступных местностях. Политика разных стран ОЭСР по привлечению медицинских кадров для работы в сельской и труднодоступной местности рассмотрена в табл. 44 с указанием позитивных и слабых сторон предложений. При формировании этой политики следует иметь в виду основные причины нежелания врачей работать в труднодоступных районах: **плохая связь** (мобильная, интернет), недостаточно транспортных связей (задержки), недостаточно сопутствующих медицинских служб (лаборатория, радиография, реабилитационные медицинские сестры), повышенная **нагрузка** (24-часовая доступность), недостаточные возможности для профессионального роста, профессиональная и социальная **изоляция**, сложности во взаимоотношениях с членами семьи, которые не хотят жить в сельских условиях.

Рекомендации органам управления здравоохранением по организации медицинской помощи коренному населению, проживающему в Арктической зоне:

- максимально стараться оказывать помощь по месту проживания;
- обеспечивать расходы на транспорт до места оказания медицинской помощи;
- сохранять гибкое расписание для времени приема пациентов;
- стараться оказывать визиты на дом, привлекая членов семьи к лечению;
- стараться не допускать, чтобы населению приходилось доплачивать за медицинские услуги;
- максимально способствовать формированию отношений доверия между пациентом и медицинским работником;
- способствовать обучению медицинским специальностям представителей местного населения и привлекать их к оказанию медицинской помощи;
- вовлекать в процесс взаимодействия с пациентом местные общественные организации (совет старейшин).

Тактики, которых необходимо избегать:

- назначать короткое время приема, особенно при осмотре пациентов с хроническими заболеваниями;
- применять сложные схемы лечения;
- применять чисто медицинские аргументы при формировании профилактических и лечебных рекомендаций (необходим более холистический подход);
- игнорировать участие в процессе лечения родственников и наличие культурных барьеров.

Таблица 44. Сильные и слабые стороны предложений по привлечению медицинских кадров для работы в сельской местности в разных странах

Предложение (мера)	Страны, которые применили предложение	Сильные стороны	Слабые стороны
Специальные квоты для абитуриентов из сельской местности	Австралия, Канада, Норвегия, Швеция, США	В исследованиях показано, что часть завершивших обучение в вузе по квоте возвращается на работу в сельскую местность	Это может вызвать недовольство и напряжение со стороны более подготовленных абитуриентов, не имеющих «сельских квот»
Включение в программы преподавания в медицинском вузе вопросов по особенностям оказания медицинской помощи в сельской местности	Австралия, Канада, Греция, Норвегия, Швеция, Великобритания, США	Есть данные, что такие программы повышают интерес к сельской медицине	Не всегда возможно реализовать, так как не отлажены связи с сельскими регионами и муниципальными образованиями
Оплата обучения для тех студентов, которые будут работать в сельской местности (контракт)	Австралия, Канада, Япония, Мексика, Норвегия, США	В США эта программа доказала свою высокую эффективность	В Канаде и Мексике студенты находили способ уйти от обязанности выполнять условия контракта
Оплата непрерывного медицинского образования	Австралия, Канада	Во многих странах это привело к тому, что врачи более охотно и надолго остаются в сельской местности	Сложно определить достаточный объем финансирования
Надбавки за оплату труда	Канада, Новая Зеландия, США	Региональная дифференциация оплаты труда врачей может увеличить заинтересованность в работе в сельской местности	Сложно определить оптимальный уровень оплаты труда, который будет способствовать привлечению врачей
Специальные гранты	Австралия, Австрия, Канада, Норвегия, Швеция, США	—	Мало доказательств, какого размера должны быть гранты
Дополнительная оплата за дежурство 24 ч, неотложные визиты, дополнительные средства к отпуску, подъемные при переезде в сельскую местность	Канада	В северных провинциях Канады эта программа была эффективна	—

Типовой пример рекомендаций по формированию программы департамента здравоохранения по охране здоровья населения, проживающего в северных местностях (на примере провинции Онтарио, Канада).

В основе программы лежит семь блоков.

1. **Формирование системы отчетности и управления программой**: необходимо создать рабочую группу по разработке программы, сформулировать цели программы, определить приоритеты для действий, сформулировать задачи по приоритетам и показатели для контроля за исполнением задач, составить план реализации, определить исполнителей и партнеров программы. При формировании программы необходимо учесть мнение жителей путем приглашения на обсуждение программы общественных организаций и объединений.
2. **Обеспечение программы необходимыми ресурсами**: кадровыми, материально-техническими и финансовыми. Для этого необходимо четко определить наличие дефицита ресурсов с учетом приоритетных направлений для действий и рассчитать дополнительные ресурсы, источники средств и порядок оплаты. При подборе новых кадровых ресурсов необходимо обеспечить поддержку их адаптации, обучение работе в новых условиях и непрерывное повышение квалификации.
3. **Организация взаимодействия между участниками вне системы здравоохранения**. Для этого необходимо обеспечить интеграцию и вовлечь в процесс реализации программы социальную службу, контрольно-надзорные органы, муниципальные службы.
4. **Создание взаимодействия между участниками внутри системы здравоохранения**. Определить оптимальное соотношение между оказанием медицинской помощи близко к месту проживания и в медицинском «хабе», или центре, расположенном на расстоянии. Предусмотреть четкие маршруты движения в этот центр и алгоритмы направления пациентов. Все участники системы должны придерживаться этих рекомендаций (алгоритмов). Организовать взаимодействие всех участников системы оказания медицинской помощи в первичном звене с медицинскими научными центрами (для повышения квалификации, организации новых форм работы, поддержки принятия решений и др.).
5. **Вовлечение работников муниципальных служб** и общественных организаций муниципалитета в процесс обсуждения и принятия решений, в частности, по вопросам создания инфраструктуры медицинских организаций, привлечения медицинских работников, организации потоков транспортировки пациентов, финансовой поддержки и др.
6. **Организация транспортировки пациентов по разным показаниям**. Разработка и принятие алгоритмов, позволяющих оценить, когда пациент требует вызова санитарной авиации и сопровождения медицинского работника. Разработка и принятие алгоритмов взаимодействия по вопросам транспортировки пациентов между всеми службами: службой экстренного реагирования, руководством промышленных объектов, расположенных на территории, главами муниципальных образований.

Предусмотреть источники покрытия расходов пациентов при самостоятельной транспортировке в медицинский центр.

7. **Использование современных доказательных технологий**. Непрерывное информирование населения о факторах, влияющих на здоровье, в том числе посредством мобильных средств связи (специальные приложения), интернет-библиотеки. Изучение доказанных практик по организации медицинской помощи в других странах и провинциях, привлечение научных организаций к выработке решений. Непрерывное повышение квалификации медицинских работников посредством интернет-связи.

ВЫВОДЫ К РАЗДЕЛУ 5.14

- Сравнение показателей здоровья в Арктических регионах РФ и мира показало, что ОПЖ в российской Арктической зоне **на 6 лет ниже**, чем на арктических территориях Канады и Аляске (разница с северными территориями Скандинавских стран — 10 лет). А ОПЖ мужчин **на 10 лет ниже**, чем на арктических территориях Канады и Аляске (разница с северными территориями Скандинавских стран — **13 лет**). Это подтверждает то, что охрана здоровья мужчин должна стать приоритетом политики здравоохранения Арктических регионов РФ.
- Из факторов, которые отрицательно сказываются на здоровье жителей Арктических регионов РФ, важнейшими являются: высокая распространенность **курения** и потребление **алкоголя** (в среднем в **1,4–2 раза выше**, чем в Арктических регионах мира) и недостаточные государственные **расходы на здравоохранение** (**в 4,4 раза ниже**, чем на арктических территориях стран мира). Из этого вытекает, что меры, которые необходимо принять в системе здравоохранения Арктической зоны РФ, надо разбить на два направления: 1) обеспечение качества и доступности медицинской помощи населению путем увеличения финансирования здравоохранения и 2) реализация комплексной межведомственной программы по охране здоровья населения.

Для повышения эффективности деятельности системы охраны здоровья населения Арктических регионов РФ необходимо следующее.

Для уровня региональной и муниципальной власти:

- предусмотреть меры по росту реальных доходов граждан;
- приступить к незамедлительной разработке и началу реализации программ по общественному здоровью с вовлечением муниципальных властей;
- разработать систему эффективного управления реализацией Национальных проектов;
- разработать и реализовать дополнительные программы в здравоохранении, в том числе по лекарственному обеспечению граждан, по снижению смертности и заболеваемости от инфекционных болезней, а также смертности от внешних причин.

Для работодателей:

- предусмотреть за счет средств предприятий создание (восстановление) медицинских санитарных частей по оказанию первичной медико-санитарной помощи и реабилитации персонала, работающего вахтовым методом. В том числе необходимо обеспечить качественное проведение предварительных и периодических медицинских осмотров. Эти меры должны охватывать также персонал субподрядных организаций, работающих с крупными корпорациями.

Федеральный уровень:

- создать при Минвостокразвития России **межведомственную рабочую группу** по вопросам социальной политики, в том числе для разработки и реализации отдельных мероприятий для Арктической зоны, например, по формированию специальных нормативов объемов и финансирования программы государственных гарантий, а также для контроля за достижением целевых показателей Национальных проектов и других программ.

Для повышения эффективности деятельности системы охраны здоровья населения Арктических регионов РФ можно рекомендовать следующий опыт США и Канады:

- разработать межведомственную региональную и муниципальные программы по охране здоровья населения. Реализация программы потребует подготовки специальных работников, которые будут заниматься вопросами общественного здоровья;
- сфокусироваться на оказании первичной медико-санитарной помощи;
- организовать подготовку для сельских территорий медицинских сестер с расширенными функциями, включая функции по назначению ЛС и оказание услуг по программам общественного здоровья;
- разработать и внедрить высококачественную программу по непрерывному повышению квалификации медицинских кадров и поддержке принятия клинических решений, в том числе с использованием дистанционных технологий;
- применить меры, доказавшие свою эффективность в развитых странах, по привлечению медицинских работников для работы в Арктических регионах РФ;
- поэтапно увеличить государственное финансирование здравоохранения как минимум в 2 раза в постоянных ценах;
- выделить приоритеты в профилактике заболеваний и оказании медицинской помощи — сохранение здоровья мужчин, детей и подростков;
- увеличить доступность бесплатных ЛС для населения в амбулаторных условиях;
- разработать электронный портал для повышения медицинской грамотности населения.

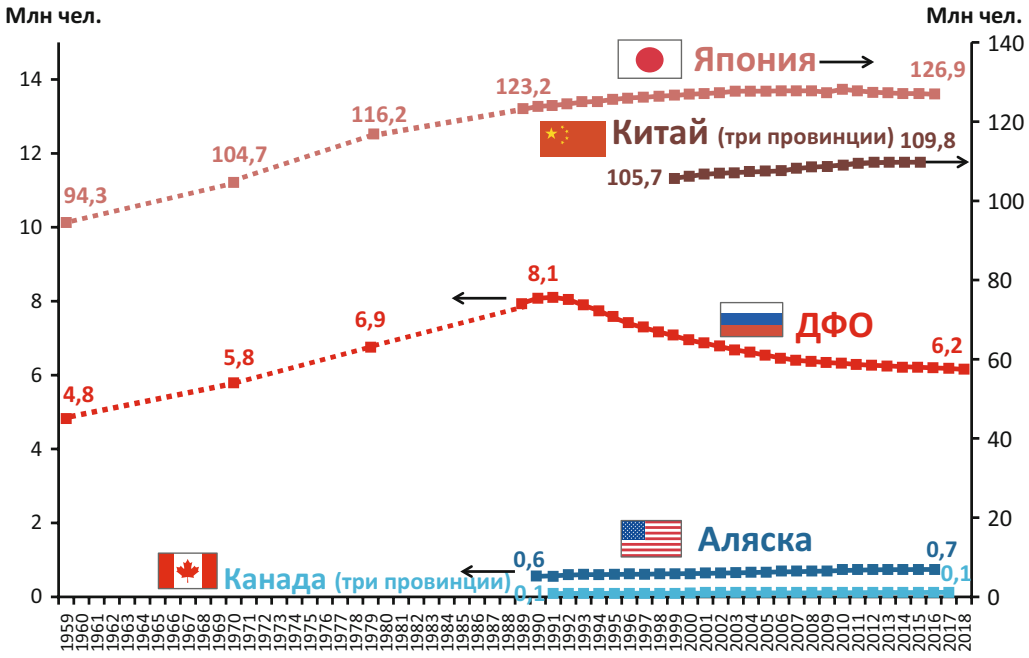
5.15. РАЗВИТИЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ ДАЛЬНЕВОСТОЧНОГО ФЕДЕРАЛЬНОГО ОКРУГА РФ

В данном разделе проанализированы усредненные демографические показатели по ДФО, показатели здоровья и факторы, его определяющие, по южной части ДФО в сравнении с близлежащими странами (Японией, Китаем, Южной Кореей, Монголией). Северные регионы ДФО были рассмотрены в разделе 5.14. Раздел завершается рекомендациями по формированию политики в области охраны здоровья населения для регионов ДФО.

Демографические показатели по ДФО в среднем

Численность населения ДФО составляет **4%** населения РФ, площадь территории ДФО — **36%** всей РФ. В ДФО самая низкая плотность проживания населения — один человек на 1 км^2. Согласно Концепции демографической политики Дальнего Востока на период до 2025 г. (утверждена распоряжением Правительства РФ от 20.06.2017 № 1298-р), численность населения ДФО должна возрасти **на 5%** к 2025 г. (с нынешних 6,2 до 6,5 млн человек), а ОПЖ — **на 6 лет** (с 70,2 года в 2018 г. до 76 лет к 2025 г.). Однако этого добиться будет очень сложно, поскольку численность населения ДФО с 1959 по 1990 г. (за 31 год) увеличилась всего **на 3,3 млн человек**, а с 1990 г. по 2018 г. **снизилась на 1,9 млн человек** (рис. 189). В соседних с ДФО странах численность населения увеличивалась: в Японии — на 3%, в Китае (три провинции, соседние с ДФО) — на 4%, в Аляске — на 17%.

ОПЖ по всем регионам ДФО с 1990 по 2003 г. снизилась **на 4,3 года**, а с 2004 по 2018 г. возросла **на 7,9 года** (рис. 190) и составила в среднем по округу 70,2 года (средневзвешенный показатель). Это **на 2,7 года ниже**, чем в РФ, **на 6,3 года ниже**, чем в Китае, и **на 12–13 лет ниже**, чем в соседних странах (рис. 191).

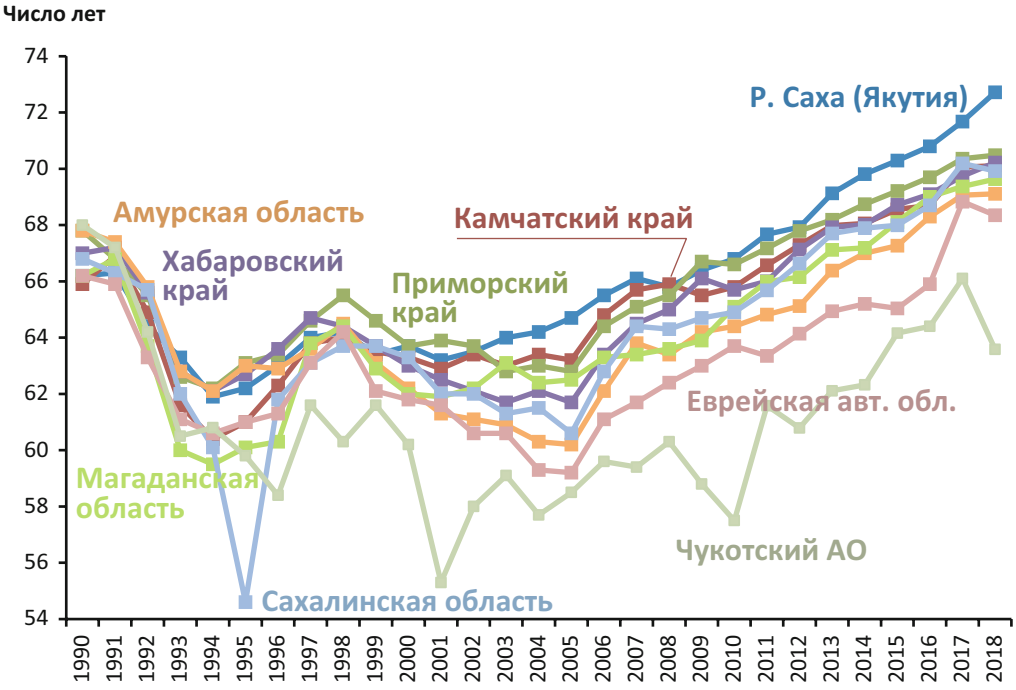


Источники: Росстат; база данных ОЭСР «OECD.Stat».

Рис. 189. Динамика численности населения в ДФО, Японии, Китае, штате Аляска и Канаде

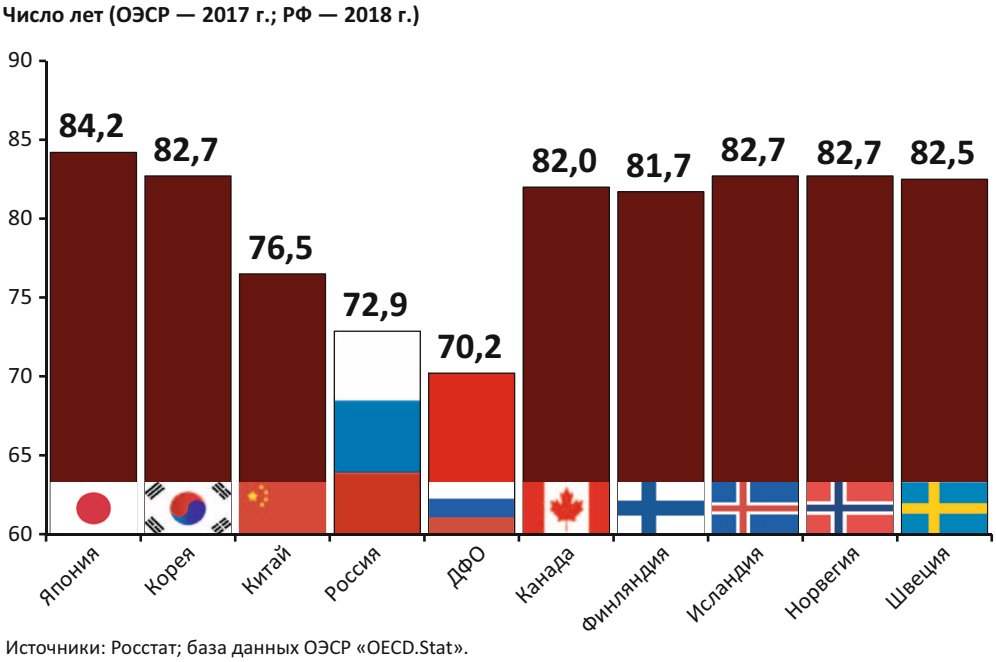
Южные регионы ДФО (красный цвет) включают Приморский, Хабаровский края, Амурскую, Сахалинскую области и Еврейскую АО; в них проживает **4,7 млн человек**. Эти регионы далее сравниваются с Японией, Южной Кореей, Монголией и Китаем (три северо-восточные провинции — Liaoning, Jilin, Heilongjiang) (рис. 193).

На рис. 192 представлена карта по разделению территории ДФО на северные и южные регионы. Северные регионы ДФО (синий цвет) включают Магаданскую область, Камчатский край, Чукотский АО, Республику Саха (Якутия); в них проживает **1,5 млн человек**. Северные регионы ДФО входят также в Арктическую зону РФ, и их можно сравнить с Арктическими регионами зарубежных стран, которые подробно представлены в разделе 5.14.



Источник: Росстат.

Рис. 190. Динамика ожидаемой продолжительности жизни в регионах ДФО



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

Рис. 191. Ожидаемая продолжительность жизни в РФ, Китае и странах ОЭСР

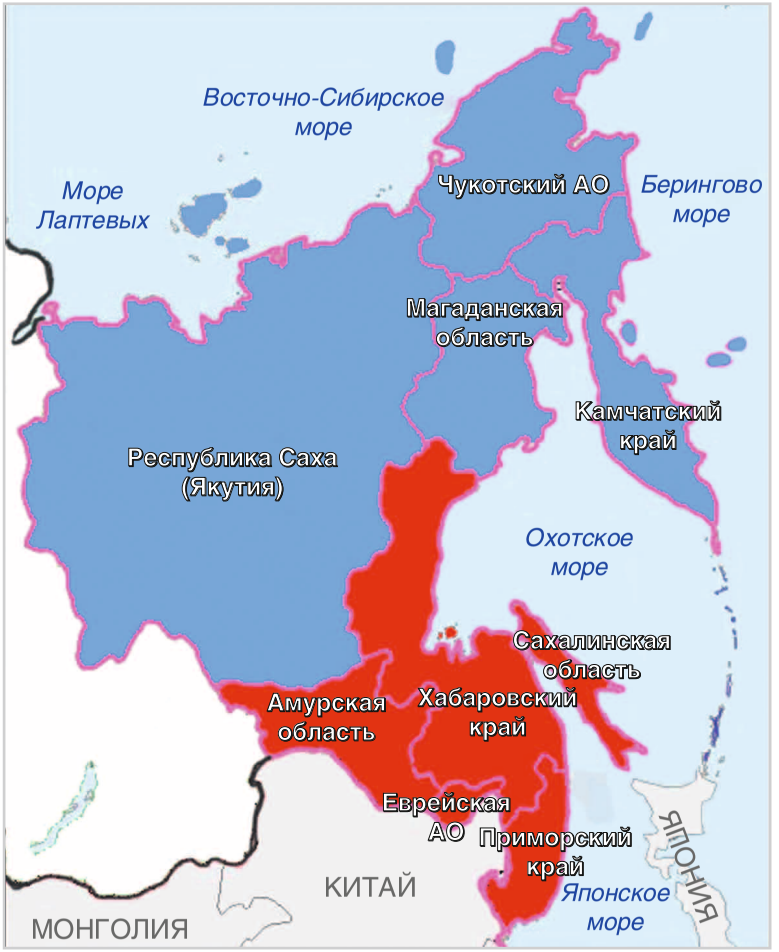
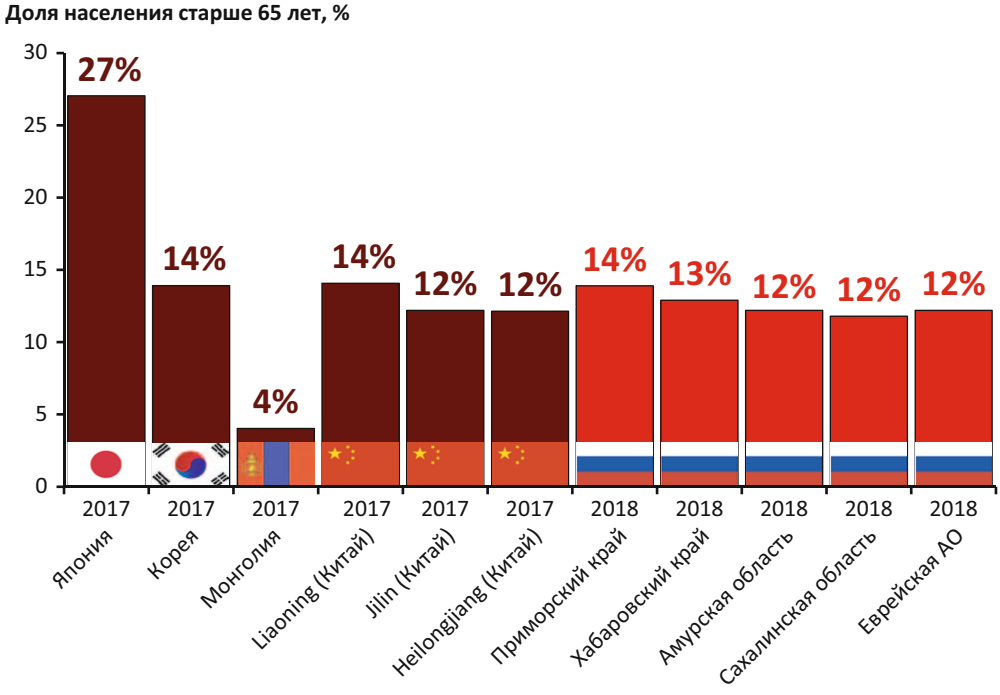


Рис. 192. Карта северных и южных субъектов ДФО

Рис. 193. Карта южных регионов ДФО и соседних стран

Показатели здоровья населения и факторы, его определяющие, в южных регионах ДФО

Показатели здоровья. Доля населения старше 65 лет в регионах ДФО — на уровне соседних стран (рис. 194).

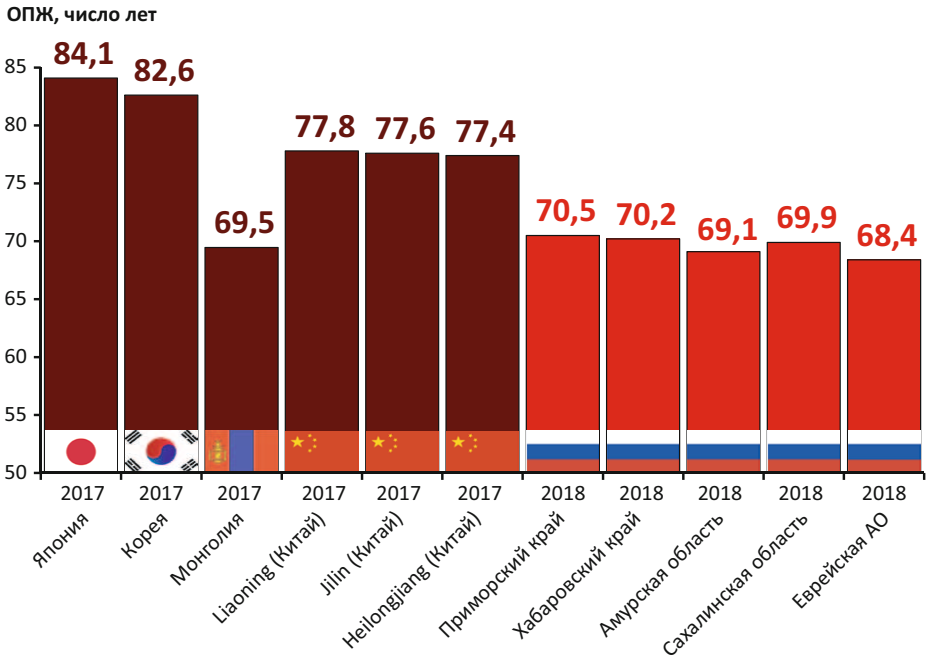


Источники: Росстат; база данных ОЭСР «OECD.Stat».

Рис. 194. Доля населения старше 65 лет в южных регионах ДФО и соседних странах

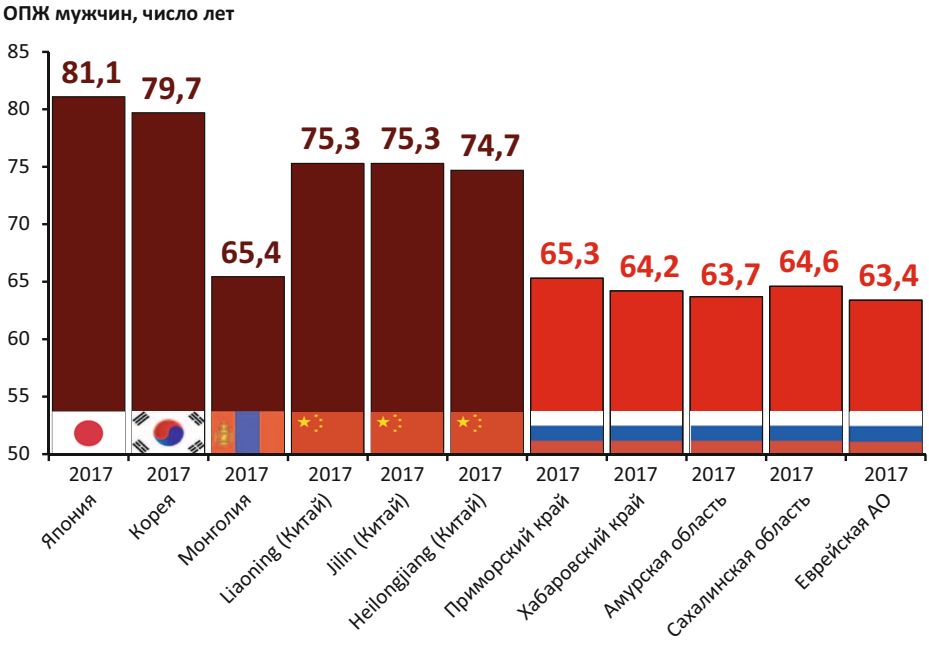
Однако ОПЖ при рождении в южных регионах ДФО (здесь и далее — средневзвешенный показатель) в 2018 г. составила **70 лет**, что на уровне Монголии, но **на 7–8 лет ниже**, чем в северо-восточных провинциях Китая (рис. 195). ОПЖ мужчин в южных регионах ДФО в 2017 г. составила **64,6 года**, что на уровне Монголии, но **на 10–11 лет ниже**, чем в северо-восточных провинциях Китая (рис. 196).

Общий коэффициент смертности (ОКС) в южных регионах ДФО в 2018 г. составил **13 случаев** на 1000 населения, что **на 20% выше**, чем в Японии, и **в 1,9–2,0 раза выше**, чем в северо-восточных провинциях Китая (рис. 197). Стандартизованный по возрасту и полу коэффициент смертности (СКС) по мировому стандарту дает другую разницу. Этот показатель в южных регионах ДФО в 2017 г. составил 916 случаев на 100 тыс. населения, что **в 3 раза выше**, чем в Японии и Корее, **на 16% выше**, чем в Монголии, и **на 21% выше**, чем в среднем по РФ (рис. 198).



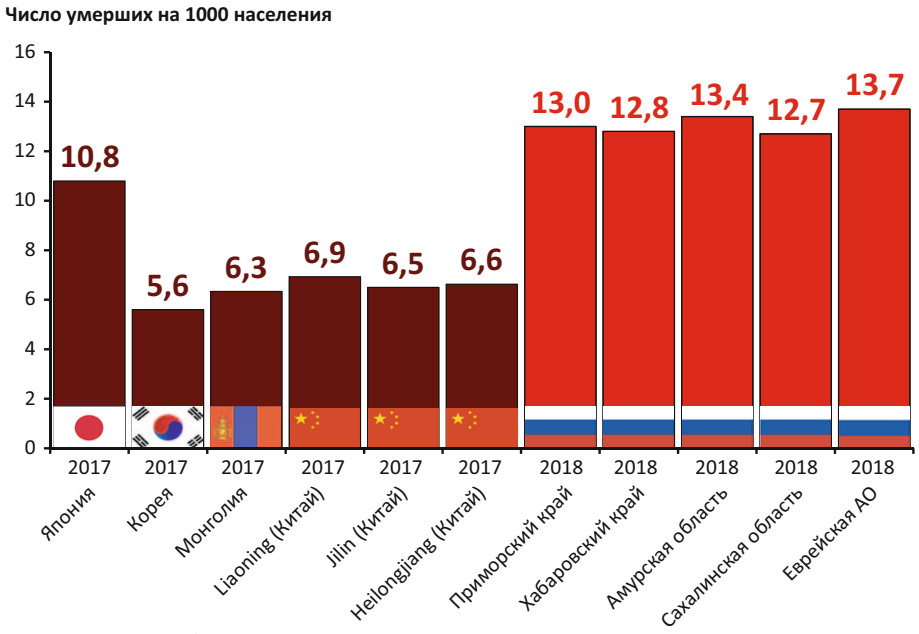
Источники: Росстат; база данных ОЭСР «OECD.Stat».

Рис. 195. Ожидаемая продолжительность жизни при рождении в южных регионах ДФО и соседних странах



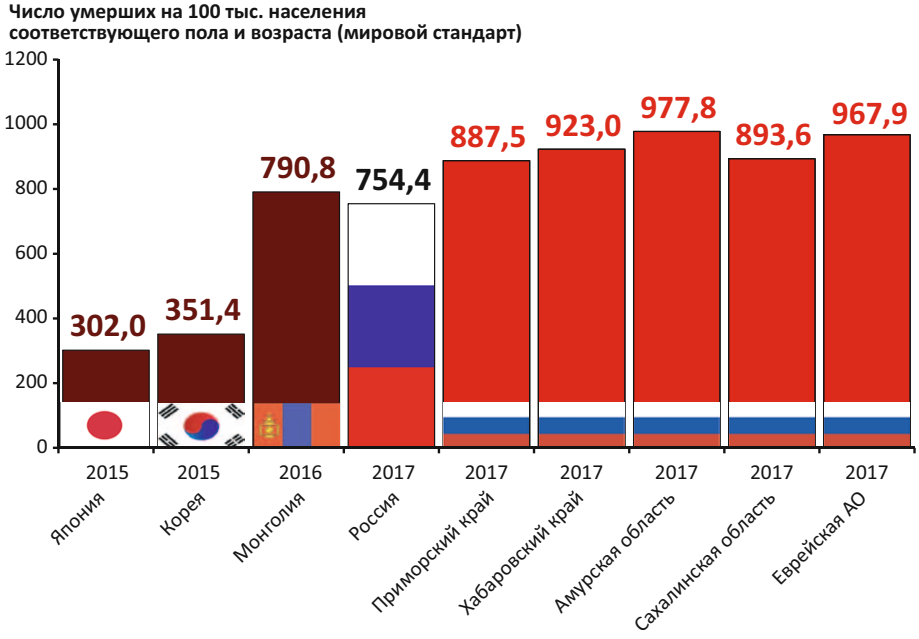
Источники: Росстат; база данных ОЭСР «OECD.Stat».

Рис. 196. Ожидаемая продолжительность жизни мужчин в южных регионах ДФО и соседних странах



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

Рис. 197. Общий коэффициент смертности в южных регионах ДФО и соседних странах



Источники: Росстат (расчет ВШОУЗ-КМК); база ВОЗ «WHO Mortality Database».

Рис. 198. Стандартизованный коэффициент смертности в южных регионах ДФО и соседних странах

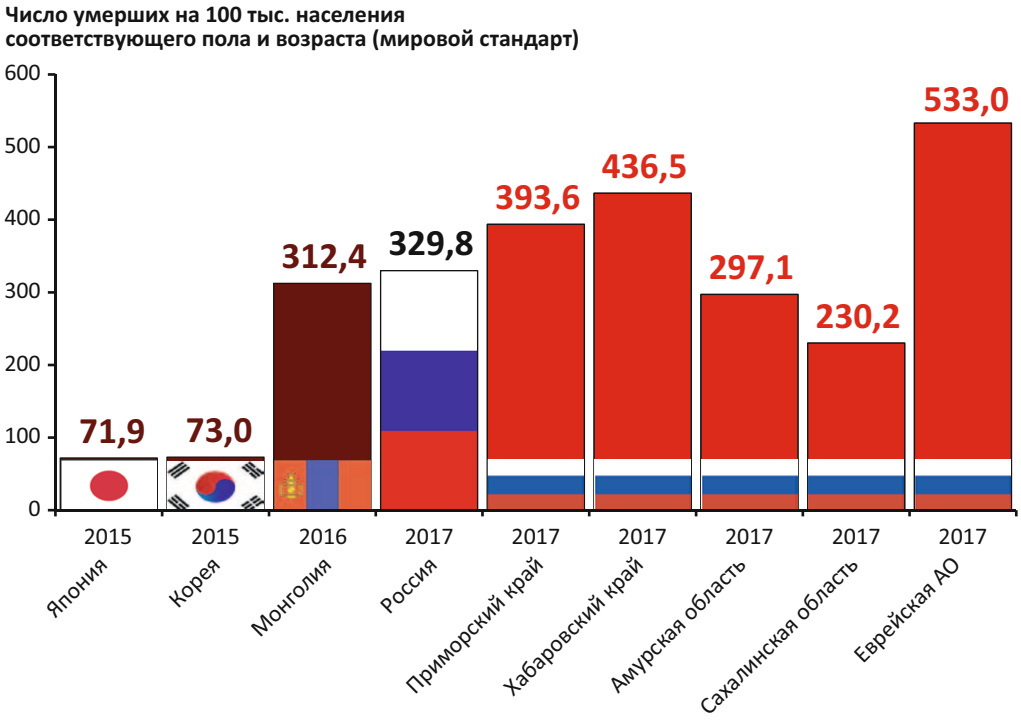
СКС (мировой стандарт) от болезней системы кровообращения в южных регионах ДФО в 2017 г. составил 377 случаев на 100 тыс. населения,

что **в 5,2 раза выше**, чем в Японии и Корее, **на 21% выше**, чем в Монголии, и **на 14% выше**, чем в среднем по РФ (рис. 199).

СКС (мировой стандарт) от новообразований в южных регионах ДФО в 2017 г. составил 141 случай на 100 тыс. населения, что **в 1,4 раза выше**, чем в Японии и Корее, но **в 1,6 раза ниже**, чем в Монголии (рис. 200).

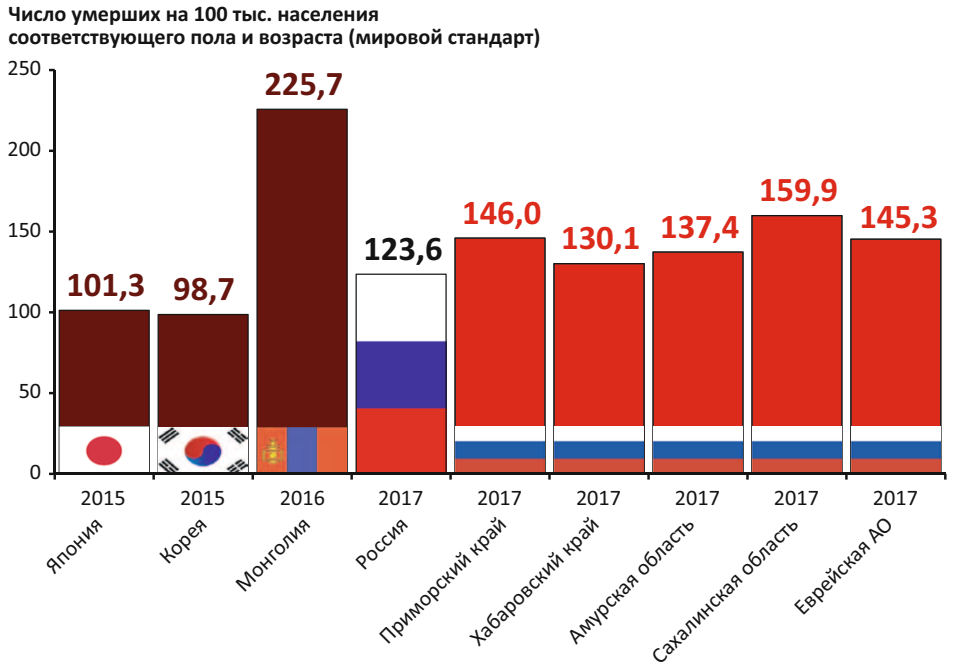
СКС (мировой стандарт) от внешних причин в южных регионах ДФО в 2017 г. составил 118 случаев на 100 тыс. населения, что **в 4,2 раза выше**, чем в Японии, **в 2,8 раза выше**, чем в Корее, **в 1,5 раза выше**, чем в Монголии, и **в 1,4 раза выше**, чем в среднем по РФ (рис. 201).

СКС (мировой стандарт) от инфекционных болезней в южных регионах ДФО в 2017 г. составил 22 случая на 100 тыс. населения, что **в 3,7 раза выше**, чем в Японии, **в 2,4 раза выше**, чем в Корее, **в 1,4 раза выше**, чем в Монголии, и на уровне среднего по РФ (рис. 202).



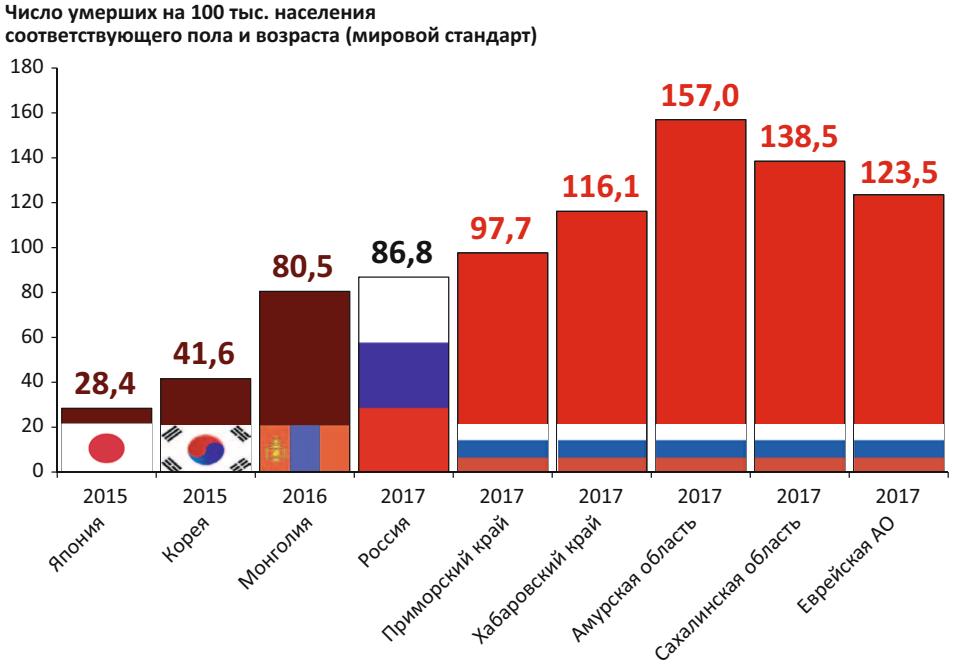
Источники: Росстат (расчет ВШОУЗ-КМК); база ВОЗ «WHO Mortality Database».

Рис. 199. Стандартизованный коэффициент смертности от болезней системы кровообращения в южных регионах ДФО и соседних странах



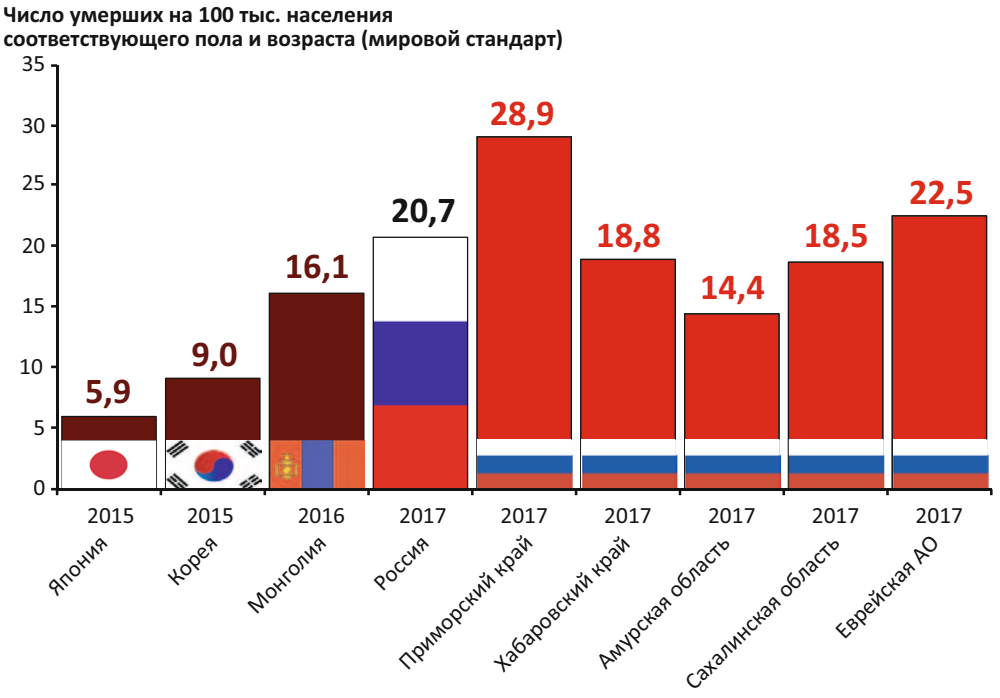
Источники: Росстат (расчет ВШОУЗ-КМК); база ВОЗ «WHO Mortality Database».

Рис. 200. Стандартизованный коэффициент смертности от новообразований в южных регионах ДФО и соседних странах



Источники: Росстат (расчет ВШОУЗ-КМК); база ВОЗ «WHO Mortality Database».

Рис. 201. Стандартизованный коэффициент смертности от внешних причин в южных регионах ДФО и соседних странах



Источники: Росстат (расчет ВШОУЗ-КМК); база ВОЗ «WHO Mortality Database».

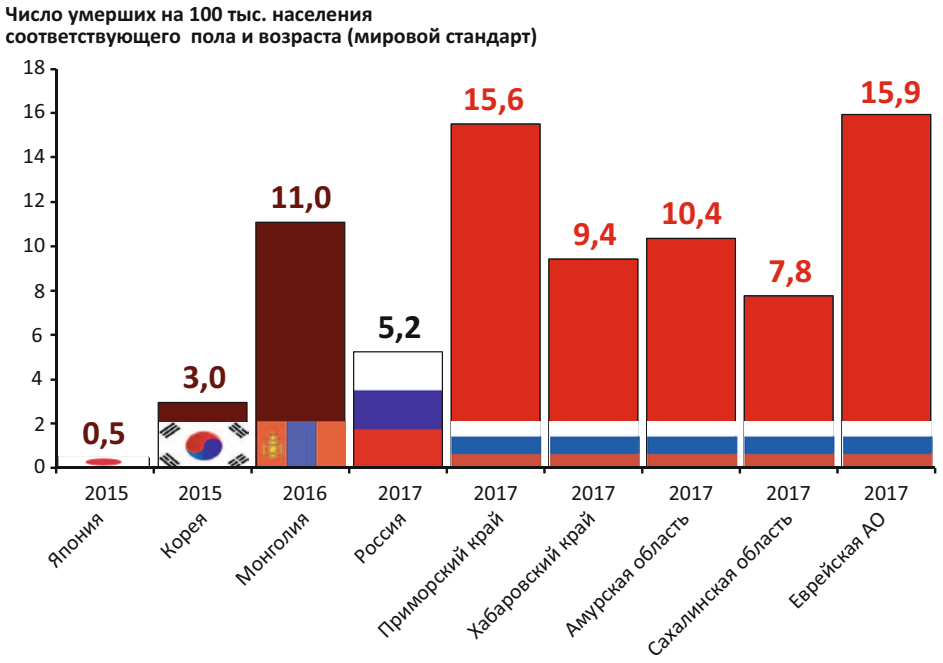
Рис. 202. Стандартизованный коэффициент смертности от инфекционных болезней в южных регионах ДФО и соседних странах

СКС (мировой стандарт) от туберкулеза в южных регионах ДФО в 2017 г. составил 12 случаев на 100 тыс. населения, что **в 24 раза выше**, чем в Японии, **в 4 раза выше**, чем в Корее, на уровне Монголии, и **в 2,3 раза выше**, чем в среднем по РФ (рис. 203).

Коэффициент младенческой смертности (число умерших в возрасте до 1 года на 1000 родившихся живыми) в южных регионах ДФО в 2018 г. составил 5,0 случаев, что **в 3 раза ниже**, чем в Монголии, **в 1,6 раза ниже**, чем в Китае, но **в 2,6 раза выше**, чем в Японии, и **в 1,8 раза выше**, чем в Корее (рис. 204).

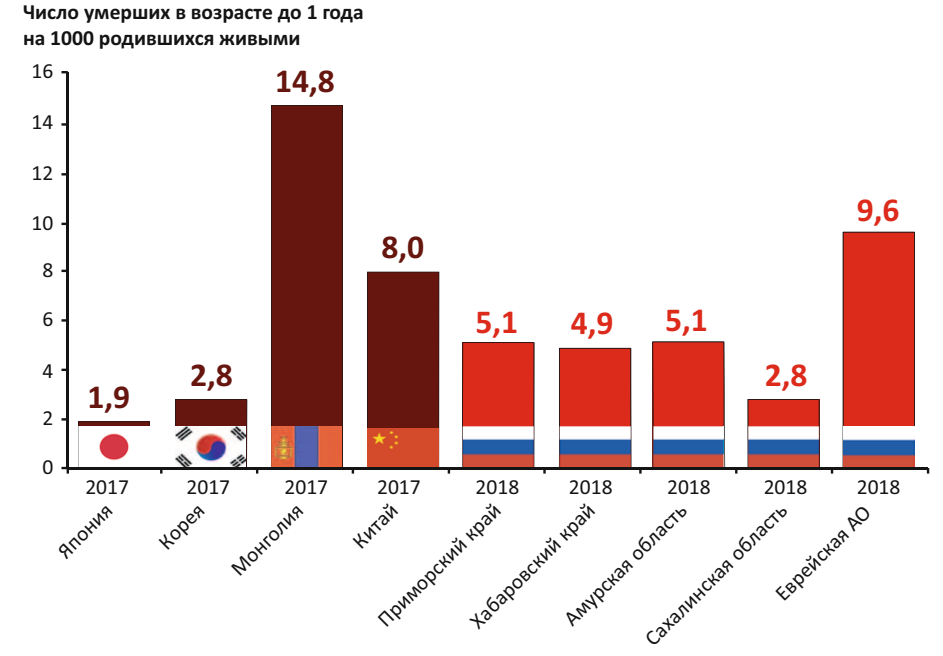
Смертность детей в возрасте 0–14 лет (число умерших на 100 тыс. населения соответствующего возраста) в южных регионах ДФО в 2017 г. составила 92,7 случая, что **в 2,2 раза ниже**, чем в Монголии, но **в 4 раза выше**, чем в Японии, и **в 3,5 раза выше**, чем в Корее (рис. 205).

Факторы, влияющие на здоровье. К ним относятся экономические факторы, образ жизни населения и уровень финансирования здравоохранения. ВРП в южных регионах ДФО в 2017 г. составил 26,6 тыс. $ППС (без учета Сахалинской области — 20,6 тыс.), что **в 1,5–1,6 раза ниже**, чем в Корее и Японии, но почти на уровне Монголии и северо-восточных провинций Китая (рис. 206).



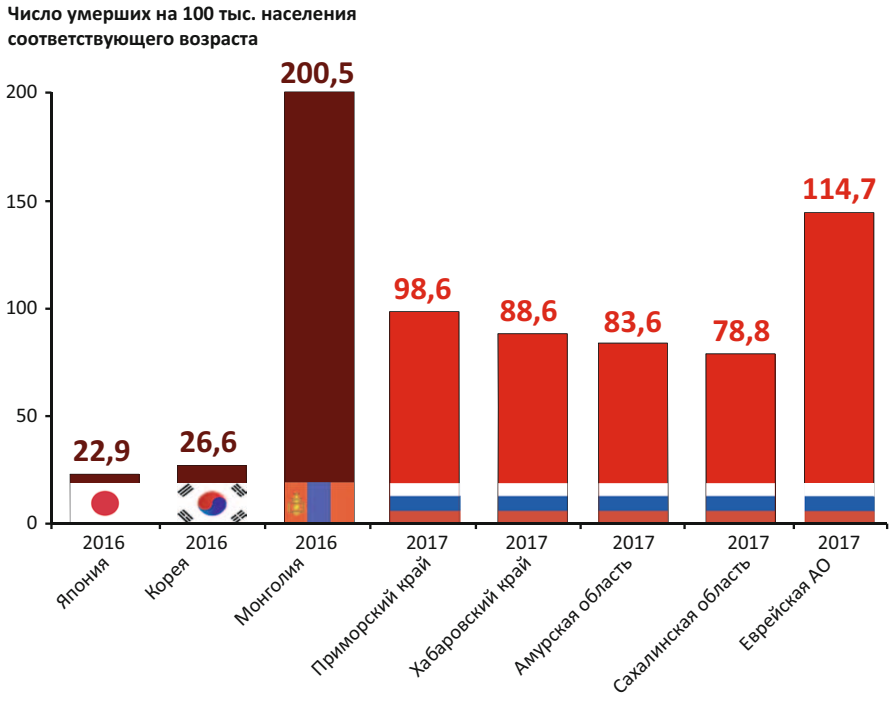
Источники: Росстат (расчет ВШОУЗ-КМК); база ВОЗ «WHO Mortality Database».

Рис. 203. Стандартизованный коэффициент смертности от туберкулеза в южных регионах ДФО и соседних странах



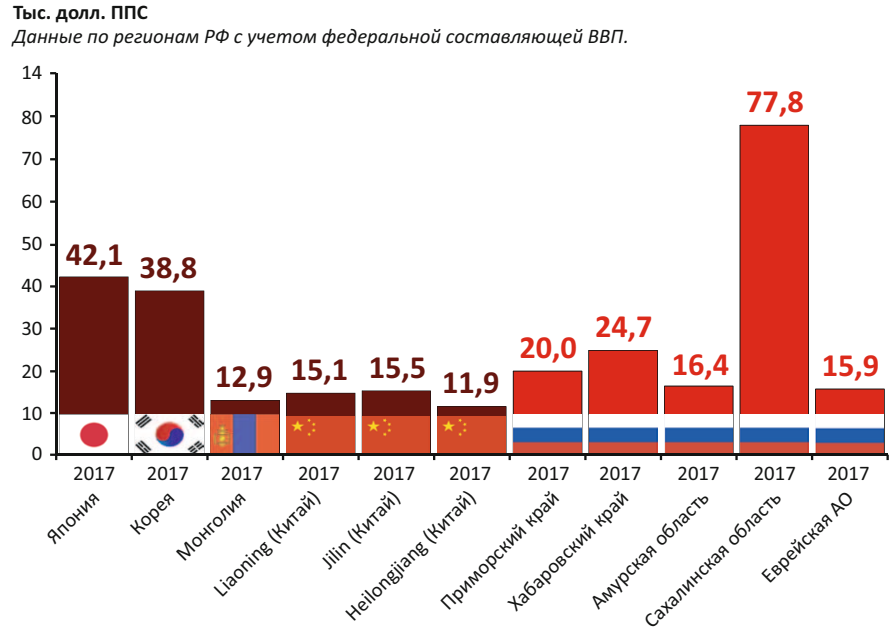
Источники: Росстат; база данных ОЭСР «OECD.Stat».

Рис. 204. Коэффициент младенческой смертности в южных регионах ДФО и соседних странах



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

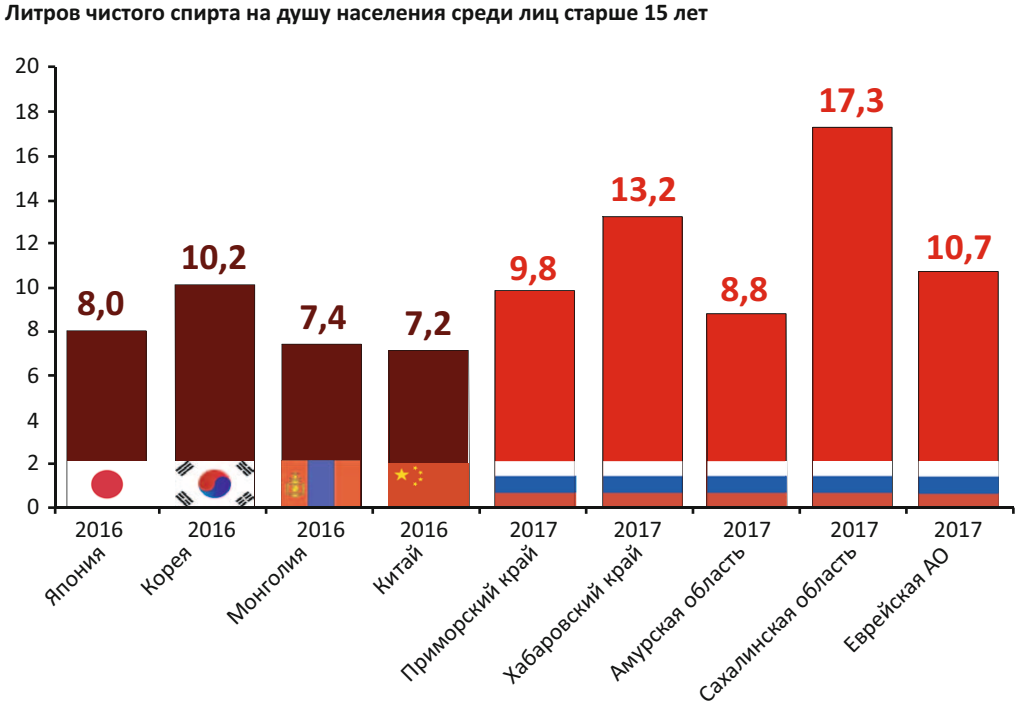
Рис. 205. Смертность детей в возрасте 0–14 лет в южных регионах ДФО и соседних странах



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

Рис. 206. ВВП/ВРП на душу населения в южных регионах ДФО и соседних странах

Потребление алкоголя среди лиц старше 15 лет в южных регионах ДФО в 2017 г. составило 11,4 л, что **в 1,4 раза выше**, чем в Японии, **на 12% выше**, чем в Корее, и **в 1,5 раза выше**, чем в Монголии и Китае (рис. 207).



Источники: Росстат (расчет ВШОУЗ-КМК); база данных ОЭСР «OECD.Stat».

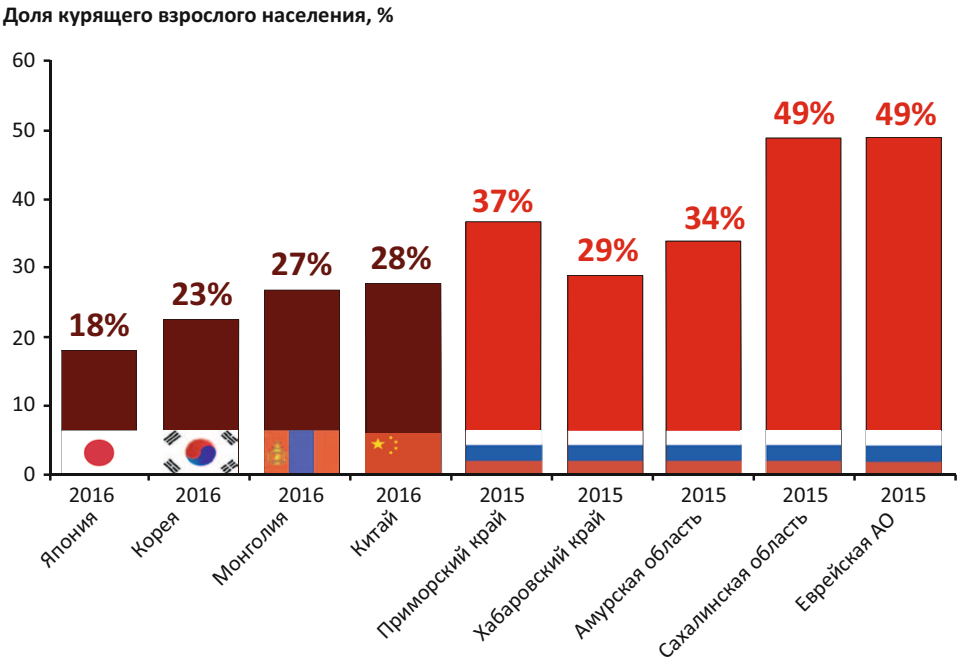
Рис. 207. Потребление крепких алкогольных напитков на душу населения среди лиц старше 15 лет в южных регионах ДФО и соседних странах

Доля курящего взрослого населения в южных регионах ДФО в 2015 г. составила 36%, что **в 2 раза выше**, чем в Японии, **в 1,6 раза выше**, чем в Корее, **в 1,3 раза выше**, чем в Монголии и Китае (рис. 208).

Подушевые государственные расходы на здравоохранение в южных регионах ДФО в 2018 г. составили 992 $ППС, что **в 3,7 раза выше**, чем в Монголии, **в 2,2 раза выше**, чем в Китае, но **в 1,6 раза ниже**, чем в Корее, и **в 3,9 раза ниже**, чем в Японии (рис. 209).

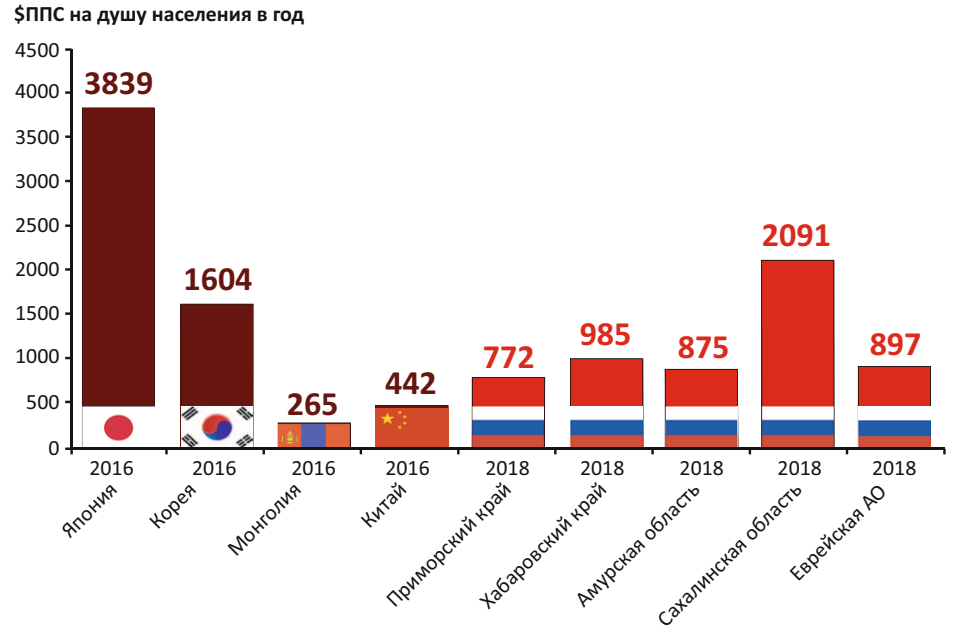
Обеспеченность практикующими врачами в южных регионах ДФО в 2018 г. составила 3,8 на 1000 населения, что **в 1,6 раза выше**, чем в Японии, Корее и северо-восточных провинциях Китая, и **на 19% выше**, чем в Монголии (рис. 210).

Обеспеченность больничными койками в южных регионах ДФО в 2018 г. составила 7,4 на 1000 населения, что **в 1,8 раза ниже**, чем в Японии, **в 1,6 раза ниже**, чем в Корее, на уровне Монголии и **в 1,2–1,4 раза выше**, чем в северо-восточных провинциях Китая (рис. 211).



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

Рис. 208. Доля курящего взрослого населения в южных регионах ДФО и соседних странах

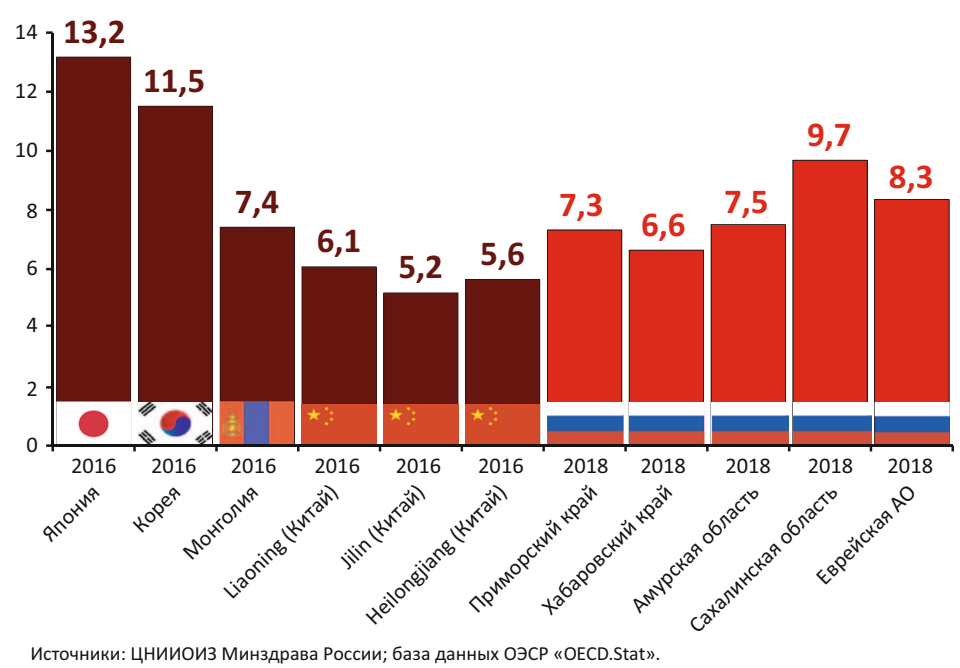


Источники: Росстат (расчет ВШОУЗ-КМК); база данных ОЭСР «OECD.Stat».

Рис. 209. Подушевые государственные расходы на здравоохранение в южных регионах ДФО и соседних странах

Источники: ЦНИИОИЗ Минздрава России; база данных ОЭСР «OECD.Stat».

Рис. 210. Обеспеченность практикующими врачами в южных регионах ДФО и соседних странах



Источники: ЦНИИОИЗ Минздрава России; база данных ОЭСР «OECD.Stat».

Рис. 211. Обеспеченность больничными койками в южных регионах ДФО и соседних странах

ВЫВОДЫ И ПРЕДЛОЖЕНИЯ К РАЗДЕЛУ 5.15

- Численность населения ДФО за последние 17 лет снизилась **на 1,9 млн человек**. ОПЖ, ключевой показатель, характеризующий здоровье населения, в ДФО в среднем в 2018 г. составила 70,2 года, что **на 2,7 года ниже**, чем в среднем по РФ, **на 6,3 года ниже**, чем в Китае, и **на 12–13 лет ниже**, чем в Японии и Южной Корее.
- ОПЖ в южных регионах ДФО составила 70 лет, что **на 7–8 лет ниже**, чем в северо-восточных провинциях Китая. Такие неудовлетворительные показатели здоровья по сравнению с провинциями Китая при близком уровне экономического развития (ВВП/ВРП на душу населения) и даже более высоком уровне государственных расходов на здравоохранение связаны **с нездоровым образом жизни** населения ДФО (потребление алкоголя среди лиц старше 15 лет в южных регионах ДФО **в 1,5 раза выше**, чем в Китае, а доля курящего взрослого населения — **в 1,3 раза выше**, чем у них).
- Серьезное отставание южных регионов ДФО по ОПЖ от Южной Кореи и Японии (**на 12,6 и 14,1 года ниже** соответственно) связано также с нездоровым образом жизни населения, более низким уровнем экономического развития и существенным **недофинансированием здравоохранения** из государственных источников (**в 1,6 и 3,9 раза ниже** соответственно).
- При формировании политики снижения смертности и увеличения ОПЖ в регионах ДФО необходимо сосредоточиться на увеличении благосостояния граждан, реализации массовых межведомственных программ по формированию у населения здорового образа жизни и увеличении государственного финансирования здравоохранения. При этом необходимо повысить эффективность расходования государственных средств здравоохранения, а именно сделать акцент на приоритетных направлениях (повышении доступности первичной медико-санитарной помощи и лекарственного обеспечения всех слоев населения).

5.16. АНКЕТЫ ПО ОЦЕНКЕ ДОСТУПНОСТИ ПЕРВИЧНОЙ МЕДИКО-САНИТАРНОЙ ПОМОЩИ И ПРИВЕРЖЕННОСТИ НАСЕЛЕНИЯ К ЗДОРОВОМУ ОБРАЗУ ЖИЗНИ

В разделе представлены анкета для оценки доступности и качества первичной медико-санитарной помощи (ПМСП) и эффективности работы медицинских организаций, оказывающих ПМСП, а также анкета для оценки приверженности населения к ЗОЖ.

Анкета для оценки доступности и качества первичной медико-санитарной помощи

I. Общие сведения.

1. Как бы Вы в целом охарактеризовали свое здоровье?
a. Отличное.
b. Очень хорошее.
c. Хорошее.
d. Среднее.
e. Плохое.

2. Уровень вашего образования:
a. Полное (среднее) общее.
b. Среднее профессиональное.
c. Высшее.

3. Ваш пол:
a. Мужской.
b. Женский.

4. Ваш возраст в годах: _____ лет.

5. Вы проживаете:
a. В городе.
b. В сельской местности.

6. Укажите вид занятости (можно выбрать несколько вариантов ответов):
a. Полная занятость.
b. Частичная занятость.
c. Неработающий.
d. Пенсионер.
e. Студент.
f. Учащийся.

7. Когда Вы в последний раз обращались в поликлинику (врачебную амбулаторию, ФАП) за медицинской помощью? _____.

II. Сроки ожидания, доступность и комфортность получения медицинской помощи.

1. После обращения в поликлинику (врачебную амбулаторию) по неотложным показаниям Вас принял врач:
a. Немедленно.

b. Пришлось ждать около 2 ч.
c. Пришлось ждать более 2 ч.

2. **После обращения в поликлинику (врачебную амбулаторию, ФАП) по плановым показаниям (не требуется срочная консультация врача) Вас записали на прием:**
   a. В тот же день.
   b. На следующий день.
   c. Через 2 дня и более.
3. **Вам удобно добираться до Вашей поликлиники (врачебной амбулатории, ФАП) (имеется в виду расположение, маршруты транспорта, время)?**
   a. Да, отлично.
   b. Не очень, дорого.
   c. Не очень, долго.
   d. Нет, неудобно: дорого, долго, иногда вообще нет никакого способа.
4. **Сколько по времени Вы обычно добираетесь до поликлиники (ФАП, врачебной амбулатории) пешком?**
   a. Это занимает меньше 1 ч.
   b. Это занимает более 2 ч.
5. **Удобно ли Вам пользоваться медицинской организацией, к которой Вы прикреплены (удобное крыльцо и лестницы, есть лифт, комфортные условия ожидания, питьевая вода, туалет)?**
   a. Да.
   b. Не очень.
   c. Нет.
6. **Есть ли в Вашей медицинской организации информационные терминалы (инфоматы) для записи к врачу?**
   a. Да.
   b. Нет.
   c. Затрудняюсь ответить.
7. **Как Вы чаще всего записываетесь на прием к врачу в Вашей медицинской организации?**
   a. По телефону.
   b. При личном обращении в регистратуру.
   c. Через интернет на сайте медицинской организации.
   d. С помощью инфомата (электронной регистрации).
   e. Через лечащего врача.
8. **Если Вы пришли к врачу в установленное по записи время, сколько пришлось ожидать приема?**
   a. Врач принял в указанное время (ожидание менее 15 мин).
   b. Пришлось подождать (более 30 мин).
   c. Пришлось ждать долго (более 1 ч).
   d. Затрудняюсь ответить.

9. Как часто внутри медицинской организации, к которой Вы прикреплены, было чисто?

a. Никогда.
b. Иногда.
c. Обычно.
d. Всегда.

III. Взаимодействие с персоналом.

1. Удовлетворены ли Вы работой регистратуры (вежливость, много окошек, можно общаться сидя, полнота и ясность ответов)?

a. Да.
b. Иногда.
c. Нет.

2. Сколько обычно длился прием у врача?

a. Менее 12 мин.
b. От 12 до 15 мин.
c. Более 15 мин.

3. Во время посещения поликлиники (врачебной амбулатории, ФАП) как часто медицинские сестры относились к Вам вежливо и уважительно?

a. Никогда.
b. Иногда.
c. Обычно.
d. Всегда

4. Во время посещения поликлиники (врачебной амбулатории) как часто врачи внимательно слушали Вас, относились к Вам вежливо и уважительно?

a. Никогда.
b. Иногда.
c. Обычно.
d. Всегда.

5. Во время посещения как часто врачи давали Вам объяснения о лечении понятным образом?

a. Никогда.
b. Иногда.
c. Обычно.
d. Всегда.

6. Прежде чем назначить Вам какие-либо новые ЛС, как часто Вам объясняли, для чего необходимо ЛС, а также возможные побочные действия?

a. Никогда.
b. Иногда.
c. Обычно.
d. Всегда.

7. Вам присылали напоминания о дате и времени визита (или другую информацию) с помощью СМС?

a. Никогда.
b. Иногда.

c. Обычно.
d. Всегда.

IV. Меры по профилактике.

1. После приема у врача Вы хорошо понимали, что ответственны за свое здоровье?
a. Да.
b. Нет.

2. Когда Вы вышли из поликлиники (врачебной амбулатории, ФАП), Вы четко понимали назначения всех принимаемых Вами лекарств?
a. Да.
b. Нет.

3. Давал ли Вам врач рекомендации о необходимости вести здоровый образ жизни (о вреде алкоголя, курения, о необходимости избавиться от избыточной массы тела, увеличить физическую активность, правильно питаться)?
a. Да.
b. Нет.

V. Оценка медицинской организации.

1. Используя любое число от 0 до 10 (где 0 является, возможно, наихудшим медицинским учреждением и 10, возможно, лучшим медицинским учреждением), какой номер Вы бы использовали, чтобы оценить Вашу поликлинику (врачебную амбулаторию, ФАП), к которой Вы прикреплены?_____

2. Вы бы рекомендовали эту медицинскую организацию своим друзьям и семье?
a. Определенно нет.
b. Вероятно, нет.
c. Вероятно, да.
d. Определенно да.

VI. Отдельные комментарии, предложения.

Анкета «Здоровый образ жизни» (соавтор Прохоренко Н.Ф.[1])

1. Ваш пол:
a. Мужской.
b. Женский.

2. Ваш возраст:
a. До 34 лет.
b. 36–64 года.
c. 65 лет и более.

3. По Вашему мнению, Вы ведете здоровый образ жизни?
a. Да.
b. Скорее, да.
c. Скорее, нет.
d. Нет.

[1] Н.Ф. Прохоренко — кандидат экономических наук, первый проректор ВШОУЗ-КМК, эксперт центрального штаба Общероссийского народного фронта.

4. **Что для Вас означает вести здоровый образ жизни** (можно выбрать несколько вариантов ответов)?
   a. Занятие физической активностью (не менее 3 раз в неделю).
   b. Отказ от вредных привычек (курения, алкоголя).
   c. Здоровое питание.
   d. Достаточный сон (около 7–8 ч).
   e. Своевременное прохождение профилактических осмотров.
   f. Не знаю.
5. **Как часто Вы занимаетесь физической активностью?**
   a. Каждый день.
   b. 2–3 раза в неделю.
   c. 1 раз в неделю.
   d. Время от времени.
   e. Не занимаюсь никакими видами физической активности дополнительно к обычной повседневной нагрузке.
   f. Не занимаюсь, мне это противопоказано с медицинской точки зрения.
6. **Что больше всего Вам мешает увеличить объем физической активности?**
   a. Не хватает времени.
   b. Не хватает денег.
   c. Нет комфортных условий в городе для ходьбы, бега, велосипедных прогулок.
   d. Нет дворовых площадок рядом.
   e. Не хватает дворцов спорта, физкультурно-оздоровительных комплексов, стадионов.
   f. Имеющиеся заболевания или возраст.
   g. Ничего не мешает, стараюсь постепенно увеличивать нагрузку.
   h. Ничего не мешает, не считаю это нужным.
   i. Отсутствие воли.
7. **Что для Вас означает здоровое питание** (можно выбрать несколько вариантов ответов)?
   a. Следить за калорийностью продуктов.
   b. Наличие в ежедневном рационе овощей и фруктов, цельных зерен, бобовых и орехов.
   c. Ограничение потребления соли.
   d. Не есть пищу с большим содержанием животных жиров.
   e. Ограничение потребления углеводов, в первую очередь легкоусвояемых.
   f. Режим питания.
   g. Сыроедение.
   h. Применение БАД.
   i. Дробное питание.
   j. Вегетарианство.
   k. Витаминизация.
   l. Не знаю.

8. Как Вы оцениваете свой рацион питания?
a. Здоровое питание.
b. Приближенный к принципам здорового питания.
c. Не придерживаюсь никаких принципов в питании.
d. Затрудняюсь с ответом.

9. Курите ли Вы, включая употребление заменителей (можно выбрать несколько вариантов ответов)?
a. Не курю ни табачные изделия, ни их заменители.
b. Курю сигареты.
c. Курю вейпы или электронные сигареты.
d. Курю кальян.
e. Курю трубку или сигары.

10. Как часто Вы употребляете алкогольные напитки?
a. Совсем не употребляю.
b. Почти каждый день.
c. 1–2 раза в неделю.
d. 1–2 раза в месяц.
e. Реже 1 раза в месяц.

11. На Ваш взгляд, принятие каких мер поспособствует уменьшению потребления алкогольной продукции и распространенности табакокурения у населения РФ (можно выбрать несколько вариантов ответов)?
a. Увеличить минимальный возраст для продажи алкоголя и сигарет до 21 года.
b. Ввести запрет на продажу алкоголя и табака через интернет.
c. Повысить акцизы на алкоголь и табак.
d. Ограничить (вплоть до полного запрета) скрытую рекламу алкоголя.
e. Запретить продажу алкоголя и сигарет в жилых домах и спальных районах.
f. Запретить курение кальянов, вейпов и электронных сигарет в общественных местах.
g. Проводить широкую пропаганду трезвого образа жизни, отказа от табака по телевидению, радио и в сети Интернет.
h. Государство не может повлиять на потребление алкоголя и табака, это решение человека.

12. На Ваш взгляд, какие меры повысят приверженность к здоровому питанию (можно выбрать несколько вариантов ответов)?
a. Маркировка продуктов питания по степени вредности для организма в рамках борьбы с ожирением населения.
b. Предоставление налоговых льгот производителям продуктов здорового питания.
c. Ограничение времени показа на российском телевидении рекламы вредной еды (сладкие газированные напитки, чипсы, фастфуд и т.д.).
d. Введение акцизов на вредные продукты питания.
e. Широкая пропаганда по вопросам здорового питания.

13. Считаете ли Вы полезным нанесение маркировки на продукты питания по степени их безвредности для здоровья?

a. Нет, для меня это будет бесполезной информацией.
b. Нет, это будет мешать мне покупать то, что хочется.
c. Нет, я не буду уверен в обоснованности таких рекомендаций.
d. Нет, это будет использовано в нечестной конкуренции среди производителей.
e. Мне все равно.
f. Да, будет проще выбирать более полезную пищу.

14. Принятие каких дополнительных мер стимулировало бы Вас вести здоровый образ жизни?

a. Дополнительные дни отпуска тем, кто в течение года ни разу не оформлял листок временной нетрудоспособности.
b. Предоставление налоговых вычетов за оплату спортзалов.
c. Выделение сотрудникам времени на занятия производственной гимнастикой.

Другие (указать, какие именно)_____.

15. Регион _____.

Для справки: рекомендации ВОЗ по физической активности.

Дети и подростки в возрасте **5–17 лет**:

- должны уделять физической активности от умеренной до высокой интенсивности не менее **60 мин** в день;
- физическая активность продолжительностью более 60 мин в день принесет дополнительную пользу для их здоровья;
- физической активностью, направленной на развитие скелетно-мышечной системы, следует заниматься как минимум 3 раза в неделю.

Взрослые люди в возрасте **18–64** года:

- должны уделять физической активности умеренной интенсивности не менее **150 мин** в неделю, или физической активности высокой интенсивности не менее **75 мин** в неделю, или уделять время аналогичному по нагрузке сочетанию физической активности средней и высокой интенсивности;
- для того чтобы занятия приносили дополнительную пользу для здоровья, взрослые этой возрастной категории должны увеличить время физической активности средней интенсивности **до 300 мин** в неделю или иным способом достичь аналогичного уровня нагрузки;
- силовые упражнения, в которых задействованы основные группы мышц, следует выполнять **2 раза** в неделю или чаще.

Взрослые в возрасте **65 лет** и старше:

- должны уделять физической активности умеренной интенсивности не менее **150 мин** в неделю, или физической активности высокой интенсивности не менее **75 мин** в неделю, или уделять время аналогичному по нагрузке сочетанию физической активности средней и высокой интенсивности (с учетом рекомендаций врача);

- для того чтобы занятия приносили дополнительную пользу для здоровья, взрослые этой возрастной категории должны увеличить продолжительность физической активности средней интенсивности **до 300 мин** в неделю или иным способом достичь аналогичного уровня нагрузки;
- взрослые данной возрастной категории с ограниченной подвижностью должны заниматься физической активностью, направленной на улучшение равновесия и предотвращение риска падений, **3 раза** в неделю или чаще;
- силовые упражнения, в которых задействованы основные группы мышц, следует выполнять **2 раза** в неделю или чаще.

5.17. РАСПРЕДЕЛЕНИЕ ФИНАНСОВЫХ РЕСУРСОВ ПО ПРИОРИТЕТНЫМ НАПРАВЛЕНИЯМ РАЗВИТИЯ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ НА 2019–2024 гг.

Исходя из расчетов, представленных в главе 5 (разделе 5.1), следует, что для достижения в РФ ОПЖ **78 лет** к 2024 г. потребуется увеличение государственного финансирования здравоохранения **на 15%** ежегодно в ценах 2018 г., а до **77 лет — на 10%** ежегодно. Эти расчеты сделаны при сохранении **базовых условий**, что ВВП в РФ будет расти согласно темпам, заложенным Минэкономразвития РФ, а потребление алкоголя сократится **на 45%** с 2018 по 2024 г.

Примем наиболее реалистичный вариант — увеличение государственного финансирования здравоохранения на 10% ежегодно в ценах 2018 г. Это означает, что к имеющимся в 2018 г. **3,3 трлн рублей** для формирования расходов на 2019 г. необходимо дополнительно **330 млрд рублей** (3300 млрд рублей × 10%) плюс индексация на уровень инфляции (4%). К полученному значению финансирования в 2019 г. (3,8 млрд рублей) прибавляем 10% и снова индексируем на уровень инфляции, таким образом, получаем необходимый уровень финансирования в 2020 г. и т.д. Полученные значения объемов государственного финансирования здравоохранения представлены в табл. 45. В ней также представлен плановый вариант финансирования здравоохранения, предусмотренный в Государственной программе «Развитие здравоохранения».

Из табл. 45 следует, что с 2019 по 2024 г. (за 6 лет) при плановом варианте на здравоохранение будет потрачено всего **26,7 трлн рублей** в текущих ценах. При расчетном варианте с 10% ежегодным увеличением финансирования потребуется **32,8 трлн рублей**, то есть на **6 трлн рублей больше**. При этом эти дополнительные средства потребуются с 2021 г., так как в 2019 и 2020 гг. в плановом варианте заложены дополнительные средства, преимущественно на НП «Здравоохранение».

При плановом варианте расходы на здравоохранение в 2024 г. составят **3% ВВП**, что даже меньше, чем в 2018 г. При расчетном варианте эти расходы к 2024 г. составят **5% ВВП**. Это как раз уровень государственного финансирования здравоохранения, который сложился сегодня в «новых-8» странах ЕС и которые уже сегодня имеют ОПЖ **77,7 года**.

Таблица 45. Прогнозы государственного финансирования здравоохранения по плановому и расчетному вариантам (увеличение на 10% ежегодно в ценах 2018 г.)

Показатель	2018 г.	2019 г.	2020 г.	2021 г.	2022 г.	2023 г.	2024 г.	2019–2024 гг.	За 6 лет дополнительно к уровню 2018 г.	Ежегодно дополнительно к уровню 2018 г. в среднем
Государственные расходы на здравоохранение (ГП «Развитие здравоохранения») в текущих ценах (план), млрд руб.	3319	4112	4540	4559	4520	4487	4476	26 693	6782	1130
Доля в ВВП	**3,2%**	**3,8%**	**4,0%**	**3,7%**	**3,5%**	**3,2%**	**3,0%**	—	—	—
Государственные расходы на здравоохранение (ГП «Развитие здравоохранения») в постоянных ценах 2018 г. (план), млрд руб.	3319	3943	4195	4049	3862	3686	3535	23 269	3358	560
Расчет: 10% ежегодный рост государственного финансирования здравоохранения в постоянных ценах 2018 г., млрд руб.	3319	3650	4015	4417	4859	5345	5879	28 165	8254	1376
Расчет: 10% ежегодный рост государственных расходов на здравоохранение в текущих ценах, млрд руб.	3319	3807	4346	4973	5687	6507	7444	32 763	12 852	2142
Доля в ВВП расчетного варианта	**3,2%**	**3,5%**	**3,8%**	**4,1%**	**4,3%**	**4,7%**	**5,0%**	—	—	—
Разница между плановым и расчетным вариантами, млрд руб. (в текущих ценах)	**0**	**–305**	**–194**	**415**	**1167**	**2019**	**2968**	**6070**	**6070**	**1012**
ВВП в текущих ценах, млрд руб. (базовый вариант прогноза Минэкономразвития РФ)	*103 876*	*109 086*	*114 375*	*122 234*	*130 790*	*139 837*	*149 488*	—	—	—

Таблица 46. Расчеты ФОТ врачей участковой службы на период 2019–2024 гг. с учетом индексации оплаты труда всех работников на 10% ежегодно и индексации базового оклада дополнительных врачей (с расширенными функциями и ВОП) в 1,5 раза[1]

Исходные показатели	2018 г. (факт)	2019 г.	2020 г.	2021 г.	2022 г.	2023 г.	2024 г.	Расходы на ФОТ в 2019–2024 гг.
Расчет дополнительной численности врачей (с расширенными функциями и ВОП) и среднего медицинского персонала до 2024 г. с учетом разукрупнения участков до 1200 человек								
Дополнительная численность врачей участковой службы (с расширенными функциями и ВОП), тыс. чел.	74,7	1,6	9,0	10,0	10,0	11,0	11,0	127,3
Дополнительная численность среднего медицинского персонала (на дополнительную численность врачей), тыс. чел.	82,8	2,4	13,5	15,0	15,0	16,5	16,5	161,7
Расчет расходов на оплату труда дополнительной численности врачей и среднего медицинского персонала участковой службы (с расширенными функциями и ВОП), с повышающим коэффициентом 1,5 к базовому окладу								
Расходы на оплату труда дополнительной численности врачей (с расширенными функциями и ВОП) с начислениями на оплату труда, с повышающим коэффициентом 1,5 к базовому окладу (исходя из пропорции 60% — базовый оклад, 40% — стимулирующие надбавки), нарастающим итогом, млн руб.	—	2 433,6	16 122,6	31 332,6	46 542,6	63 273,6	80 004,6	239 709,6
Расходы на оплату труда дополнительной численности среднего медицинского персонала (на дополнительную численность врачей) с начислениями на оплату труда, с повышающим коэффициентом 1,5 к базовому окладу (исходя из пропорции 60% — базовый оклад, 40% — стимулирующие надбавки), нарастающим итогом, млн руб.	—	1 800,9	11 930,7	23 186,1	34 441,5	46 822,5	59 203,4	177 385,1
Итого, расходы на оплату труда дополнительной численности медицинских работников участковой службы (с расширенными функциями и ВОП)	—	4 234,5	28 053,3	54 518,7	80 984,1	110 096,1	139 208,0	417 094,7

Окончание табл. 46

Исходные показатели	2018 г. (факт)	2019 г.	2020 г.	2021 г.	2022 г.	2023 г.	2024 г.	Расходы на ФОТ в 2019–2024 гг.
Расчет общих расходов на оплату труда медицинских работников участковой службы с дополнительной численностью врачей и среднего медицинского персонала участковой службы (с расширенными функциями и ВОП) и с повышающим коэффициентом 1,5 к базовому окладу, с ежегодным увеличением оплаты труда медицинских работников на 10%								
Расходы на оплату труда действующей численности врачей (фактическая, 2018 г.) с начислениями на оплату труда, с ежегодным увеличением оплаты труда на 10%, млн руб.	87 399,0	96 138,9	105 752,8	116 328,1	127 960,9	140 757,0	154 832,7	741 770,3
Расходы на оплату труда действующей численности среднего медицинского персонала (фактическая, 2018 г.) с начислениями на оплату труда, с ежегодным увеличением оплаты труда на 10%, млн руб.	47 792,2	52 571,4	57 828,5	63 611,4	69 972,5	76 969,8	84 666,7	405 620,2
Расходы на оплату труда дополнительной численности врачей (с расширенными функциями и ВОП) с начислениями на оплату труда, с повышающим коэффициентом 1,5 к базовому окладу (исходя из пропорции 60% — базовый оклад, 40% — стимулирующие надбавки), с ежегодным увеличением оплаты труда на 10%, млн руб.	—	2 677,0	19 508,3	41 703,7	68 143,0	101 902,8	141 733,0	375 667,8
Расходы на оплату труда дополнительной численности среднего медицинского персонала (на дополнительную численность врачей) с начислениями на оплату труда, с повышающим коэффициентом 1,5 к базовому окладу (исходя из пропорции 60% — базовый оклад, 40% — стимулирующие надбавки), с ежегодным увеличением оплаты труда на 10%, млн руб.	—	1 981,0	14 436,2	30 860,7	50 425,8	75 408,0	104 882,4	277 994,2
Итого, общие расходы на оплату труда медициских работников участковой службы	—	153 368,2	197 525,8	252 503,9	316 502,2	395 037,5	486 114,9	1 801 052,5
Итого дополнительные расходы на ФОТ в 2019–2024 гг.[2]								**989 905,5**

[1] Расчеты сделаны исходя из того, что среднемесячная заработная плата составила у врачей 75 тыс. руб., а у среднего медицинского персонала — 37 тыс. руб. (2018 г., по данным Росстата).

[2] $1\,801\,052{,}5 - (87\,399{,}0 + 47\,792{,}2) \times 6 \approx 990$ млрд руб., или 165 млрд руб. в год.

При плановом варианте увеличение государственного финансирования за 6 лет (с 2019 по 2024 г.) составит в ценах 2018 г. **3,4 трлн рублей**, то есть будет увеличиваться на **560 млрд рублей** ежегодно в постоянных ценах. В расчетном варианте за все 6 лет потребуется дополнительно к уровню финансирования 2018 г. **8,3 трлн рублей** в ценах 2018 г., то есть в среднем **по 1,4 трлн рублей ежегодно**. Таким образом, для достижения ОПЖ **77 лет** к 2018 г. потребуется ежегодно **поэтапно** увеличивать государственное финансирование здравоохранения в среднем на 1,4 трлн рублей. С учетом уже предусмотренных в плановом варианте средств (560 млрд рублей ежегодно) дополнительно потребуется **820 млрд рублей ежегодно в постоянных ценах**.

Предлагается распределить эти дополнительные средства (820 млрд рублей ежегодно) по приоритетным направлениям, обоснованным в главе 5, следующим образом (все расчеты сделаны в ценах 2018 г. в среднем за год, хотя подразумевается поэтапный рост по каждой из статей).

1. **Обеспечение системы здравоохранения квалифицированными кадрами — 320 млрд рублей**. Эти расходы должны пойти:
   - на увеличение **численности и индексации** оплаты труда медицинских работников, работающих в амбулаторных условиях (дополнительно потребуется не менее **52,6 тыс.** врачей и **79 тыс.** средних медицинских работников, коэффициент индексации должен составить не менее **1,5** к базовому окладу) — 165 млрд рублей ежегодно, расчеты представлены в табл. 46;
   - ликвидацию **дефицита** медицинских кадров по ряду специальностей (анестезиологи-реаниматологи, врачи-патологоанатомы и др.);
   - ликвидацию **различий** в оплате труда медицинских работников путем установления на федеральном уровне базовых окладов по профессиональным квалификационным группам;
   - индексацию оплаты труда медицинских работников, работающих **в сельской** и приравненной к ней местности (коэффициент **1,3** к базовому окладу);
   - средства на предоставление льготного ипотечного **кредитования** для медицинских работников.
2. **Масштабное повышение квалификации медицинских кадров — 60 млрд рублей**:
   - увеличение оплаты труда **профессорско-преподавательского** состава медицинских вузов (не менее **300%** к оплате труда в среднем в экономике);
   - средства на повышение квалификации медицинских кадров (в структуре тарифа на оказание медицинской помощи не менее **2% ФОТ** в год).
3. Программа всеобщего **лекарственного обеспечения** населения в амбулаторных условиях — **320 млрд рублей**.
4. Программа по снижению заболеваемости и смертности **детей и подростков — 30 млрд рублей**.

5. Программа по снижению заболеваемости и смертности **от инфекционных болезней — 30 млрд рублей**.
6. Обновление **материально-технической базы ЦРБ** и ММЦ (оплота сельской медицины) и создание диагностических амбулаторных межрайонных центров — **20 млрд рублей** (в 2020–2021 гг. — по 30 млрд рублей, далее — по 10 млрд рублей ежегодно).
7. Приведение тарифов по оплате медицинских услуг в соответствие с современными методами лечения, которые предусмотрены в клинических рекомендациях, — **15 млрд рублей**.
8. Увеличение объемов медицинской помощи в связи с ростом числа пациентов (в связи с проведением профилактических осмотров и диспансеризации, старения населения и снижения смертности, соответственно, увеличения числа больных людей, нуждающихся в лечении) — **15 млрд рублей**.
9. Реализация программ, направленных на формирование у населения здорового образа жизни, — **10 млрд рублей**.

По всем программам в 2019 г. необходимо будет сделать более точные расчеты и предусмотреть названные средства с 2020 по 2024 г. Далее база финансирования здравоохранения должна сохраняться на уровне **не ниже 2024 г., или 5% ВВП**. Только при таких условиях возможно увеличение ОПЖ до 77 лет к 2024 г., повышение удовлетворенности населения и медицинских работников, а значит, и снижение напряженности в обществе.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

Базы данных

1. Европейская база данных о смертности / WHO Mortality Database [Электронный ресурс]. — Режим доступа: http://apps.who.int/healthinfo/statistics/mortality/whodpms/

2. ЕМИСС / база данных Росстата [Электронный ресурс]. — Режим доступа: https://fedstat.ru/

3. Здоровье для всех / база данных ВОЗ [Электронный ресурс]. — Режим доступа: https://gateway.euro.who.int/ru/hfa-explorer/

4. Росстат [Электронный ресурс]. — Режим доступа: http://www.gks.ru/

5. Healthy People 2020 Database [Электронный ресурс]. — Режим доступа: https://www.healthypeople.gov/2020/data-search/About-the-Data

6. OECD.Stat / база данных ОЭСР [Электронный ресурс]. — Режим доступа: https://stats.oecd.org/

Официальные документы

1. Государственная программа РФ «Развитие здравоохранения», утверждена постановлением Правительства РФ от 15.04.2014 № 294.

2. Государственный доклад о реализации государственной политики в сфере охраны здоровья за 2014–2016 гг. / Минздрав России.

3. Доклад Государственного совета РФ «Повышение эффективности системы лекарственного обеспечения в РФ».

4. Доклады о реализации Программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи в 2007–2014 гг.

5. Доклады Росздравнадзора «Об осуществлении государственного контроля (надзора) в сфере охраны здоровья граждан и об эффективности такого контроля (надзора)» за 2013–2018 гг.

6. Методические указания по порядку и типовой форме заключения соглашения между руководителем федерального проекта и руководителем регионального проекта о реализации на территории субъекта РФ регионального проекта (утверждены протоколом заседания президиума Совета при Президенте РФ по стратегическому развитию и национальным проектам от 17.12.2018 № 15).

7. Национальные проекты: целевые показатели и основные результаты на основе паспортов национальных проектов, утвержденных президиумом Совета при Президенте РФ по стратегическому развитию и национальным проектам 24.12.2018. — М., 2019.

8. Паспорт Национального проекта «Демография» / Минздрав России. — М., 2019. — 71 с.

9. Паспорт Национального проекта «Здравоохранение» / Минздрав России. — М., 2019. — 55 с.

10. Паспорт федерального проекта «Обеспечение медицинских организаций системы здравоохранения квалифицированными кадрами» / Минздрав России. — М., 2019. — 84 с.

11. Паспорт федерального проекта «Развитие сети национальных медицинских исследовательских центров и внедрение инновационных медицинских технологий» / Минздрав России. — М., 2019. — 58 с.

12. Паспорт федерального проекта «Разработка и реализация программы системной поддержки и повышения качества жизни граждан старшего поколения (Старшее поколение)» / Минздрав России. — М., 2019. — 111 с.

13. Паспорт федерального проекта «Формирование системы мотивации граждан к здоровому образу жизни, включая здоровое питание и отказ от вредных привычек» / Минздрав России. — М., 2019. — 56 с.

14. Письмо Минздрава России от 13.12.2017 № 11-7/10/2-8616 «О формировании и экономическом обосновании территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2018 год и на плановый период 2019 и 2020 годов».

15. Письмо Минздрава России от 21.12.2018 № 11-7/10/1-511 «О формировании и экономическом обосновании территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2019 год и на плановый период 2020 и 2021 годов».

16. Постановление Правительства РФ от 12.10.2017 № 1242 «О разработке, реализации и об оценке эффективности отдельных государственных программ РФ».

17. Постановление Правительства РФ от 08.12.2017 № 1492 «О Программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2018 год и на плановый период 2019 и 2020 годов».

18. Постановление Правительства РФ от 31.10.2018 № 1288 «Об организации проектной деятельности в Правительстве РФ».

19. Постановление Правительства РФ от 10.12.2018 № 1506 «О Программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2019 год и на плановый период 2020 и 2021 годов».

20. Приказ Минздравсоцразвития России от 16.04.2012 № 366н «Об утверждении Порядка оказания педиатрической помощи».

21. Приказ Минздравсоцразвития России от 15.05.2012 № 543н «Об утверждении Положения об организации оказания первичной медико-санитарной помощи взрослому населению».

22. Приказ Минздрава России от 26.06.2014 № 322 «О методике расчета потребности во врачебных кадрах».

23. Приказ Минздрава России от 28.02.2019 № 108н «Об утверждении Правил обязательного медицинского страхования».

24. Приказ Минпромторга РФ от 23.10.2009 № 965 «Об утверждении Стратегии развития фармацевтической промышленности Российской Федерации на период до 2020 г.».

25. Прогноз социально-экономического развития Российской Федерации на период до 2024 года / Министерство экономического развития РФ. — М., 2019. — 95 с.

26. Презентации министра здравоохранения РФ на коллегии Минздрава России за 2012–2018 гг.

27. Стратегия развития здравоохранения РФ на период до 2025 г., утверждена Указом Президента РФ от 06.06.2019 № 254.

28. Указ Президента РФ от 07.05.2018 № 204 «О национальных целях и стратегических задачах развития РФ на период до 2024 г.».

29. Федеральный закон от 12.04.2010 № 61-ФЗ «Об обращении лекарственных средств».

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

31. Федеральный закон от 29.12.2012 № 273-ФЗ «Об образовании в РФ».

32. Федеральный закон от 28.06.2014 № 172-ФЗ «О стратегическом планировании в РФ».

Российские источники информации

1. Аганбегян А.Г. Демографическая драма на пути перспективного развития России // Народонаселение. — 2017. — № 3. — С. 4–23.

2. Демографический ежегодник России: статистический сборник / Росстат. — М., 2001–2017.

3. Доклад о состоянии здравоохранения в мире. Более безопасное будущее: глобальная безопасность в области общественного здравоохранения в XXI в. — Женева: ВОЗ, 2007. — 72 с.

4. Естественное движение населения Российской Федерации: статистический бюллетень / Росстат. — М., 2008–2018.

5. Заболеваемость населения России: статистические материалы / ЦНИИОИЗ Минздрава России. — М., 2008–2018.

6. Здравоохранение в России: статистический сборник / Росстат. — М., 2001–2017.

7. Какорина Е.П., Александрова Г.А., Поликарпов А.В. и др. Алгоритмы расчета основных показателей деятельности медицинских организаций: методические рекомендации. — М.: ГЭОТАР-Медиа, 2016. — 400 с.

8. Медико-демографические показатели Российской Федерации: статистические материалы / ЦНИИОИЗ Минздрава России. — М., 2010–2018.

9. Официальный сайт Казначейства РФ [Электронный ресурс]. — Режим доступа: https://roskazna.ru/

10. Официальный сайт Министерства здравоохранения РФ [Электронный ресурс]. — Режим доступа: https://www.rosminzdrav.ru/

11. Официальный сайт ФГБУ «Центральный научно-исследовательский институт организации и информатизации здравоохранения» Минздрава России [Электронный ресурс]. — Режим доступа: https://mednet.ru/

12. Ресурсы и деятельность медицинских организаций здравоохранения. Коечный фонд (оборот койки и летальность): статистические материалы / ЦНИИОИЗ Минздрава России. — М., 2008–2019.

13. Ресурсы и деятельность медицинских организаций здравоохранения. Коечный фонд (средняя занятость и средняя длительность пребывания пациента на койке в году): статистические материалы / ЦНИИОИЗ Минздрава России. — М., 2008–2019.

14. Ресурсы и деятельность медицинских организаций здравоохранения. Коечный фонд (число и обеспеченность населения койками различных специальностей): статистические материалы / ЦНИИОИЗ Минздрава России. — М., 2008–2019.

15. Ресурсы и деятельность медицинских организаций здравоохранения. Медицинские кадры: статистические материалы / ЦНИИОИЗ Минздрава России. — М., 2008–2019.

16. Ресурсы и деятельность медицинских организаций здравоохранения. Основные показатели здравоохранения: статистические материалы / ЦНИИОИЗ Минздрава России. — М., 2008–2019.

17. Ресурсы и деятельность медицинских организаций здравоохранения. Средний медицинский персонал: статистические материалы / ЦНИИОИЗ Минздрава России. — М., 2008–2019.

18. Сельское здравоохранение в России: статистические материалы / ЦНИИОИЗ Минздрава России. — М., 2005–2018.

19. Улумбекова Г.Э., Гиноян А.Б., Чабан Е.А. Количественный анализ факторов, влияющих на состояние здоровья населения в Российской Федерации // Медицинское образование и профессиональное развитие. — 2016. — № 2. — С. 107–120.

20. Улумбекова Г.Э. Здравоохранение РФ. Что надо делать. — 2-е изд. — М.: ГЭОТАР-Медиа, 2015. — 704 с.

21. Улумбекова Г.Э. Здравоохранение России. Что надо делать: научное обоснование «Стратегии развития здравоохранения РФ до 2020 г.». — М.: ГЭОТАР-Медиа, 2010. — С. 88.

22. Фармацевтический рынок. Годовой отчет за 2012–2018 гг. / DSM Group. — М., 2013–2019.

23. Хабриев Р.У., Шипова В.М., Гаджиева С.М. Комментарии к нормам труда в здравоохранении. — М.: ГЭОТАР-Медиа, 2017. — 144 с.

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

25. Численность населения Российской Федерации по полу и возрасту: статистический бюллетень / Росстат. — М., 2009–2018.

26. Шишкин С.В., Шейман И.М., Потапчик Е.Г., Понкратова О.Ф. Анализ состояния страховой медицины в России и перспектив ее развития. — М.: НИУ ВШЭ, 2019. — 94 с. [Электронный ресурс]. — Режим доступа: https://www.oprf.ru/files/1_2019dok/doklad_OMS22042019.pdf

Иностранные источники информации

1. About NHS patient surveys [Электронный ресурс]. — Режим доступа: http://www.nhssurveys.org/

2. Administrative spending in OECD health care systems: Where is the fat and can it be trimmed? // Tackling Wasteful Spending on Health. — January 2017. — P. 229–264. [Электронный ресурс]. — Режим доступа: https://www.researchgate.net/publication/312344599

3. Adult Inpatient Survey: Quality and Methodology Report, Care Quality Commission // NHS Patient Survey Programme. — 2016. — 30 p.

4. Aiken L.H., Clarke S.P. et al. Hospital nurse staffing and patient mortality, nurse burnout, and job dissatisfaction // American Medical Association (JAMA). — October, 2002. — Volume 288. — N. 16. [Электронный ресурс]. — Режим доступа: https://medschool.ucsd.edu/som/hear/resources/Documents/nurse%20burnout%20jama.pdf

5. Altschuler J., Margolius D., Bodenheimer T., Grumbach K. Estimating a Reasonable Patient Panel Size for Primary Care Physicians With Team Based Task

Delegation // Annals of family medicine. — September-October, 2012. — Vol. 10. — N. 5. — P. 396–400.

6. Association of Primary Care Physician Supply With Population Mortality in the United States, 2005–2015 // JAMA. — February 2019. [Электронный ресурс]. — Режим доступа: https://ama.silverchair-cdn.com/journals/jamainternalmedicine/newonline

7. Belloni A., Morgan D., Paris V. Pharmaceutical expenditure and policies: past trends and future challenges // OECD Health Working Paper N. 87. — Paris, 2016. [Электронный ресурс]. — Режим доступа: http://dx.doi.org/10.1787/5jm0q1f4cdq7-en

8. Berwick D. Connecting finance and quality. Healthcare Financial Management. — October 2008. — P. 53–55.

9. Champagn F., Guisset A.-L., Veillard J., Trabut I. The Performance Assessment Tool for Quality Improvement in Hospitals (PATH project), a general description. — April, 2005. — 117 p.

10. Catlin B., Jovaag A. et al. County Health Rankings Key Findings 2014 / University of Wisconsin Population Health Institute. — 11 p. [Электронный ресурс]. — Режим доступа: https://www.countyhealthrankings.org/sites/default/files/2014%20County%20Health%20Rankings%20Key%20Findings.pdf

11. Centers for Medicare and Medicaid Services [Электронный ресурс]. — Режим доступа: https://www.cms.gov

12. Crossing the global quality chasm: Improving health care worldwide // National Academies of Sciences, Engineering, and Medicine. Washington: The National Academies Press, 2018. [Электронный ресурс]. — Режим доступа: https://doi.org/10.17226/25152

13. Detiček A., Locatelli I., Kos M. Patient Access to Medicines for Rare Diseases in European Countries // Elsevier. — May, 2018. — Vol. 21, Issue 5. — P. 553–560.

14. Estimating Health Care-Associated Infections and Deaths in U.S. Hospitals, 2011 [Электронный ресурс]. — Режим доступа: http://www.cdc.gov/HAI/surveillance/

15. Find a Gold Seal Health Care Organization [Электронный ресурс]. — Режим доступа: https://www.qualitycheck.org/

16. Groene O., Skau J.K.H., Frolich A. An international review of projects on hospital performance assessment // International Journal for Quality in Health Care. — 2008. — P. 1–10.

17. Guidelines for ATC classification and DDD assignment 2019 / WHO Collaborating Centre for Drug Statistics Methodology. — Norway, 2018. — 283 p.

18. Health at a Glance 2015 // OECD Indicators, OECD Publishing. — Paris, 2015. — 216 p.

19. Health at a Glance 2017: OECD indicators // OECD Publishing. — Paris, 2018. — 220 p. [Электронный ресурс]. — Режим доступа: http://dx.doi.org/10.1787/health_glance-2017-en

20. Hirose K., Czepulis-Rutkowska Z. Challenges in Long-term Care of the Elderly in Central and Eastern Europe / International Labour Organization. — Budapest, 2016. — 37 p. [Электронный ресурс]. — Режим доступа: https://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---europe/---ro-geneva/---sro-budapest/documents/publication/wcms_532427.pdf

21. Hospital Consumer Assessment of Healthcare Providers of Systems [Электронный ресурс]. — Режим доступа: http://www.hcahpsonline.org

22. James B.C., Poulsen G.P. The case for capitation // Harvard Business Review. — 2016. [Электронный ресурс]. — Режим доступа: https://hbr.org/2016/07/the-case-for-capitation

23. Jones R. Volatility in bed occupancy for emergency admissions // British Journal of Healthcare Management. — 2011. — Vol. 17. — N. 9. — P. 424–430.

24. Pharmaceutical Innovation and Access to Medicines / OECD Publishing. — Paris, 2018. [Электронный ресурс]. — Режим доступа: https://doi.org/10.1787/9789264307391-en

25. Raffoul M., Moore M., Kamerow D., Bazemore A. A Primary Care Panel Size of 2500 Is neither Accurate nor Reasonable // JABFM. — July-August 2016. — Vol. 29. — N. 4. — P. 496–499.

26. Santana P., Freitas A., Costa C. et al. Atlas of Population Health in European Union Regions. — Imprensa da Universidade, November 2017 [Электронный ресурс]. — Режим доступа: https://www.researchgate.net/publication/321361767_Atlas_of_Population_Health_in_European_Union_Regions

27. Tackling healthcare associated infections through effective policy action. — London: British Medical Association, 2009. — 44 p.

28. The Official U.S. Government Site for Medicare [Электронный ресурс]. — Режим доступа: https://www.medicare.gov/

29. The pharmaceutical industry and global health facts and figures 2017 // International Federation of Pharmaceutical Manufacturers & Associations. — February, 2017. — 86 p. [Электронный ресурс]. — Режим доступа: https://www.ifpma.org/wp-content/uploads/2017/02/IFPMA-Facts-And-Figures-2017.pdf

30. The Pharmaceutical Industry in Figures, 2018: key data / EFPIA. — 28 p. [Электронный ресурс]. — Режим доступа: https://www.efpia.eu/media/361960/efpia-pharmafigures2018_v07-hq.pdf

31. The Watson Health 100 Top Hospitals program [Электронный ресурс]. — Режим доступа: http://www.100tophospitals.com/

32. Top Hospitals [Электронный ресурс]. — Режим доступа: http://www.healthgrades.com/quality/top-hospitals-2013

33. U.S. News Hospitals Rankings and Ratings [Электронный ресурс]. — Режим доступа: https://health.usnews.com/best-hospitals

34. WHO Collaborating Centre for drug statistics methodology [Электронный ресурс]. — Режим доступа: https://www.whocc.no/use_of_atc_ddd/

35. WHO report on surveillance of antibiotic consumption: 2016–2018 early implementation. — Geneva: World Health Organization, 2018. — P. 27–28.

Иностранные источники по вопросам охраны здоровья населения в отдаленных и труднодоступных территориях

1. Barer M.L., Stoddart G.L. Improving Access to Needed Medical Services in Rural and Remote Canadian Communities: Recruitment and Retention Revisited // Territorial Advisory Committee on Health Human Resources. — June, 1999. — P. 43.

2. Bosco C., Oandasan I. Review of Family Medicine Within Rural and Remote Canada: Education, Practice, and Policy // The College of Family Physicians of Canada. — 2016. — 59 p.

3. Bourke L., Humphreys J.S. et al. Understanding rural and remote health: A framework for analysis in Australia // Elsevier, Health and Place. — 2012. — Vol. 18. — P. 496–503.

4. Enhancing health services in remote and rural communities of British Columbia. — April, 2002. — P. 26.

5. Healthcare Access in Rural Communities [Электронный ресурс]. — Режим доступа: https://www.ruralhealthinfo.org/topics/healthcare-access

6. Humphreys J., Wakerman J. Primary health care in rural and remote Australia: achieving equity of access and outcomes through national reform. — P. 28.

7. Liaw S.T., Kilpatrick S. A textbook of Australian Rural Health // ARHEN. — 2008. — P. 265.

8. Loue S. Handbook of Rural Health. — New-York: Springer Science+Business Media, 2001. — 370 p.

9. MacKinney A.C., Coburn A.F., MacKinney A.C. et al. Access to Rural Health Care — A Literature Review and New Synthesis // RUPRI Health Panel. — 2014. — 22 p.

10. Mack M., Maxwell H. et al. Being Rural: exploring sustainable solutions for remote and rural healthcare // RCGP Scotland Policy Paper. — August, 2014. — P. 31.

11. Mitton C., Dionne F. et al. Innovations in health service organization and delivery in northern rural and remote regions: a review of the literature // International Journal of Circumpolar Health. — 2011. — Vol. 70. — N. 5. — P. 460–472.

12. Rechela B., Džakulab A., Duranc A. et al. Hospitals in rural or remote areas: An exploratory review of policies in 8 high-income countries // Elsevier, Healthy Policy. — 2016. — Vol. 120. — P. 758–769.

13. Rural and Northern Health Care Framework. Plan / Ministry of Health and Long-Term Care. Ontario. — 85 p.

14. Rural and Remote Health Service Framework / The State of Queensland (Department of Health). — June, 2013. — 27 p.

15. Smith K.B., Humphreys J.S., Wilson M.G.A. Addressing the health disadvantage of rural populations: How does epidemiological evidence inform rural health policies and research? // Australian Journal Rural Health. — 2008. — Vol. 16. — N. 2. — P. 55–66.

16. Strassera R., Neusyb A.J. Context counts: training health workers in and for rural and remote areas // Bulletin of the World Health Organization. — 2010. — P. 13.

17. Telehealth Use in Rural Healthcare [Электронный ресурс]. — Режим доступа: https://www.ruralhealthinfo.org/topics/telehealth

18. Testing New Approaches: Why Rural-specific Demonstration Projects Are Needed [Электронный ресурс]. — Режим доступа: https://www.ruralhealthinfo.org/new-approaches

19. Ware V.-A. Improving the accessibility of health services in urban and regional settings for Indigenous people. — December, 2013. — P. 23.

20. Why Are There So Few Doctors in Rural America? [Электронный ресурс]. — Режим доступа: http://www.theatlantic.com/health/archive/2014/08/why-wont-doctors-move-to-rural-america/379291/

Научное издание

Улумбекова Гузель Эрнстовна

ЗДРАВООХРАНЕНИЕ РОССИИ

Что надо делать

Состояние и предложения: 2019–2024 гг.

3-е издание

Зав. редакцией *А.В. Андреева*
Руководитель производственного отдела *З.С. Люманова*
Выпускающий редактор *Е.А. Мартынова*
Корректоры *Н.Н. Ширяева, Е.А. Бакаева, Е.В. Селиверстова, Т.М. Багдаева*
Компьютерная верстка *Е.Ю. Назарова, И.М. Тригуб*
Дизайн обложки *В.А. Яблоков*
Технолог *Ю.В. Поворова*

Подписано в печать 05.09.2019. Формат 70×100 $^{1}/_{16}$.
Бумага офсетная. Печать офсетная.
Объем 33,7 усл. печ. л. Тираж 1500 экз. Заказ №

ООО Издательская группа «ГЭОТАР-Медиа».
115035, Москва, ул. Садовническая, д. 11, стр. 12.
Тел.: (495) 921-39-07.
E-mail: info@geotar.ru; http://www.geotar.ru.

Отпечатано в ООО «ИПК Парето-Принт»,
170546, Тверская область, Промышленная зона Боровлёво-1,
комплекс № 3 «А».

ISBN 978-5-9704-5417-6

Улумбекова Гузель Эрнстовна, д-р мед. наук, MBA в области управления здравоохранением (Гарвардский университет, Harvard T.H. Chan School of Public Health), руководитель Высшей школы организации и управления здравоохранением (ВШОУЗ-КМК).

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), главный редактор руководства «Повышение качества медицинской помощи и безопасности пациентов в медицинских организациях» (2016). Тема докторской диссертации — «Научное обоснование направлений развития здравоохранения РФ на среднесрочный период» (2014).

С 2013 г. организовывала разработку и внедрение системы НМО в стране, в том числе объединяла работу научных клинических центров РАН и профессиональных медицинских обществ по данному направлению. С 2015 г. по настоящее время является экспертом Центрального штаба Общероссийского народного фронта (ОНФ).

В 2015 г. Г.Э. Улумбековой основана Высшая школа организации и управления здравоохранением — уникальный научно-методический, экспертный и образовательный центр в сфере организации здравоохранения и общественного здоровья. ВШОУЗ-КМК ежегодно организует крупнейший международный форум «Оргздрав: эффективное управление медицинской организацией» (с 2013 г.), который объединяет более 500 руководителей отрасли; проводит инновационный курс повышения квалификации для организаторов здравоохранения, разрабатывает стратегии развития региональных систем здравоохранения; выпускает журнал «Оргздрав: новости, мнения, обучение. Вестник ВШОУЗ». В 2016–2019 гг. по поручению организаторов Петербургского международного экономического форума Г.Э. Улумбекова выступила модератором и спикером более 10 тематических сессий.

В 2018 г. в целях исполнения Указа Президента от 7 мая 2018 г. № 204 Г.Э. Улумбекова предложила руководству РАН систему проектного управления по достижению целевого значения ОПЖ — 78 лет к 2024 г., координировала разработку научно-клинических программ для формирования Национальных проектов «Здравоохранение» и «Демография», разработала методику и рассчитала показатели снижения смертности по каждой из программ, а также сценарные условия достижения целей, внесла предложения по доработке проектов «Старшее поколение» и «Национальные медицинские центры». В настоящее время координирует работу межведомственного Совета РАН, утвержденного Президиумом РАН, по разработке Национальной лекарственной политики на период 2020–2030 гг., где непосредственно отвечает за макроэкономические расчеты и научное обоснование программы по разработке инновационных лекарств.

Награждена благодарностями Президента РФ (1996 г. и 2018 г.).

ISBN 978-5-9704-5417-6