

ОРГЗДРАВ

НОВОСТИ • МНЕНИЯ • ОБУЧЕНИЕ

Вестник ВШОУЗ

журнал для непрерывного
медицинского образования по специальности
«организация здравоохранения
и общественное здоровье»

№ 3 (13), 2018

HEALTHCARE MANAGEMENT:
news, views, education

Bulletin of VSHOUZ



ИЗДАТЕЛЬСКАЯ ГРУППА
«ГЭОТАР-Медиа»

ОРГЗДРАВ

НОВОСТИ • МНЕНИЯ • ОБУЧЕНИЕ
Вестник ВШОУЗ

Журнал издается совместно с Высшей школой организации и управления здравоохранением (ВШОУЗ) и Ассоциацией профессиональных медицинских обществ по качеству медицинской помощи и медицинского образования (АСМОК)

№ 3 (13), 2018

Тема номера:

Какими быть национальным программам «Здравоохранение» и «Демография»?

Главный редактор

Улумбекова Гузель Эрнстовна (Москва)

Редакционная коллегия

Быковская Т.Ю. (Ростов-на-Дону)	Стародубов В.И. (Москва)
Вафин А.Ю. (Казань)	Хабриев Р.У. (Москва)
Комаров Ю.М. (Москва)	Хальфин Р.А. (Москва)
Линденбратен А.Л. (Москва)	Хайруллин И.И. (Москва)
Москвичева М.Г. (Челябинск)	Черепов В.М. (Москва)
Прохоренко Н.Ф. (Москва)	

Ответственный секретарь редакции

Акбердиева Елена, orgzdrav2015@mail.ru

Научно-практический рецензируемый журнал
ОРГЗДРАВ: новости, мнения, обучение.
Вестник ВШОУЗ

Scientific and practical peer-reviewed journal
HEALTHCARE MANAGEMENT: news, views, education.
Bulletin of VSHOUZ

Свидетельство о регистрации средства массовой информации: ПИ № ФС77-70210 от 30.06.2017.

Журнал выходит 1 раз в 3 месяца.

Редакция журнала доводит до сведения читателей, что в издании соблюдаются принципы международной организации «Комитет по издательской этике» (Committee On Publication Ethics – COPE).

Все права защищены. Никакая часть издания не может быть воспроизведена без согласия редакции.

При перепечатке публикаций с согласия редакции ссылка на журнал «ОРГЗДРАВ: новости, мнения, обучение. Вестник ВШОУЗ» обязательна. Мнение редакции может не совпадать с мнением авторов.

Ответственность за содержание рекламных материалов несут рекламодатели.

Адрес редакции: 119121, г. Москва, ул. Плющиха, д. 26/2.

Электронная версия журнала и правила для авторов размещены на сайте: <http://orgzdrav.vshouz.ru>.

Подписной индекс:

93587 (каталог Агентства «Пресса России»)

Издатель

Издательская группа «ГЭОТАР-Медиа»
115035, г. Москва,
ул. Садовническая, д. 11, стр. 12
Телефон: (495) 921-39-07
www.geotar.ru

Верстка: Килимник А.И.

Корректор: Макеева Е.И.

Выпускающий редактор:

Попова Ольга, popova@geotar.ru

Подписано в печать 14.09.2018.

Тираж 1000 экземпляров.

Формат 70 x 100 ¹/₁₆.

Печать офсетная. Печ. л. 5.

Отпечатано в типографии ЗАО «Новые печатные технологии»: 115201, г. Москва, 2-й Котляковский пер., вл. 18.

Заказ № 2098.

© 000 Издательская группа «ГЭОТАР-Медиа», 2018.

СОДЕРЖАНИЕ

4 ОТ РЕДАКЦИИ

АКТУАЛЬНО СЕГОДНЯ

- 5 **О национальных целях и стратегических задачах развития Российской Федерации на период до 2024 г. (из Указа Президента РФ от 7 мая 2018 г. № 204)**

- 7 **Национальный проект «Здравоохранение»**

- 21 *Улумбекова Г.Э., Калашникова А.В.*

Концепция федерального проекта «Обеспечение шаговой доступности медицинской помощи»

- 41 **Предложения Общероссийского народного фронта в паспорт федерального проекта «Здоровый образ жизни»**

ИНТЕРВЬЮ

- 59 *Али Кевин*

Здоровые устремления

ЭФФЕКТИВНОЕ УПРАВЛЕНИЕ

- 62 *Югай М.Т., Панкевич В.И.*

Роль неэкономических стимулов в системе мотивации медицинских работников государственных медицинских организаций

CONTENT

4 EDITORIAL

ACTUALLY TODAY

- 5 **On national goals and strategic tasks of development of the Russian Federation for the period up to 2024 (from the President's Decree RF of May 7, 2018 N 204)**

- 7 **National Project "Healthcare"**

- 21 *Ulumbekova G.E., Kalashnikova A.V.*

The concept of the federal project "Increasing the accessibility of nearby medical car"

- 41 **Offers of the All-Russian People's Front in the passport of the federal project "Healthy lifestyle"**

INTERVIEW

- 59 *Ali Kevin*

Healthy aspirations

EFFECTIVE MANAGEMENT

- 62 *Yugay M.T., Pankevich V.I.*

The role of non-economic motivation in motivation system of medical staff in public medical organizations

Уважаемые читатели!

В последние несколько месяцев основным приоритетом в работе экспертов по общественному здоровью и организации здравоохранения стала напряженная работа по формированию предложений в проекты национальных программ «Здравоохранение» и «Демография». Специалисты Высшей школы организации и управления здравоохранением (ВШОУЗ) принимали непосредственное участие в работе двух дискуссионных платформ – Общероссийского народного фронта и Российской академии наук.

И это было не только представление своей точки зрения. Нам доверили модерацию экспертных совещаний, а также итоговое обобщение мнений их участников по всем темам предполагаемых федеральных проектов, которые и будут являться частями национальных программ. Кроме выделения основных направлений и задач детально проработаны необходимые для их выполнения мероприятия и целевые показатели в динамике их достижения по годам. Результаты этой работы были оформлены в формате, максимально облегчающем их использование при подготовке финальных версий программ, и представлены в Министерство здравоохранения РФ и Министерство труда и социальной защиты РФ.

Отрадно видеть, что многие наши предложения вошли в проекты министерств полностью, некоторые – в несколько измененном виде. Ряд задач и мероприятий, к сожалению, в эти проекты не попали. Мы глубоко уверены, что конечный результат реализации программ определяется четкой научно обоснованной логикой предложенных преобразований, гармонией взаимосвязи мероприятий по смежным вопросам, технологическими деталями реализации, творческим подходом и степенью внутренней мотивации всех участвующих сторон.

В этом номере журнала мы начинаем серию публикаций о разработанных нами и с нашим участием проектах, для того чтобы услышать ваше мнение. Большинство наших предложений основано на многолетнем международном опыте реализации подобных проектов в разных странах. Однако очень важны региональные особенности, нюансы правоприменения в рамках существующей нормативной базы и учет характерологических особенностей населения и работников отраслей – основных исполнителей программ.

Не пожалейте времени. Вчитайтесь в каждое слово предлагаемых мер, представьте, как это все будет реализовываться и к чему приведет в вашем регионе, с какими трудностями вам предстоит встретиться. Все предложения можете присылать на электронный адрес medsovet@vshouz.ru с темой «Федеральные проекты – 2018». Не забывайте только указывать ваши контактные данные, для того чтобы мы смогли уточнить детали.

Коллективный разум победит!

Г.Э. Улумбекова,

доктор медицинских наук, диплом MBA Гарвардского университета (Бостон, США), руководитель Высшей школы организации и управления здравоохранением (ВШОУЗ), председатель правления Ассоциации медицинских обществ по качеству медицинской помощи и медицинского образования (АСМОК), доцент кафедры общественного здоровья и здравоохранения, экономики здравоохранения педиатрического факультета ФГБОУ ВО «Российский национальный исследовательский медицинский университет им. Н.И. Пирогова» Минздрава России (Москва)

Н.Ф. Прохоренко,

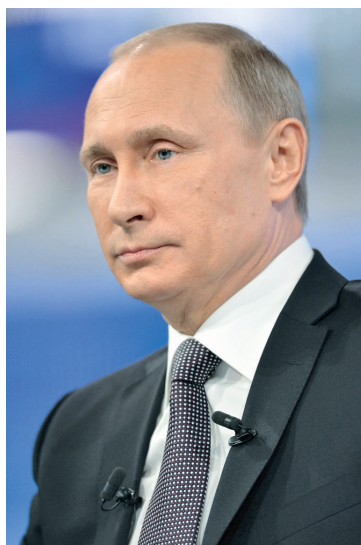
кандидат экономических наук, первый проректор Высшей школы организации и управления здравоохранением (ВШОУЗ)

О национальных целях и стратегических задачах развития Российской Федерации на период до 2024 г. (из Указа Президента РФ от 7 мая 2018 г. № 204)

В Указе Президента РФ В.В. Путина от 7 мая 2018 г. № 204 определены национальные цели и стратегические задачи развития России на период до 2024 г.

Программы по демографии и здравоохранению должны обеспечить достижение следующих целевых показателей:

- обеспечение устойчивого естественного роста численности населения Российской Федерации;
- повышение ожидаемой продолжительности жизни до 78 лет (к 2030 г. – до 80 лет);
- увеличение суммарного коэффициента рождаемости до 1,7;
- увеличение доли граждан, ведущих здоровый образ жизни, а также увеличение до 55% доли граждан, систематически занимающихся физической культурой и спортом;
- снижение показателей смертности населения трудоспособного возраста (до 350 случаев на 100 тыс. населения), смертности от болезней системы кровообращения (до 450 случаев на 100 тыс. населения), смертности от новообразований, в том числе от злокачественных (до 185 случаев на 100 тыс. населения), младенческой смертности (до 4,5 случая на 1000 родившихся детей);
- ликвидация кадрового дефицита в медицинских организациях, оказывающих первичную медико-санитарную помощь;



<http://kremlin.ru/events/president/news/49261/photos>

- охват всех граждан профилактическими медицинскими осмотрами не реже 1 раза в год;
- обеспечение оптимальной доступности для населения (в том числе для жителей населенных пунктов, расположенных в отдаленных местностях) медицинских организаций, оказывающих первичную медико-санитарную помощь;
- оптимизация работы медицинских организаций, оказывающих первичную медико-санитарную помощь, сокращение време-

ни ожидания в очереди при обращении граждан в указанные медицинские организации, упрощение процедуры записи на прием к врачу.

Для этого необходимо решить ряд задач, в том числе:

- увеличение ожидаемой продолжительности здоровой жизни до 67 лет;
- формирование системы мотивации граждан к здоровому образу жизни, включая здоровое питание и отказ от вредных привычек;
- завершение формирования сети медицинских организаций первичного звена здравоохранения с использованием геоинформационной системы в сфере здравоохранения с учетом необходимости строительства врачебных амбулаторий, фельдшерских и фельдшерско-акушерских пунктов в населенных пунктах с численностью населения от 100 до 2000 человек, а также с учетом использования мобильных медицинских комплексов в населенных пунктах с численностью населения менее 100 человек;
- завершение формирования сети Национальных медицинских исследовательских центров;

- создание механизмов взаимодействия медицинских организаций на основе единой государственной информационной системы в сфере здравоохранения;
- внедрение инновационных медицинских технологий, включая систему ранней диагностики и дистанционный мониторинг состояния здоровья пациентов;
- обеспечение медицинских организаций системы здравоохранения квалифицированными кадрами, включая внедрение системы непрерывного образования медицинских работников, в том числе с использованием дистанционных образовательных технологий;
- внедрение клинических рекомендаций и протоколов лечения и их использование в целях формирования тарифов на оплату медицинской помощи;
- разработка и реализация программ борьбы с онкологическими и сердечно-сосудистыми заболеваниями, развития детского здравоохранения, включая создание современной инфраструктуры оказания медицинской помощи детям.

*Полный текст Указа Президента РФ
№ 204 от 07.08.2018*

см.: <http://www.kremlin.ru/acts/bank/43027>

Национальный проект «Здравоохранение»

Национальная программа «Здравоохранение» является одной из двух основных национальных программ (наряду с программой «Демография») социальной направленности, которые призваны обеспечить достижение приоритетной национальной цели развития РФ – увеличение ожидаемой продолжительности жизни граждан РФ до 78 лет. Указом Президента РФ от 7 мая 2018 г. «О национальных целях и стратегических задачах развития Российской Федерации на период до 2024 года» определены также направления достижения этих целей.

В отношении системы здравоохранения направления приоритетных воздействий отдельных федеральных проектов составили 2 группы: клинические и организационные проекты. Первые представляют комплекс мер по наиболее важным клиническим службам, вторые должны создать необходимые условия управления системой оказания медицинской помощи, без которых невозможно достижение целевых показателей клинических проектов.

Базовые предложения по организационным федеральным проектам выработаны специалистами Высшей школы организации и управления здравоохранением (ВШОУЗ). Ответственной за их формирование была руководитель ВШОУЗ, доктор медицинских наук Г.Э. Улумбекова. Она же стала модератором экспертных групп по клиническим проектам на базе Общероссийского народного фронта и Российской академии наук, осуществляя организационное и методическое руководство ходом соответствующей работы. Эти предложения переданы в Министерство здравоохранения РФ за месяц до представления ведомством своих вариантов проектов.

Предлагаем вам ознакомиться с текущим результатом работы по подготовке предложений в национальную программу «Здравоохранение».

Редакция журнала

National Project "Healthcare"

That are intended to ensure achievement of the priority national goal of the Russian Federation's development – an increase in the Russian citizens life expectancy at birth up to 78 years. By the RF Presidential Decree of 7 May 2018 "On national goals and strategic tasks for the development of the Russian Federation for the period until 2024" the directions for achieving these goals are also defined.

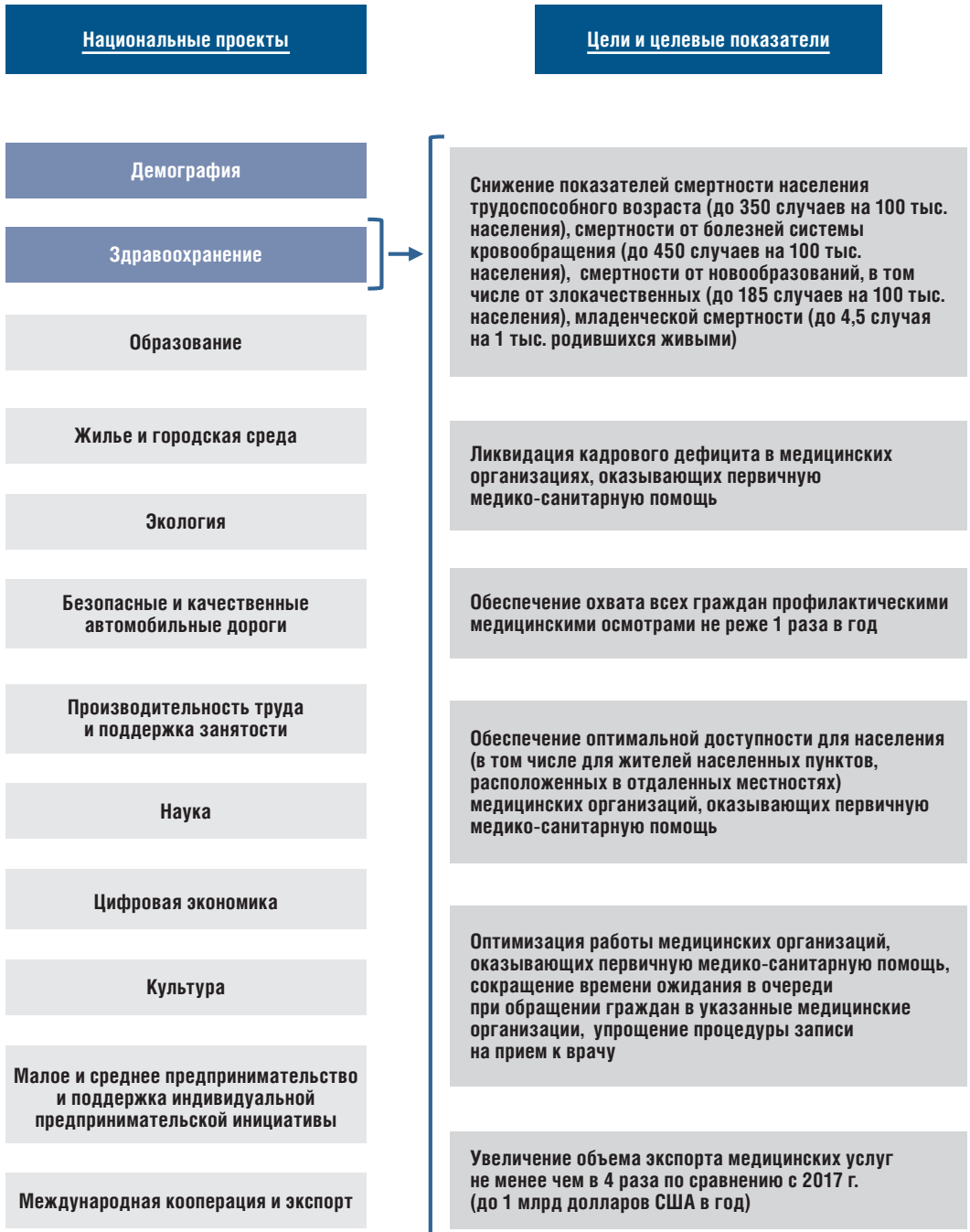
As for National Healthcare system the directions of priority actions of different federal projects were divided into two groups: clinical and organizational projects. The first represent comprehensive set of measures for the most important clinical services, the second should create required conditions for treatment delivery system management, without which it is impossible to achieve target values of clinical projects.

Base proposals for organizational federal projects are developed by specialists of the Higher School of Healthcare Organization and Management (VSHOUZ). Responsible for their organization was the VSHOUZ head, holder of post-doctoral degree in medicine G.E. Ulumbekova. She also became a moderator of expert groups on clinical projects on basis of All-Russia People's Front and Russian Academy of Sciences, carrying out organizational and methodological guidance of the relevant work progress. These proposals were submitted to the Ministry of Health of the Russian Federation one month before the agency submitted its alternative projects.

We invite you to familiarize yourself with current result of work on formulation of proposals for the «Healthcare» national program.

Editorial Board

Указ Президента Российской Федерации от 07.05.2018 № 204
«О национальных целях и стратегических задачах развития Российской Федерации на период до 2024 года»



НАЦИОНАЛЬНЫЙ ПРОЕКТ «ЗДРАВООХРАНЕНИЕ»

Цель: повышение к 2024 г. ожидаемой продолжительности жизни при рождении до 78 лет (к 2030 г. — до 80 лет)

ФЕДЕРАЛЬНЫЕ ПРОЕКТЫ

Развитие системы оказания первичной медико-санитарной помощи

Т.В. Яковлева

Обеспечение медицинских организаций системы здравоохранения квалифицированными кадрами

Т.В. Яковлева

Борьба с сердечно-сосудистыми заболеваниями

Т.В. Яковлева

Методическое руководство национальными медицинскими исследовательскими центрами

С.А. Краввой

Борьба с онкологическими заболеваниями

Т.В. Яковлева

Создание единого цифрового контура в здравоохранении на основе единой государственной информационной системы здравоохранения (ЕГИСЗ)

Н.А. Хорова

Развитие детского здравоохранения, включая создание современной инфраструктуры оказания медицинской помощи детям

Т.В. Яковлева

Развитие экспорта медицинских услуг

О.О. Салагай

ОСНОВНЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ

- Снижение смертности населения трудоспособного возраста с 473,4 в 2017 г. до 350 случаев на 100 тыс. населения в 2024 г. (на 26%).
- Снижение смертности от болезней системы кровообращения с 587,6 в 2017 г. до 450 случаев на 100 тыс. населения в 2024 г. (на 23,4%).
- Снижение смертности от новообразований, в том числе от злокачественных с 200,6 случаев в 2017 г. до 185 случаев на 100 тыс. населения (на 7,8%).
- Снижение младенческой смертности с 5,6 в 2017 г. до 4,5 случая на 1 тыс. родившихся детей в 2024 г. (на 19,6%).

Паспорт национального проекта «Здравоохранение»

Основные положения

Краткое наименование национального проекта	Здравоохранение	Срок начала и окончания: 01.10.2018–31.12.2024
Куратор национального проекта	Т.А. Голикова – заместитель Председателя Правительства Российской Федерации	
Руководитель национального проекта	В.И. Скворцова – министр здравоохранения Российской Федерации	
Администратор национального проекта	Н.А. Хорова – заместитель министра здравоохранения Российской Федерации	

План-график работы по формированию и согласованию проектов региональных паспортов, направленных на реализацию национальных и федеральных проектов

№ п/п	Дата	Мероприятие	Основание
1	17–27 июля	Подготовка субъектами Российской Федерации проектов паспортов регионального уровня по реализации национального проекта «Здравоохранение» и входящих в его состав федеральных проектов	Телеграмма Минздрава России от 12 июля 2018 г. № НР 13-5/10/2-4528
2	30 июля – 10 августа	Работа с регионами по согласованию проектов паспортов регионального уровня по реализации национального проекта «Здравоохранение» и входящих в его состав федеральных проектов. Доработка паспортов федеральных проектов по результатам предложений от регионов	Протокольное решение по результатам совещания 17 июля 2018 г.
3	13–15 августа	Подготовка пакета документов, включающего проект паспорта национального проекта «Здравоохранение» и федеральных проектов для представления в Правительство Российской Федерации. Проведение (при необходимости) совещания (или) проектного комитета у заместителя Председателя Правительства Российской Федерации Т.А. Голиковой по имеющимся разногласиям с ФОИВ, ЭГ, ОДС или регионами	Письмо Администрации Президента РФ (АПРФ) от 2 июля 2018 г. № 4919п-П6 (п. 9 рекомендуемого плана)
4	15 августа	Представление в Правительство Российской Федерации проекта паспорта национального проекта «Здравоохранение» для утверждения (включая дополнительные и обосновывающие материалы с учетом региональной составляющей) и федеральных проектов для рассмотрения	Подпункт «б» п. 2 поручения Президента РФ от 22 мая 2018 г. № ДМ-П13-2858; абзац 3 п. 7 раздела II протокола президиума Совета от 18 июня 2018 г. № 5; письмо АПРФ от 2 июля 2018 г. № 4919п-П6 (п. 10 рекомендуемого плана)

Цели федерального проекта «Развитие системы оказания первичной медико-санитарной помощи»

1. Завершение формирования сети медицинских организаций первичного звена здравоохранения.
2. Обеспечение оптимальной доступности для населения (в том числе для жителей населенных пунктов, расположенных в отдаленных местностях) медицинских организаций, оказывающих первичную медико-санитарную помощь.
3. Обеспечение охвата всех граждан профилактическими медицинскими осмотрами не реже 1 раза в год.
4. Оптимизация работы медицинских организаций, оказывающих первичную медико-санитарную помощь, сокращение времени ожидания в очереди при обращении граждан в указанные медицинские организации, упрощение процедуры записи на прием к врачу.
5. Увеличение числа дополнительных вылетов, совершаемых санитарной авиацией для эвакуации пациентов по экстренным показаниям.
6. Расширение числа субъектов Российской Федерации, использующих санитарную авиацию.
7. Формирование системы защиты прав пациентов.

Ожидаемые результаты федерального проекта «Развитие системы оказания первичной медико-санитарной помощи»

Достижение результатов федерального проекта позволит построить пациентоориентированную схему оказания первичной медико-санитарной и экстренной помощи

1. Будет создано более 350 новых фельдшерских, фельдшерско-акушерских пунктов, врачебных амбулаторий.
2. В 62 субъектах Российской Федерации будет проведена замена более 1200 фельдшерских, фельдшерско-акушерских пунктов, врачебных амбулаторий.
3. К 2022 г. будут функционировать более 1300 мобильных медицинских комплексов.
4. К 2025 г. охват граждан профилактическими медицинскими осмотрами не реже 1 раза в год составит 90%; число граждан, прошедших профилактические осмотры, составит 132,0 млн человек в год.
5. К 2025 г. доля медицинских организаций, участвующих в создании и тиражировании «Новой модели медицинской организации, оказывающей первичную медико-санитарную помощь», составит 54,5%.
6. В субъектах Российской Федерации будут разработаны стратегии развития санитарной авиации.
7. Будут созданы региональные системы диспетчеризации скорой медицинской помощи (в рамках реализации федерального проекта «Создание единого цифрового контура в здравоохранении на основе Единой государственной информационной системы в сфере здравоохранения (ЕГИСЗ)).
8. Будет построено (реконструировано) не менее 78 вертолетных (посадочных) площадок при медицинских организациях или на расстоянии, соответствующему не более чем 15-минутному доезду на автомобиле скорой медицинской помощи.
9. Ежегодно будет увеличиваться число выполняемых вылетов санитарной авиации в дополнение к вылетам, совершаемым за счет средств бюджетов субъектов Российской Федерации, до 12 500 дополнительных вылетов к 2024 г.
10. Доля лиц, госпитализированных по экстренным показаниям с помощью санитарной авиации в течение первых суток, к 2025 г. составит 90,0%.
11. Охват застрахованных лиц информированием страховыми медицинскими представителями о праве на прохождение профилактического медицинского осмотра к 2025 г. составит 95%.

Федеральный проект «Развитие системы оказания первичной медико-санитарной помощи»

Наименование показателя	Единица измерения	2017 г.	2018 г.	2019 г.	2020 г.	2021 г.	2021 г. к 2017 г., %	2022 г.	2023 г.	2024 г.	2024 г. к 2017 г., %
Число населенных пунктов с численностью населения свыше 100 человек, по данным геоинформационной системы, находящихся вне зоны доступности от медицинской организации или ее структурного подразделения, оказывающих первичную медико-санитарную помощь	Единиц	776	461	101	30	0	-	0	0	0	-
Охват всех граждан профилактическими медицинскими осмотрами	Процент	39,7	39,7	41,8	45,3	56,6	42,6	67,6	78,9	90,0	126,7
Доля медицинских организаций, участвующих в создании и тиражировании «Новой модели медицинской организации, оказывающей первичную медико-санитарную помощь» от общего количества медицинских организаций, оказывающих данный вид помощи	Процент	3,0	5,2	9,2	34,2	36,7	12,2 раза	41,7	48,1	54,5	18,2 раза
Число граждан, прошедших профилактические осмотры	Млн человек	58,4	58,4	61,4	66,5	83,1	42,3	99,3	115,8	132,0	126,0
Доля застрахованных лиц старше 18 лет, проинформированных страховыми медицинскими представителями о праве на прохождение профилактического медицинского осмотра ежегодно	Процент	22,3	49,7	51,8	55,3	66,6	3 раза	77,6	88,9	95,0	4,3 раза
Доля субъектов Российской Федерации, на территории которых открыт офис по защите прав застрахованных лиц каждой страховой медицинской организации	Процент	0	0	45,0	60,0	70,0	-	80,0	90,0	100	-
Доля лиц, госпитализированных по экстренным показаниям в течение первых суток	Процент	74,6	83,5	90,0	90,0	90,0	20,6	90,0	90,0	90,0	20,6

Цели федерального проекта «Борьба с сердечно-сосудистыми заболеваниями»

Снижение смертности от болезней системы кровообращения (до 450 случаев на 100 тыс. населения)

1. Снижение больничной летальности от острого коронарного синдрома (ОКС) до 8%.
2. Снижение больничной летальности от острого нарушения мозгового кровообращения до 14%.
3. Повышение доли рентгенэндоваскулярных вмешательств в лечебных целях, проведенных больным с ОКС, к общему числу выбывших больных, перенесших ОКС, до 60%.
4. Повышение количества рентгенэндоваскулярных вмешательств в лечебных целях, проведенных больным с ОКС, до 332 258.

Основные мероприятия федерального проекта «Борьба с сердечно-сосудистыми заболеваниями»

1. Разработка 85 региональных программ борьбы с сердечно-сосудистыми заболеваниями.
2. Популяционная профилактика развития сердечно-сосудистых заболеваний и их осложнений у пациентов высокого риска.
3. Обеспечение качества оказания медицинской помощи в соответствии с клиническими рекомендациями и протоколами лечения больных с сердечно-сосудистыми заболеваниями.
4. Переоснащение сети региональных сосудистых центров, в том числе оборудованием для ранней медицинской реабилитации.
5. Переоснащение сети первичных сосудистых отделений, в том числе оборудованием для ранней медицинской реабилитации.
6. Дооснащение первичных сосудистых отделений оборудованием для проведения рентгенэндоваскулярных методов лечения.
7. Кадровое обеспечение системы оказания помощи больным сердечно-сосудистыми заболеваниями.

Федеральный проект «Борьба с сердечно-сосудистыми заболеваниями»

Наименование показателя	Единица измерения	2017 г.	2018 г.	2019 г.	2020 г.	2021 г.	2021 г. к 2017 г., %	2022 г.	2023 г.	2024 г.	2024 г. к 2017 г., %
		Смертность от болезней системы кровообращения	На 100 тыс. населения	587,6	565,0	545,0	525,0	505,0	-14,1	485,0	465,0
Больничная летальность от острого коронарного синдрома (ОКС)	Процент	13,2	12,5	11,7	11,0	10,2	-22,7	9,5	8,7	8,0	-39,4
Больничная летальность от острого нарушения мозгового кровообращения	Процент	19,1	18,4	17,6	16,9	16,2	-15,2	15,5	14,7	14,0	-26,7
Доля рентгенэндоваскулярных вмешательств в лечебных целях, проведенных больным с ОКС, к общему числу выбывших больных, перенесших ОКС	Процент	36,0	39,5	43,0	46,5	50,0	38,9	53,5	57,0	60,0	66,7
Количество рентгенэндоваскулярных вмешательств в лечебных целях, проведенных больным с ОКС	Тысяч единиц	199,7	218,7	238,1	257,5	276,9	38,7	296,3	315,6	332,3	66,4

Цели федерального проекта «Борьба с онкологическими заболеваниями»

Снижение смертности от новообразований, в том числе от злокачественных (до 185 случаев на 100 тыс. населения)

1. Повышение доли злокачественных новообразований, выявленных на ранних стадиях (I–II стадии) до 63%.
2. Повышение доли больных со злокачественными новообразованиями, состоящих на учете 5 лет и более до 60%.
3. Снижение показатель одногодичной летальности больных со злокачественными новообразованиями до 17,3%.

Основные мероприятия федерального проекта «Борьба с онкологическими заболеваниями»

1. Разработка 85 региональных программ борьбы с онкологическими заболеваниями.
2. Популяционная профилактика развития онкологических заболеваний.
3. Проведение информационно-коммуникационной кампании, направленной на раннее выявление онкологических заболеваний и повышение приверженности к лечению.
4. Финансовое обеспечение оказания медицинской помощи больным с онкологическими заболеваниями в соответствии с клиническими рекомендациями и протоколами лечения.
5. Организация сети центров амбулаторной онкологической помощи в 85 субъектах Российской Федерации.
6. Переоснащение сети региональных медицинских организаций оказывающих помощь больным онкологическими заболеваниями (диспансеров/больниц) в 85 субъектах Российской Федерации.
7. Развитие сети федеральных медицинских организаций, оказывающих помощь больным онкологическими заболеваниями, в том числе создание федеральных центров протонной терапии.
8. Создание 18 (федеральных и межрегиональных) референс-центров иммуногистохимических, патоморфологических исследований и лучевых методов исследований.
9. Внедрение региональной централизованной системы «Организация оказания медицинской помощи больным онкологическими заболеваниями».
10. Кадровое обеспечение онкологической службы.
11. Новое строительство и реконструкция.

Федеральный проект «Борьба с онкологическими заболеваниями»

Наименование показателя	Единица измерения	2017 г.	2018 г.	2019 г.	2020 г.	2021 г.	2021 г. к 2017 г., %	2022 г.	2023 г.	2024 г.	2024 г. к 2017 г., %
		Смертность от новообразований, в том числе от злокачественных	На 100 тыс. человек	200,6	199,9	199,5	197,0	193,5	-3,5	189,5	187,0
Доля злокачественных новообразований, выявленных на ранних стадиях (I–II стадии)	Процент	55,6	56,8	57,9	59,0	60,1	8,1	61,2	62,3	63,0	13,3
Удельный вес больных со злокачественными новообразованиями, состоящих на учете 5 лет и более	Процент	53,9	54,5	55,0	55,6	56,1	4,1	56,7	57,2	60,0	11,3
Показатель одногодичной летальности больных со злокачественными новообразованиями (умерли в течение первого года с момента установления диагноза из числа больных, впервые взятых на учет в предыдущем году)	Процент	22,5	21,7	21,0	20,2	19,5	-13,3	18,8	18,1	17,3	-23,1

Федеральный проект «Развитие детского здравоохранения, включая создание современной инфраструктуры оказания медицинской помощи детям»

Цель федерального проекта

Снижение младенческой смертности в Российской Федерации до 4,5 на 1000 родившихся живыми путем совершенствования оказания специализированной, в том числе высокотехнологичной, медицинской помощи детям, повышения доступности и качества медицинской помощи на всех этапах ее оказания, а также профилактики заболеваемости.

Основные мероприятия

1. Развитие материально-технической базы детских поликлиник и детских поликлинических отделений медицинских организаций.
2. Развитие ранней диагностики заболеваний органов репродуктивной сферы у детей в возрасте 15–17 лет в рамках проведения профилактических осмотров.
3. Развитие материально-технической базы детских краевых, областных, окружных, республиканских больниц/корпусов.
4. Повышение квалификации медицинских работников в области перинатологии, неонатологии и педиатрии в симуляционных центрах.

Федеральный проект «Развитие детского здравоохранения, включая создание современной инфраструктуры оказания медицинской помощи детям»

Наименование показателя	Единица измерения	2017 г.	2018 г.	2019 г.	2020 г.	2021 г.	2021 г.	2022 г.	2023 г.	2024 г.	2024 г.
							к 2017 г., %				к 2017 г., %
Смертность детей в возрасте 0–1 года	на 1000 родившихся живыми	5,6	5,5	5,4	5,2	5,0	-10,7	4,8	4,6	4,5	-19,6
Смертность детей в возрасте 0–4 года	на 1000 родившихся живыми	7,4	7,1	6,9	6,7	6,5	-12,2	6,3	6,1	5,9	-20,3
Смертность детей в возрасте 0–17 лет, на 100 тыс. детей соответствующего возраста	на 100 000 детей соответствующего возраста	69	67	65	63	61	-11,6	59	57	55	-20,3
Доля посещений детьми медицинских организаций с профилактическими целями	Процент	47,9	48,0	48,5	49,0	49,5	3,3	50,0	50,5	51,0	6,5

Федеральный проект «Обеспечение медицинских организаций системы здравоохранения квалифицированными кадрами»

Цель федерального проекта

Ликвидация кадрового дефицита в медицинских организациях, оказывающих первичную медико-санитарную помощь.

Основные результаты

1. Не менее 2 млн 100 тыс. специалистов (нарастающим итогом) допущено к профессиональной деятельности через процедуру аккредитации специалистов.
2. Число специалистов, совершенствующих свои знания в рамках системы непрерывного медицинского образования, в том числе с использованием дистанционных образовательных технологий, путем освоения дополнительных образовательных программ, разработанных с учетом порядков оказания медицинской помощи, клинических рекомендаций и принципов доказательной медицины, с использованием портала непрерывного медицинского образования составило не менее 1 млн 880 человек.
3. Численность врачей и средних медицинских работников, работающих в государственных и муниципальных медицинских организациях составит не менее 598 тыс. и 1385 тыс. специалистов.

Федеральный проект «Обеспечение медицинских организаций системы здравоохранения квалифицированными кадрами»

Наименование показателя	Единица измерения	2017 г.	2018 г.	2019 г.	2020 г.	2021 г.	2021 г. к 2017 г., %	2022 г.	2023 г.	2024 г.	2024 г. к 2017 г., %
Укомплектованность врачей должностей в подразделениях, оказывающих медицинскую помощь в амбулаторных условиях (физлицами при коэффициенте совместительства 1,2)	Процент	79,7	80,0	81,0	83,0	86,0	7,9	89,0	92,0	95,0	19,2
Укомплектованность должностей среднего медицинского персонала в подразделениях, оказывающих медицинскую помощь в амбулаторных условиях (физлицами при коэффициенте совместительства 1,2)	Процент	88,8	89,0	90,	91,0	92,0	3,6	93,0	94,0	95,0	7,0
Число специалистов, вовлеченных в систему непрерывного образования медицинских работников, в том числе с использованием дистанционных образовательных технологий	Тыс. человек	109	240	350	560	750	6,9 раза	1170	1500	1880	17,3 раза
Укомплектованность участков медицинских организаций, оказывающих первичную медико-санитарную помощь, врачами-терапевтами участковыми, врачами-педиатрами участковыми, врачами общей практики (семейная медицина), физическими лицами	Процент	78,8	80,0	82,0	85,0	88,0	11,7	91,0	95,0	99,0	25,6
Укомплектованность штатных должностей фельдшерско-акушерских (фельдшерских) пунктов средним медицинским персоналом, физическими лицами	Процент	98,3	98,4	98,5	98,7	99,0	0,7	99,3	99,6	100	1,7
Доля специалистов, допущенных к профессиональной деятельности через процедуру аккредитации, от общего количества работающих специалистов	Процент	2,1	6,3	10,5	15,6	40,7	19,4 раза	65,6	90,2	114,7	55 раз
Численность врачей, работающих в государственных и муниципальных медицинских организациях	Тыс. человек	548,4	552	557	565	572	4,3	580	589	598	9,0
Численность средних медицинских работников, работающих в государственных и муниципальных медицинских организациях	Тыс. человек	1266	1266	1276	1291	1309	3,4	1328	1356	1385	9,4

Федеральный проект «Создание единого цифрового контура в здравоохранении на основе единой государственной информационной системы здравоохранения (ЕГИСЗ)»

Цель федерального проекта

Создание механизмов цифрового взаимодействия медицинских организаций на основе ЕГИСЗ.

Основные направления

1. Внедрение и развитие медицинских информационных систем во всех медицинских организациях.
2. Электронный медицинский документооборот между всеми медицинскими организациями, органами управления здравоохранением.

Основные результаты

1. К 2022 г. в 85 субъектах Российской Федерации завершено внедрение государственных информационных систем в сфере здравоохранения, соответствующих требованиям Минздрава России, и подключение к ним всех медицинских организаций региона.

2. Созданы централизованные сервисы, которые обеспечат преемственность медицинской помощи, маршрутизацию пациентов и мониторинг оказания медицинской помощи по отдельным профилям заболеваний, а также организацию телемедицинских консультаций и автоматизированную диспетчеризацию санитарного транспорта.

3. К 2024 г. не менее 70 субъектов Российской Федерации реализуют систему электронных рецептов, автоматизированное управление льготным лекарственным обеспечением, телемедицинские консультации.

4. Подключение к ЕГИСЗ медицинских информационных систем медицинских организаций и государственных информационных систем в сфере здравоохранения субъектов Российской Федерации обеспечит для граждан услуги (сервисы) в личном кабинете пациента «Мое здоровье» на Едином портале государственных услуг (ЕПГУ):

- до 2020 г. – запись на прием к врачу, диспансеризацию, получение сведений об оказанных медицинских услугах и их стоимости;
- до конца 2024 г. – доступ к своим электронным медицинским документам.

Федеральный проект «Создание единого цифрового контура в здравоохранении на основе единой государственной информационной системы здравоохранения (ЕГИСЗ)»

Наименование показателя	Единица измерения	2017 г.	2018 г.	2019 г.	2020 г.	2021 г.	2021 г. к 2017 г., %	2022 г.	2023 г.	2024 г.	2024 г. к 2017 г., %
Число граждан, воспользовавшихся услугами (сервисами), доступными в личном кабинете пациента на Едином портале государственных услуг (ЕПГУ) в отчетном году	Млн человек	0,8	5,8	8,0	15,0	25,0	31 раз	30,0	40,0	50,0	62,5 раза
Доля медицинских организаций государственной и муниципальной систем здравоохранения, обеспечивающих информационное взаимодействие с ЕГИСЗ	Процент	40,0	45,0	60,0	80,0	90,0	2,3 раза	100	100	100	2,5 раза
Доля медицинских организаций, обеспечивающих информационное взаимодействие с учреждениями медико-социальной экспертизы для передачи документов в электронном виде	Процент	-	-	20,0	50,0	90,0	-	100	100	100	-
Количество субъектов Российской Федерации, в которых функционируют государственные информационные системы в сфере здравоохранения, соответствующие требованиям Минздрава России	Единиц	-	-	5	20	50	-	85	85	85	-
Доля медицинских организаций, обеспечивающих доступ гражданам к электронным медицинским документам в личном кабинете пациента на ЕПГУ	Процент	0	0	3,0	21,0	35,0	-	56,0	84,0	100	-

Федеральный проект «Завершение формирования сети Национальных медицинских исследовательских центров, внедрение инновационных медицинских технологий, включая систему ранней диагностики и дистанционный мониторинг состояния здоровья пациентов, внедрение клинических рекомендаций и протоколов лечения»

Цель федерального проекта

Координация профильной медицинской деятельности и организационно-методическое руководство, в том числе внедрение инновационных медицинских технологий, клинических рекомендаций, системы контроля качества медицинской помощи.

Основные направления

1. Организационно-методическое руководство региональными медицинскими организациями третьего уровня для повышения эффективности и качества оказания медицинской помощи.
2. Дополнительная подготовка и профессиональная переподготовка медицинских кадров.
3. Вывод самых современных методов диагностики и лечения в практическое здравоохранение.

Основные результаты

1. К 2024 г. в 750 региональных медицинских организациях третьего уровня будут внедрены клинические рекомендации и системы контроля качества медицинской помощи на основе критериев качества медицинской помощи.
2. Завершено формирование сети национальных медицинских исследовательских центров (НМИЦ) (к 2024 г. – не менее 27 НМИЦ).

Сеть национальных медицинских исследовательских центров

№ п/п	Наименование	Профиль
1	Национальный медицинский исследовательский центр онкологии им. Н.Н. Блохина	Онкология, радиология, радиотерапия
2	Национальный медицинский исследовательский центр радиологии	Онкология, радиология, радиотерапия
3	Национальный медицинский исследовательский центр онкологии им. Н.Н. Петрова	Онкология, радиология, радиотерапия
4	Национальный медицинский исследовательский центр кардиологии	Кардиология
5	Национальный медицинский исследовательский центр сердечно-сосудистой хирургии им. А.Н. Бакулева	Сердечно-сосудистая хирургия
6	Национальный медицинский исследовательский центр им. акад. Е.Н. Мешалкина	Кардиология и сердечно-сосудистая хирургия
7	Национальный медицинский исследовательский центр им. В.А. Алмазова	Кардиология и сердечно-сосудистая хирургия
8	Национальный медицинский исследовательский центр эндокринологии	Эндокринология
9	Национальный медицинский исследовательский центр реабилитации и курортологии	Медицинская реабилитация и санаторно-курортное лечение
10	Национальный медицинский исследовательский центр гематологии	Гематология и трансфузиология
11	Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии и неврологии им. В.М. Бехтерева	Психиатрия, психиатрия-наркология
12	Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии и наркологии им. В.П. Сербского	Психиатрия, психиатрия-наркология
13	Национальный медицинский исследовательский центр нейрохирургии им. акад. Н.Н. Бурденко	Нейрохирургия

№ п/п	Наименование	Профиль
14	Национальный медицинский исследовательский центр профилактической медицины	Терапия
15	Национальный медицинский исследовательский центр травматологии и ортопедии им. Н.Н. Приорова	Травматология и ортопедия
16	Национальный медицинский исследовательский центр трансплантологии и искусственных органов им. акад. В.И. Шумакова	Хирургия (трансплантация органов и/или тканей)
17	Национальный медицинский исследовательский центр хирургии им. А.В. Вишневского	Хирургия и хирургия (комбустология)
18	Национальный медицинский исследовательский центр МНТК «Микрохирургия глаза» им. акад. С.Н. Федорова	Офтальмология
19	Национальный медицинский исследовательский центр акушерства, гинекологии и перинатологии им. акад. В.И. Кулакова	Акушерство и гинекология (в том числе использование вспомогательных репродуктивных технологий) и неонатология
20	Национальный медицинский исследовательский центр детской гематологии, онкологии и иммунологии им. Дмитрия Рогачева	Детская онкология, гематология и иммунология
21	Национальный медицинский исследовательский центр здоровья детей	Педиатрия и детская хирургия
22	Национальный исследовательский центр эпидемиологии и микробиологии им. почетного академика Н.Ф. Гамалеи	В области эпидемиологии, микробиологии и вирусологии

Федеральный проект «Завершение формирования сети национальных медицинских исследовательских центров, внедрение инновационных медицинских технологий, включая систему ранней диагностики и дистанционный мониторинг состояния здоровья пациентов, внедрение клинических рекомендаций и протоколов лечения»

Наименование показателя	Единица измерения	2017 г.	2018 г.	2019 г.	2020 г.	2021 г.	2021 г., % к 2017 г., %	2022 г.	2023 г.	2024 г.	2024 г., % к 2017 г., %
		Количество учреждений в сети национальных медицинских исследовательских центров	Единиц	20	22	23	24	26	30,0	26	26
Число медицинских организаций субъектов Российской Федерации третьего уровня, в которых внедрены системы контроля качества медицинской помощи на основе клинических рекомендаций, включающих в том числе инновационные медицинские технологии и критериев оценки качества медицинской помощи	Единиц	-	-	-	150	300	-	450	600	750	-
Количество оказанных национальными медицинскими исследовательскими центрами медицинским организациям субъектов Российской Федерации третьего уровня телемедицинских услуг	Тыс. единиц	1,2	7,0	15	20	25	21 раз	25	25	25	21 раз

Федеральный проект «Развитие экспорта медицинских услуг»

Цель федерального проекта

Создание и развитие на территории Российской Федерации механизмов и условий, обеспечивающих рост экспорта медицинских технологий, и создание дополнительных источников финансирования системы здравоохранения Российской Федерации.

Основные направления

1. Реализация программы коммуникационных мероприятий по повышению уровня информированности иностранных граждан.
2. Внедрение системы мониторинга статистических данных медицинских организаций по оказанию медицинских услуг иностранным гражданам.

Основные результаты

1. Создание позитивного имиджа российского здравоохранения на международном рынке.
2. Привлечение дополнительных инвестиций в российское здравоохранение.

Федеральный проект «Развитие экспорта медицинских услуг»

Наименование показателя	Единица измерения	2017 г.	2018 г.	2019 г.	2020 г.	2021 г.	2021 г.	2022 г.	2023 г.	2024 г.	2024 г.
							к 2017 г., %				к 2017 г., %
Объем экспорта медицинских услуг	млн долларов США	250	360	470	580	690	2,8 раза	800	900	1000	4 раза

Концепция федерального проекта «Обеспечение шаговой доступности медицинской помощи»

Улумбекова Г.Э.,
Калашникова А.В.

Высшая школа организации и управления
здравоохранением (ВШОУЗ), Москва

В Указе Президента РФ от 7 мая 2018 г. № 204 «О национальных целях и стратегических задачах развития Российской Федерации на период до 2024 года» определено обеспечить достижение 4 отраслевых целей и 12 целевых показателей по направлению «Здравоохранение». В структуру национального проекта «Здравоохранение» включены 8 федеральных проектов: «Развитие системы оказания первичной медико-санитарной помощи», «Борьба с сердечно-сосудистыми заболеваниями», «Борьба с онкологическими заболеваниями», «Развитие детского здравоохранения, включая создание современной инфраструктуры оказания медицинской помощи детям», «Обеспечение медицинских организаций системы здравоохранения квалифицированными кадрами», «Завершение формирования сети Национальных медицинских исследовательских центров, внедрение инновационных медицинских технологий, включая систему ранней диагностики и дистанционный мониторинг состояния здоровья пациентов, внедрение клинических рекомендаций и протоколов лечения», «Создание единого цифрового контура в здравоохранении на основе единой государственной информационной системы здравоохранения (ЕГИСЗ)», «Развитие экспорта медицинских услуг» (более детально представлены в этом номере журнала).

В статье представлена концепция федерального проекта «Обеспечение шаговой доступности медицинской помощи». Авторами рассмотрены главные проблемы с доступностью первичной медико-санитарной помощи сегодня в стране и основные задачи, которые предлагается решить в рамках данного федерального проекта как отдельного проекта или дополняющего аналогичные разработанные проекты.

Ключевые слова:

Указ Президента РФ от 7 мая 2018 г., Национальный проект «Здравоохранение», федеральный проект «Развитие системы оказания первичной медико-санитарной помощи», федеральный проект «Обеспечение медицинских организаций системы здравоохранения квалифицированными кадрами»

ОРГЗДРАВ: новости, мнения, обучение. Вестник ВШОУЗ. 2018. № 3. С. 21–40.
doi: 10.24411/2411-8621-2018-13001.

Статья поступила в редакцию: 15.08.2018. Принята в печать: 30.08.2018.

The concept of the federal project "Increasing the accessibility of nearby medical care"

Ulumbekova G.E.,
Kalashnikova A.V.

Higher School of Healthcare Organization
and Management (VSHOUZ), Moscow

In the decree of the Russian President from the May 7, 2018 No. 204 "On the national goals and strategic objectives for the development of the Russian Federation till the year 2024" are defined to ensure the achievement of 4 objectives and 12 targets in the healthcare system. The structure of the National project "Zdorovie" (Healthcare) includes 8 Federal projects: "Primary medical care system development", "Circulatory diseases control", "Oncology diseases control", "Children's healthcare development including the creation of modern infrastructure of medical care for children", "Providing medical organizations with the qualified medical personnel", "Methodological guidance of the national medical research centers", "Creating the uniform digital loop in healthcare based on the Uniform State Health Information System", "Development of the export of medical services" (*more details are presented in this journal above*).

This article presents the concept of the Federal project "Increasing the accessibility of nearby medical care". The authors analyze the main problems with the availability of primary health care in the country today and propose the main tasks for solving within the framework of this Federal project as a separate project or supplementing similar existing projects.

Keywords:

Decree of the Russian President of the May 7, 2018, the National project "Zdorovie" (Healthcare), the Federal project "Primary medical care system development", the Federal project "Providing medical organizations with the qualified medical personnel"

HEALTHCARE MANAGEMENT: news, views, education.

Bulletin of VSHOUZ. 2018; (3): 21–40.

doi: 10.24411/2411-8621-2018-13001.

Received: 15.08.2018. Accepted: 30.08.2018.

Задача по обеспечению шаговой доступности медицинской помощи, поставленная в Указе Президента РФ от 7 мая 2018 г., **краеугольная** в здравоохранении и достижении ожидаемой продолжительности жизни 78 лет к 2024 г. Без ее решения **невозможно** будет добиться успеха **ни по одному** из федеральных проектов, включенных как в национальный про-

ект «Здравоохранение», так и в Национальную программу по демографии. Это связано с тем, что все самые главные решения касательно здоровья населения должны приниматься именно на уровне первичного звена, главные из них: формирование здорового образа жизни и санитарно-гигиеническое просвещение населения, профилактика, диагностика и лечение заболе-

ваний, медицинская реабилитация, наблюдение за течением беременности. Это самый **массовый вид** медицинской помощи – в первичном звене ежегодно происходит **до 1230 млн посещений** или около 490 млн обращений (из них к врачам участковой службы – не менее **820 млн посещений** или 300 млн обращений).

Главное в организации **шаговой доступности** медицинской помощи – это возможность для пациента получить **качественную первичную медико-санитарную помощь** (далее – ПМСП). ПМСП – основа организации медицинской помощи населению. От эффективности ПМСП зависит эффективность **всей системы** здравоохранения РФ, т.е. возможность предотвращать, своевременно выявлять и эффективно лечить неосложненные случаи заболеваний, а также своевременно направлять пациентов на специализированные более дорогостоящие этапы оказания медицинской помощи.

В РФ **принят участково-территориальный** принцип организации оказания ПМСП, который заключается в формировании групп обслуживаемого населения (прикрепленного) по признаку проживания на определенной территории или по признаку работы (обучения). ПМСП оказывается в медицинских организациях (далее – **субъекты ПМСП**), участвующих в реализации территориальной программы ОМС и имеющих **лицензию** на оказание доврачебной и первичной врачебной медико-санитарной помощи **в соответствии с порядками** ее оказания. Субъекты ПМСП – это поликлиники, врачебные амбулатории, в сельской местности – фельдшерско-акушерские пункты (ФАП), фельдшерские пункты (ФП), врачебные амбулатории или офисы врачей общей практики (ВОП). Для сельской местности в обеспечении шаговой доступности медицинской помощи огромную роль играют амбулаторные отделения центральных районных больниц (ЦРБ) и межмуниципальных медицинских центров (далее – ММЦ). Оказывают доврачебную ПМСП фельдшеры, акушеры, другие медицинские работники со средним медицинским образованием. Врачебную ПМСП – врачи-терапевты участковые, врачи-педиатры участковые, врачи общей практики (ВОП), семейные врачи (далее –

участковые врачи и ВОП). Специализированная ПМСП оказывается врачами-специалистами разного профиля.

Доступность ПМСП означает, что: 1) имеется **достаточное число** медицинских работников, которые могут обслуживать прикрепленное население, 2) у этих работников **имеется квалификация**, позволяющая эффективно выполнять установленные трудовые функции, 3) созданы **материально-технические и организационные условия** в субъектах ПМСП и 4) обеспечена **транспортная доступность** субъектов ПМСП.

Цель данного федерального проекта – повлиять на улучшение базовых характеристик здоровья населения (снижение детской смертности и смертности трудоспособного населения, стабилизация заболеваемости, снижение показателей первичной инвалидности, увеличение приверженности населения к здоровому образу жизни) **путем увеличения численности** врачей-терапевтов и врачей-педиатров участковых, фельдшеров и медицинских сестер, работающих с ними; **снижения норматива** численности прикрепленного населения на одну должность врача-терапевта участкового; **повышения квалификации** всех участковых врачей и ВОП, поэтапного **расширения трудовых функций** участковых врачей до уровня ВОП (включая выполнение отдельных трудовых функций врачей-специалистов).

Главные проблемы с доступностью первичной медико-санитарной помощью сегодня

I. Дефицит врачей участковых (физическое число лиц меньше, чем установленные Минздравом нормативы). Как следствие, эти врачи перегружены работой и не могут эффективно выполнять свои трудовые функции. Так, на взрослых и педиатрических участках сегодня работают **70,0 тыс. участковых врачей и врачей общей практики (ВОП)** (физических лиц), а по нормативам должно быть **111,0 тыс.**, т.е. дефицит составляет **41 тыс.** (58%), из них: участковых терапевтов (включая ВОП) – **30,2 тыс.** (68%),

участковых педиатров – **10,8 тыс.** (42%). Общий дефицит участковых медсестер составляет **64 тыс.** (76%), из них: работающих с участковыми терапевтами и ВОП – **56,7 тыс.** (103%), с участковыми педиатрами – **7,3 тыс.** (25%). Дефицит фельдшеров – **19,5 тыс. чел.** (87%) (подробные расчеты см. в Приложении 1).

II. Более того, этот дефицит не снижается. С 2012 по 2016 г. при увеличении потока больных на **4,2 млн** (2%, без учета Крыма) число врачей участковых не изменилось. Из-за дефицита времени участковые врачи не только не могут адекватно выполнять требуемый объем работы, но и **не могут своевременно повышать свою квалификацию**, что также отрицательно сказывается на качестве их работы.

III. Научно необоснованный норматив обслуживаемого населения на участке. Этот норматив **завышен** и не позволяет врачу полностью выполнять свои трудовые функции. Научно доказано, что оптимальная численность населения, которую могут обслужить 1 участковый врач и ВОП, **не должны превышать 1000–1500 человек**, и это при наличии не менее **2** средних медицинских работников, работающих с ними. В противном случае снижается качество медико-профилактической помощи населению: профилактические мероприятия проводятся не в полном объеме, не выявляются онкологические заболевания, не достигаются целевые значения показателей артериального давления у пациентов, растет неудовлетворенность пациентов и др.

Сегодня норматив обслуживаемого населения на одном терапевтическом участке в РФ составляет **1700** человек прикрепленного взрослого населения (18 лет и старше) в городских условиях, в сельской местности – **1300** человек (приказ Минздравсоцразвития России от 15.05.2012 № 543н). Норматив участковых медсестер на 1 должность врача-терапевта участкового составляет **1,5 должности** [1]. На 1 должность фельдшера по нормативу должно приходиться не менее 1300 прикрепленного населения [1].

Для того чтобы участковый терапевт не выступал только в качестве диспетчера, направляя пациента к специалистам, участок

должен быть не более **1300 человек** (1000 человек – в сельской местности) и с этим врачом должно работать **не менее 2** медицинских сестер. Участок фельдшера не должен превышать **900 человек** сельского населения. Расчеты необходимой численности участковых врачей с учетом названных нормативов численности прикрепленного населения представлены в Приложении 2.

IV. Избыточный документооборот, излишние требования к врачам субъектов ПМСП, которые невозможно выполнить в сложившихся условиях. Неверно установленные принципы оплаты ПМСП (по посещениям и подушевому принципу), которые порождают дополнительный непроизводительный документооборот и искажают статистику.

V. Низкая заработная плата медицинских работников, которая не мотивирует их приходить и продолжать работу в субъектах ПМСП. Среднемесячная номинальная начисленная заработная плата участковых врачей, по данным Росстата [2], **со всеми переработками** составила в 2017 г. 56,4 тыс. руб., в реальности – около 30 тыс. руб.

VI. Неуважительное отношение пациентов к тяжелому труду медицинских работников, которое усиливает отток кадров из субъектов ПМСП.

Даже странно, что до сих пор самому главному звену здравоохранения уделялось так **мало внимания**. Вдумайтесь: на участковых врачей приходится в среднем примерно **820 млн** посещений в год, или **300 млн** обращений (для справки: в 2016 г. вызовов скорой помощи было 46 млн, госпитализаций в стационар – 30 млн, из них ВМП – 1 млн). И эти 300 млн обращений обслуживают всего **70 тыс.** врачей, или **13%** общей численности практикующих врачей (550 тыс.). При этом участковые врачи получают самую низкую оплату труда в отрасли, не могут адекватно повышать свою квалификацию, сталкиваются с недовольством пациентов. Ситуация с 2012 по 2017 г. усугубилась тем, что на фоне сокращения государственного финансирования здравоохранения на 18% в ценах 2012 г. продолжались вложения дополнительных ресурсов

в строительство и развитие ВМП, что, естественно, происходило за счет истощения первичного звена.

На решение названных основных проблем предлагается направить дополнительный федеральный проект «Обеспечение шаговой доступности медицинской помощи» или дополнить имеющиеся федеральные проекты.

Главные задачи проекта

1. Достижение численности медицинских работников в соответствии с обновленными нормативами из расчета: на 1 должность врача-терапевта участкового и ВОП – **1300 человек** прикрепленного взрослого населения (18 лет и старше) в городских условиях, в сельских районах (а также в районах Крайнего Севера и приравненных к ним местностях) – **1000 человек** прикрепленного взрослого населения (18 лет и старше). Для врача-педиатра участкового сохраняется действующий норматив, соответственно **800 человек** прикрепленного детского населения (до 17 лет включительно). При этом все ставки должны быть заняты **без совместительства**. На 1 должность врача участкового и ВОП должно приходиться **2 должности участковой медицинской сестры**. Только в этом случае можно обеспечить требуемый объем трудовых функций [3, 4].

2. Достижение высокого уровня компетенций участковых врачей, который позволит им эффективно выполнять возложенные на них обязанности. В действующем профессиональном стандарте врача-лечебника (врача-терапевта участкового) по приказу Минтруда России от 21.03.2017 № 293н [5], а также в проекте профессионального стандарта по специальности терапия (проект приказа Минтруда РФ «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) – диабет, артериальную гипертензию, ЛОР-патологию, глазные болезни и др. За основу профессионального стандарта

врача-терапевта участкового и ВОП может быть взят профессиональный стандарт, разработанный Ассоциацией врачей общей практики [6].

3. Создание условий для деятельности врачей участковых. Это создание материально-технических и организационных условий в субъектах ПМСП, в том числе выполнение требований порядков оказания медицинской помощи, требований к территориальному размещению сети медицинских организаций, их базовому материально-техническому обеспечению (средства связи, каналы передачи данных, компьютерная и оргтехника, МИСы и иное требуемое программное обеспечение, табели оснащения медицинским оборудованием) и др. Важно предусмотреть законодательно **ответственность собственников** субъектов ПМСП за соблюдение этих условий.

4. Обеспечение шаговой доступности медицинской помощи в сельской местности означает полное укомплектование ФАП и ФП фельдшерами и медицинскими сестрами, работающими с ними, наличие транспортной доступности и связи с ФП и ФАП, наличие хорошо оснащенных и укомплектованных кадрами ЦРБ и ММЦ – оплота сельской медицины.

5. Обеспечение транспортной доступности медицинских организаций в соответствии с утвержденными нормативами (приказ Минздрава России от 27.02.2016 № 132н) [7] с учетом особенностей сельской местности, климатических и иных региональных факторов.

6. Существенное повышение оплаты труда врачей субъектов ПМСП, наличие социальных льгот и укрепление доверия к ним со стороны пациентов. Заложены следующие темпы роста среднемесячной номинальной начисленной заработной платы (без начислений):

- базовый рост – **10% в год** в текущих ценах до 2024 г., это позволит мотивировать существующих медицинских работников продолжать работать в субъектах ПМСП;
- повышение оплаты труда **в 1,5 раза** участковым врачам, которые прошли переподготовку по специальности «врач общей практики» и сдали экзамен независимой комиссии, подтверждающий уровень их

компетенций (на соответствие актуализированному профессиональному стандарту). Эта индексация действует дополнительно к ежегодному повышению заработной платы на 10%, как и остальным врачам участковой службы. Это позволит стимулировать приток дополнительных кадров в амбулаторно-поликлинические медицинские организации.

- **Повышающий коэффициент 1,3** за работу в сельской местности всем медицинским работникам.

Расчеты необходимого фонда оплаты труда медицинских работников первичного звена в государственных и муниципальных учреждениях, необходимый для приведения численности медицинских работников к актуализированному нормативу и увеличения их заработной платы на 10% ежегодно в текущих ценах, представлены в Приложении 3.

7. Поэтапное сокращение норматива обеспеченности врачами-специалистами в субъектах ПМСП (при условии опережающего роста

обеспеченности участковыми врачами и ВОП), изменение организационных подходов к оказанию первичной медико-санитарной и первичной специализированной медицинской помощи. Например, можно обсудить возможность организации работы комплексных терапевтических участков с 2000–2500 прикрепленного населения, которые бы обслуживались одним врачом ВОП, двумя медицинскими сестрами, специалистом по санитарно-гигиеническим мероприятиям, фармацевтом, помощником врача, психологом. В этом случае высокопрофессиональные функции оставались бы за врачом, а профилактическая работа и ряд других трудовых функций могли бы быть делегированы другим членам команды.

Анализ приказов Минздрава России по рекомендуемым нормативам медицинского персонала в первичном звене представлен в Приложении 4.

Данный проект предлагается для сокращения разницы между ожидаемой продолжительностью жизни сельского и городского населения и повышения приверженности населения здоровому образу жизни.

Приложение 1

Расчет дефицита числа врачей и средних медицинских работников участковой службы в России (разница между фактической и нормативной численностью медицинского персонала участковой службы, рассчитанная на основе действующих нормативов численности прикрепленного населения)

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 **51,72 тыс.** (без учета совместительства) ($87\,920\,808 \div 1700$, где 87,92 млн – численность городского населения 18 лет и старше²).

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 2016 г. (с учетом Республики Крым и г. Севастополь). Источник: Численность населения Российской Федерации по полу и возрасту на 1 января 2017 г.: статистический бюллетень. М.: Росстат, 2018.

Для сельской местности норматив обслуживаемого населения составляет 1300 человек взрослого населения (приказ Минздравсоцразвития России от 15.05.2012 № 543н)¹. Соответственно врачей-терапевтов участковых в сельской местности необходимо **22,66 тыс.** ($29\,459\,512 \div 1300$, где 29,46 млн – численность сельского населения 18 лет и старше²).

Соответственно всего необходимо **74,4 тыс.** врачей-терапевтов участковых. По данным ФГБУ «Центральный научно-исследовательский институт организации и информатизации здравоохранения» Минздрава России (ЦНИИОИЗ), в 2016 г. их численность составила **44,2 тыс.**, включая врачей общей практики (ВОП). Это в 1,7 раза ниже норматива, или дополнительно необходимо **30,2 тыс. врачей-терапевтов участковых.**

Норматив участковых медсестер врача-терапевта участкового составляет **1,5** должности на каждую должность врача-терапевта участкового (приказ Минздравсоцразвития России от 15.05.2012 № 543н)¹. Соответственно численность участковых медсестер врачей-терапевтов участковых должна составить **111,6 тыс. чел.** ($74,4 \text{ тыс.} \times 1,5$ должности, где 74,4 тыс. – необходимая численность врачей-терапевтов участковых). По данным ЦНИИОИЗ, в 2016 г. их численность составила **54,9 тыс. чел.** (включая медсестер ВОП). Это в 2 раза ниже норматива, или дополнительно необходимо **56,7 тыс.** участковых медсестер 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 чел. (приказ Минздравсоцразвития от 16.04.2012 № 366н)³. Тогда врачей-педиатров участковых необходимо **36,6 тыс.** ($29\,294\,221 \div 800$, где 29,01 млн – численность детского населения в возрасте от 0 до 17 лет). По данным ЦНИИОИЗ, в 2016 г. их численность составила **25,8 тыс. чел.** Это в 1,4 раза ниже норматива, или дополнительно необходимо **10,8 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 от 16.04.2012 № 366н предусмотрено, что на 1 должность врача-педиатра участкового приходится 1,0 должности участковой медсестры³. Соответственно численность участковых медсестер врачей-педиатров участковых должна составить **36,6 тыс.** ($36,6 \text{ тыс.}$ необходимых врачей-педиатров участковых $\times 1,0$). По данным ЦНИИОИЗ, в 2016 г. их численность составила **29,3 тыс. чел.** Это на 25% ниже норматива, или дополнительно необходимо **7,3 тыс.** участковых медсестер.

Фельдшеры

В 2004 г. до начала массовых сокращений фельдшерско-акушерских пунктов (ФАП) в РФ их было **42,5 тыс.** В 2004 г. численность постоянного сельского населения составила 38,46 млн чел. Соответственно на 1 должность фельдшера приходилось **900 человек** прикрепленного сельского населения ($38,46 \text{ млн чел.} \div 42,5 \text{ тыс.}$).

Исходя из этого норматива можно подсчитать, сколько необходимо фельдшеров. В 2016 г. численность постоянного сельского населения составила 37,83 млн чел. Из расчета, что на 1 фельдшера должно приходиться в среднем 900 чел. прикрепленного сельского населения, численность фельдшеров должна составить **42,0 тыс. чел.** ($37,83 \text{ млн} \div 900 \text{ чел.}$). По данным ЦНИИОИЗ, в 2016 г. их численность составила **22,5 тыс.** Это в 1,9 раза ниже норматива, или дополнительно необходимо **19,5 тыс.** фельдшеров.

³ Приказ Минздравсоцразвития от 16.04.2012 № 366н «Об утверждении Порядка оказания педиатрической помощи».

Действующая нормативная база по рекомендуемому штатному нормативу фельдшеров в сельской местности (приказ Минздравсоцразвития России от 15.05.2012 № 543н) содержит требование, что на 1 должность фельдшера должно приходиться не менее 1300 прикрепленного населения⁴. В свете необходимости 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 чел. прикрепленного сельского населения на 1 должность фельдшера.

Сводная фактическая и необходимая численность медицинского персонала участковой службы

Итого врачей первичного звена по нормативам необходимо **111,0 тыс.** (74,4 тыс. + 36,6 тыс.) (см. таблицу). По данным ЦНИИОИЗ, в 2016 г. их численность составила 70,0 тыс. (включают 34,9 тыс. врачей-терапевтов участковых, 25,8 тыс. врачей-педиатров участковых и 9,3 тыс. ВОП⁵; данные без учета малокомплектных участков). Это в 1,6 раза ниже норматива, или дополнительно необходимо **41,0 тыс.** участковых врачей и ВОП.

Расчеты необходимого и фактического числа медицинского персонала участковой службы

Показатель	Необходимая численность согласно нормативу, тыс. человек	Фактическая численность (2016 г.), тыс. человек	Дефицит, тыс. человек	Дефицит, %
Врачи-терапевты участковые (включая ВОП)	74,4	44,2	30,2	68
Участковые медсестры врачей-терапевтов участковых (включая ВОП)	111,6	54,9	56,7	103
Врачи-педиатры участковые	36,6	25,8	10,8	42
Участковые медсестры врачей-педиатров участковых	36,6	29,3	7,3	25
Фельдшеры	42,0	22,5	19,5	87
Итого участковых врачей	111,0	70,0	41,0	58
Итого участковых медсестер	148,2	84,2	64,0	76

Приложение 2

Необходимая численность медицинского персонала участковой службы в России (разница между фактической и нормативной численностью медицинского персонала участковой службы, рассчитанная на основе актуализированных нормативов численности прикрепленного населения)

Актуализированные нормативы

Шаговая доступность медицинской помощи подразумевает обеспечение населения требуемым объемом профилактических, диагностических, лечебных и реабилитационных меропр-

⁴ 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, свыше 900 до 1300 жителей – 0,5 должности, свыше 1300 до 1800 жителей – 1 должность, свыше 1800 до 2400 жителей – 1,5 должности, свыше 2400 до 3000 жителей – 2 должности.

⁵ Данные с учетом Республики Крым и г. Севастополя.

ятий, в том числе диспансерным наблюдением и ранним выявлением заболеваний. Для этого должно быть установлено оптимальное соответствие между обслуживаемым населением и численностью врачей и средних медицинских работников, работающих с ними. У медицинских работников субъектов первичной медико-санитарной помощи (ПМСП) должно быть время для выполнения этого объема. Если это соотношение не будет сбалансировано, врачи-терапевты участковые, врачи-педиатры участковые и врачи общей практики (ВОП) (далее – **участковые врачи**) будут работать вхолостую, только перенаправляя пациентов к специалистам, как это происходит сейчас.

Экспертно и по опыту развитых стран установлено, что на 1 должность **врача-терапевта участкового или ВОП должно приходиться не более 1300 человек** прикрепленного взрослого населения (18 лет и старше) в городских условиях (действующий норматив – 1700) и **1000 человек** прикрепленного взрослого населения (18 лет и старше) в сельских районах (а также в районах Крайнего Севера и приравненных к ним местностях, в местностях с низкой плотностью населения) (действующий норматив – 1300). Для врача-педиатра участкового – **800 человек** прикрепленного детского населения (до 17 лет включительно), что совпадает с действующим нормативом. Для фельдшера – **900 человек** прикрепленного сельского населения (действующий норматив – 1300).

Важнейшее условие – все ставки должны быть заняты **без совместительства** и на 1 должность врача участкового или ВОП должно приходиться **2,0 должности участковой медицинской сестры**. Только в этом случае можно обеспечить шаговую доступность медицинской помощи населению, особенно в сельских условиях, в свете необходимости выполнения Указа Президента РФ от 07.05.2018 № 204.

Необходимая численность участковых терапевтов и медицинских сестер, работающих с ними

Численность прикрепленного взрослого населения (18 лет и старше) на одном терапевтическом участке должна составлять 1300 в городских условиях и 1000 в сельских условиях (или в районах Крайнего Севера и приравненных к ним местностях). Тогда врачей-терапевтов участковых в городских условиях необходимо **67,6 тыс.** ($87\,920\,808 \div 1300$, где 87,92 млн – численность городского населения 18 лет и старше). Врачей-терапевтов участковых в сельской местности необходимо **29,5 тыс.** ($29\,459\,512 \div 1000$, где 29,46 млн – численность сельского населения 18 лет и старше).

Соответственно всего необходимо **97,1 тыс. врачей-терапевтов участковых** (67,6 тыс. + 29,5 тыс.). По данным ЦНИИОИЗ, в 2016 г. их численность составила **44,2 тыс.**, включая ВОП. Это **в 2,2 раза ниже норматива**, или дополнительно необходимо **52,9 тыс. врачей-терапевтов участковых и ВОП**.

Норматив участковых медсестер врача-терапевта участкового должен составлять 2,0 должности на каждую должность врача-терапевта участкового. Соответственно численность **участковых медсестер врачей-терапевтов участковых** должна составить **194,2 тыс. чел.** ($97,1 \text{ тыс.} \times 2,0$ должности, где 97,1 тыс. – необходимая численность врачей-терапевтов участковых). По данным ФГБУ «Центральный научно-исследовательский институт организации и информатизации здравоохранения» Минздрава России (ЦНИИОИЗ), в 2016 г. их численность составила **54,9 тыс. чел.** (включая медсестер ВОП). Это **в 3,5 раза ниже норматива**, или дополнительно необходимо **139,3 тыс. участковых медсестер врачей-терапевтов участковых и ВОП**.

Необходимая численность участковых педиатров и медицинских сестер, работающих с ними

Численность прикрепленного детского населения от 0 до 17 лет на одном педиатрическом участке по нормативам должна составлять 800 чел. Тогда **врачей-педиатров участковых** необхо-

димо 36,6 тыс. ($29\,294\,221 \div 800$, где 29,01 млн – численность детского населения в возрасте от 0 до 17 лет). По данным ЦНИИОИЗ, в 2016 г. их численность составила 25,8 тыс. чел. Это **в 1,4 раза ниже норматива**, или дополнительно необходимо **10,8 тыс. врачей-педиатров участковых**.

Норматив участковых медсестер врача-педиатра участкового должен составлять 2,0 должности на каждую должность врача-педиатра участкового. Соответственно численность **участковых медсестер врачей-педиатров участковых** должна составить **73,2 тыс.** ($36,6 \text{ тыс.} \times 2,0$, где 36,6 тыс. – численность необходимых врачей-педиатров участковых). По данным ЦНИИОИЗ, в 2016 г. их численность составила **29,3 тыс. чел.** Это **в 2,5 раза ниже норматива**, или дополнительно необходимо 43,9 тыс. участковых медсестер.

Фельдшеры

В 2016 г. численность постоянного сельского населения составила 37,83 млн чел. Из расчета, что на 1 фельдшера должно приходиться в среднем 900 человек прикрепленного сельского населения, численность фельдшеров должна составить **42,0 тыс. чел.** ($37,83 \text{ млн} \div 900 \text{ чел.}$). По данным ЦНИИОИЗ, в 2016 г. их численность составила 22,5 тыс. Это **в 1,9 раза ниже норматива**, или дополнительно необходимо **19,5 тыс. фельдшеров**.

Сводная фактическая и необходимая численность медицинского персонала участковой службы

Итого участковых **врачей** по нормативам необходимо **133,7 тыс.** ($97,1 \text{ тыс.} + 36,6 \text{ тыс.}$). По данным ЦНИИОИЗ, в 2016 г. их численность составила 70,0 тыс. (включают врачей-терапевтов участковых, врачей-педиатров участковых и ВОП; данные без учета малокомплектных участков). Это **в 1,9 раза ниже норматива**, или дополнительно необходимо **63,7 тыс. участковых врачей**.

Итого участковых **медсестер** по нормативам необходимо **267,4 тыс.** ($194,2 \text{ тыс.} + 73,2 \text{ тыс.}$) (см. таблицу). По данным ЦНИИОИЗ, в 2016 г. их численность составила 84,2 тыс. (включают участковых медсестер врачей-терапевтов участковых, врачей-педиатров участковых и ВОП; данные без учета малокомплектных участков). Это **в 3,2 раза ниже норматива**, или дополнительно необходимо **183,2 тыс. участковых медсестер**.

Расчеты необходимого и фактического числа медицинских работников участковой службы

Показатель	Необходимая численность согласно нормативу, тыс. человек	Фактическая численность (2016 г.), тыс. человек	Дефицит, тыс. человек	Дефицит, раз
Врачи-терапевты участковые	97,1	44,2	52,9	2,2
Участковые медсестры врачей-терапевтов участковых	194,2	54,9	139,3	3,5
Врачи-педиатры участковые	36,6	25,8	10,8	1,4
Участковые медсестры врачей-педиатров участковых	73,2	29,3	43,9	2,5
Фельдшеры	42,0	22,5	19,5	1,9
Итого участковых врачей	133,7	70,0	63,7	1,9
Итого участковых медсестер	267,4	84,2	183,2	3,2

Приложение Э

Прогнозы роста фонда оплаты труда (ФОТ) врачей-терапевтов участковых в государственных и муниципальных учреждениях

Наименование показателя	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024	2024/2018
Номинальная начисленная среднемесячная заработная плата врачей (тыс. руб. в мес., без начислений), без изменений ФОТ	56,4	56,4	56,4	56,4	56,4	56,4	56,4	
Номинальная начисленная среднемесячная заработная плата врачей (тыс. руб. в мес. без начислений), (увеличение на 10% ежегодно, или на 77% к 2024 г. в текущих ценах)	56,4	62,0	68,2	75,1	82,6	90,8	99,9	77%
Численность врачей-терапевтов участковых и врачей общей практики (ВОП) (тыс. чел.), без увеличения их численности	44,2	44,2	44,2	44,2	44,2	44,2	44,2	
Численность врачей-терапевтов участковых и ВОП (тыс. чел.), с учетом увеличения их численности до нормативной (в среднем на 8,8 тыс. чел. ежегодно)	44,2	53,0	61,8	70,6	79,4	88,2	97,1	120%
Итого ФОТ врачей-терапевтов участковых и ВОП (млрд руб. в год, включая начисления), без увеличения ФОТ и их численности	38,9	38,9	38,9	38,9	38,9	38,9	38,9	
Итого ФОТ врачей-терапевтов участковых и ВОП (млрд руб. в год, включая начисления), с учетом поэтапного роста их ФОТ на 10% ежегодно и увеличения численности этих врачей	38,9	51,4	65,9	82,8	102,4	125,2	151,6	
Дополнительный ФОТ врачей-терапевтов участковых и ВОП (млрд руб., включая начисления), необходимый для поэтапного роста ФОТ на 10% ежегодно и увеличения численности этих врачей	0,0	12,4	26,9	43,9	63,5	86,2	112,6	345,6
Численность врачей-терапевтов участковых и ВОП, у которых ФОТ будет индексирован в 1,5 раза после сдачи экзамена на соответствие трудовым функциям (тыс. чел.)	0,0	5,0	25,0	45,0	79,4	88,2	97,1	
Увеличение номинальной начисленной среднемесячной заработной платы врачей-терапевтов участковых и ВОП (тыс. руб.), которые сдали экзамен и получили индексацию заработной платы в 1,5 раза		31,0	34,1	37,5	41,3	45,4	50,0	
Дополнительный ФОТ врачей-терапевтов участковых и ВОП (млрд руб. в год, включая начисления), необходимый для индексации заработной платы в 1,5 раза для врачей, сдавших экзамен на соответствие трудовым функциям	0,0	2,4	13,3	26,4	51,2	62,6	75,8	231,7
Дополнительный ФОТ врачей-терапевтов участковых и ВОП (млрд руб., включая начисления), необходимый для поэтапного роста ФОТ на 10% ежегодно и увеличения численности этих врачей	0,0	14,8	40,3	70,2	114,7	148,8	188,4	577,3

Прогнозы роста фонда оплаты труда (ФОТ) врачей-педиатров участковых в государственных и муниципальных учреждениях

Наименование показателя	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024	2024/2018
Номинальная начисленная среднемесячная заработная плата врачей (тыс. руб. в мес., без начислений), без изменений ФОТ	56,4	56,4	56,4	56,4	56,4	56,4	56,4	56,4
Номинальная начисленная среднемесячная заработная плата врачей (тыс. руб. в мес., без начислений), (увеличение на 10% ежегодно, или на 77% к 2024 г. в текущих ценах)	56,4	62,0	68,2	75,1	82,6	90,8	99,9	77%
Численность врачей-педиатров участковых (тыс. чел.), без увеличения их численности	25,8	25,8	25,8	25,8	25,8	25,8	25,8	25,8
Численность врачей-педиатров участковых (тыс. чел.), с учетом увеличения их численности до нормативной (в среднем на 1,8 тыс. чел. ежегодно)	25,8	27,6	29,4	31,2	33,0	34,8	36,6	42%
Итого ФОТ врачей-педиатров участковых (млрд руб. в год, включая начисления), без увеличения ФОТ и их численности	22,7	22,7	22,7	22,7	22,7	22,7	22,7	22,7
Итого ФОТ врачей-педиатров участковых (млрд руб. в год, включая начисления), с учетом поэтапного роста их ФОТ на 10% ежегодно и увеличения численности этих врачей	22,7	26,8	31,3	36,6	42,6	49,4	57,1	57,1
Дополнительный ФОТ врачей-педиатров участковых (млрд руб., включая начисления), необходимый для поэтапного роста ФОТ на 10% ежегодно и увеличения численности этих врачей	0,0	4,0	8,6	13,9	19,8	26,7	34,4	107,4
Численность врачей-педиатров участковых, у которых ФОТ будет индексирован в 1,5 раза после сдачи экзамена на соответствие трудовым функциям (тыс. чел.)	0,0	5,0	15,0	30,0	33,0	34,8	36,6	36,6
Увеличение номинальной начисленной среднемесячной заработной платы врачей-педиатров участковых (тыс. руб.), которые сдали экзамен и получили индексацию заработной платы в 1,5 раза	0,0	31,0	34,1	37,5	41,3	45,4	50,0	50,0
Дополнительный ФОТ врачей-педиатров участковых (млрд руб. в год, включая начисления), необходимый для индексации заработной платы в 1,5 раза для врачей, сдавших экзамен на соответствие трудовым функциям	0,0	2,4	8,0	17,6	21,3	24,7	28,6	102,6
Дополнительный ФОТ врачей-педиатров участковых (млрд руб., включая начисления), необходимый для поэтапного роста ФОТ на 10% ежегодно и увеличения численности этих врачей	0,0	6,4	16,6	31,5	41,1	51,3	63,0	209,9

Прогнозы роста фонда оплаты труда (ФОТ) участковых медицинских сестер в государственных и муниципальных учреждениях

Наименование показателя	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024	2024/2017
	Участковые медсестры врачей-терапевтов участковых и ВОП							
Номинальная начисленная среднемесячная заработная плата средних медицинских работников (тыс. руб. в мес, без начислений), без изменений ФОТ	30,2	30,2	30,2	30,2	30,2	30,2	30,2	
Номинальная начисленная среднемесячная заработная плата средних медицинских работников (тыс. руб. в мес, без начислений), (увеличение на 10% ежегодно, или на 77% к 2024 г. в текущих ценах)	30,2	33,2	36,5	40,2	44,2	48,6	53,5	77%
Численность участковых медсестер врачей-терапевтов участковых и врачей общей практики (ВОП) (тыс. чел.), без увеличения их численности	54,9	54,9	54,9	54,9	54,9	54,9	54,9	
Численность участковых медсестер врачей-терапевтов участковых и ВОП (тыс. чел.), с учетом увеличения их численности до нормативной (в среднем на 23,2 тыс. чел. ежегодно)	54,9	78,1	101,3	124,5	147,7	170,9	194,2	254%
Итого ФОТ участковых медсестер врачей-терапевтов участковых и ВОП (млрд руб. в год, включая начисления), без увеличения ФОТ и их численности	25,9	25,9	25,9	25,9	25,9	25,9	25,9	
Итого ФОТ участковых медсестер врачей-терапевтов участковых (млрд руб. в год, включая начисления), с учетом поэтапного роста их ФОТ на 10% ежегодно и увеличения численности этих медсестер	25,9	40,5	57,8	78,2	102,0	129,9	162,3	
Дополнительный ФОТ участковых медсестер врачей-терапевтов участковых и ВОП (млрд руб., включая начисления), необходимый для поэтапного роста ФОТ на 10% ежегодно и увеличения численности этих медсестер	0,0	14,6	31,9	52,3	76,1	104,0	136,4	415,4

Прогнозы роста фонда оплаты труда (ФОТ) участковых медицинских сестер в государственных и муниципальных учреждениях (окончание)

Наименование показателя	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024	2024/2017
Участковые медсестры врачей-педиатров участковых								
Номинальная начисленная среднемесячная заработная плата средних медицинских работников (тыс. руб. в мес, без начислений), без изменений ФОТ	30,2	30,2	30,2	30,2	30,2	30,2	30,2	
Номинальная начисленная среднемесячная заработная плата средних медицинских работников (тыс. руб. в мес, без начислений), (увеличение на 10% ежегодно, или на 77% к 2024 г. в текущих ценах)	30,2	33,2	36,5	40,2	44,2	48,6	53,5	77%
Численность участковых медсестер врачей-педиатров участковых и врачей общей практики (ВОП) (тыс. чел.), без увеличения их численности	29,3	29,3	29,3	29,3	29,3	29,3	29,3	
Численность участковых медсестер врачей-педиатров участковых и ВОП (тыс. чел.), с учетом увеличения их численности до нормативной (в среднем на 7,3 тыс. чел. ежегодно)	29,3	36,6	43,9	51,2	58,5	65,8	73,2	150%
Итого ФОТ участковых медсестер врачей-педиатров участковых и ВОП (млрд руб. в год, включая начисления), без увеличения ФОТ и их численности	13,8	13,8	13,8	13,8	13,8	13,8	13,8	
Итого ФОТ участковых медсестер врачей-педиатров участковых (млрд руб. в год, включая начисления), с учетом поэтапного роста их ФОТ на 10% ежегодно и увеличения численности этих медсестер	13,8	19,0	25,1	32,2	40,4	50,0	61,2	
Дополнительный ФОТ участковых медсестер врачей-педиатров участковых и ВОП (млрд руб., включая начисления), необходимый для поэтапного роста ФОТ на 10% ежегодно и увеличения численности этих медсестер	0,0	5,2	11,2	18,3	26,6	36,2	47,4	144,9

Прогнозы роста фонда оплаты труда (ФОТ) фельдшеров в государственных и муниципальных учреждениях

Наименование показателя	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024	2024/2017
Номинальная начисленная среднемесячная заработная плата средних медицинских работников (тыс. руб. в мес., без начислений), без изменений ФОТ	30,2	30,2	30,2	30,2	30,2	30,2	30,2	
Номинальная начисленная среднемесячная заработная плата средних медицинских работников (тыс. руб. в мес., без начислений), (увеличение на 10% ежегодно, или на 77% к 2024 г. в текущих ценах)	30,2	33,2	36,5	40,2	44,2	48,6	53,5	77%
Номинальная начисленная среднемесячная заработная плата средних медицинских работников (тыс. руб. в мес., без начислений), (увеличение на 10% ежегодно, а также на повышающий коэффициент для сельской местности – 1,3)	30,2	43,2	47,5	52,3	57,5	63,2	69,6	130%
Численность фельдшеров (тыс. чел.), без увеличения их численности	22,5	22,5	22,5	22,5	22,5	22,5	22,5	
Численность фельдшеров (тыс. чел.), с учетом увеличения их численности до нормативной (в среднем на 3,3 тыс. чел. ежегодно)	22,5	25,8	29,1	32,4	35,7	39,0	42,0	87%
Итого ФОТ фельдшеров (млрд руб. в год, включая начисления), без увеличения ФОТ и их численности	10,6	10,6	10,6	10,6	10,6	10,6	10,6	
Итого ФОТ фельдшеров (млрд руб. в год, включая начисления), с учетом поэтапного роста их ФОТ на 10% ежегодно, а также на повышающий коэффициент для сельской местности – 1,3 и увеличения численности фельдшеров	10,6	17,4	21,6	26,5	32,1	38,5	45,6	
Дополнительный ФОТ фельдшеров (млрд руб., включая начисления), необходимый для поэтапного роста их ФОТ на 10% ежегодно, а также на повышающий коэффициент для сельской местности – 1,3 и увеличения численности фельдшеров	0,0	6,8	11,0	15,8	21,4	27,9	35,0	118,0

Необходимый фонд оплаты труда (ФОТ) медицинских работников первичного звена в государственных и муниципальных учреждениях, необходимый для приведения численности медицинских работников к актуализированному нормативу и увеличения их заработной платы на 10% ежегодно в текущих ценах (млрд руб., включая начисления 30,2%)

Наименование показателя	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024	Итого
Дополнительный ФОТ врачей-терапевтов участковых и врачей общей практики (ВОП)*	0,0	14,8	40,3	70,2	114,7	148,8	188,4	577,3
Дополнительный ФОТ врачей-педиатров участковых*	0,0	6,4	16,6	31,5	41,1	51,3	63,0	209,9
Дополнительный ФОТ участковых медсестер врачей-терапевтов участковых и ВОП	0,0	14,6	31,9	52,3	76,1	104,0	136,4	415,4
Дополнительный ФОТ участковых медсестер врачей-педиатров участковых	0,0	5,2	11,2	18,3	26,6	36,2	47,4	144,9
Дополнительный ФОТ фельдшеров**	0,0	6,8	11,0	15,8	21,4	27,9	35,0	118,0
ИТОГО дополнительный ФОТ медицинских работников первичного звена	0,0	47,9	111,0	188,1	280,0	368,2	470,2	1465,5

* *Дополнительный ФОТ участковых врачей включает необходимый ФОТ для индексации заработной платы в 1,5 раза для врачей, сдавших экзамен на соответствие трудовым функциям.*

** *Дополнительный ФОТ фельдшеров включает необходимый ФОТ для индексации заработной платы в 1,3 раза на повышающий коэффициент для медицинских работников сельской местности.*

Приложение 4

Нормативы прикрепленного населения на участках в первичном звене по приказам Минздрава России

Наименование должности	Количество должностей или прикрепленного населения			
	приказ от 15.05.2012 № 543н ⁴	приказ от 15.11.2012 № 923н ²	приказ от 16.04.2012 № 366н ³	приказ от 04.08.2006 № 584 ⁴ (утратил силу)
Врач-терапевт участковый (норматив поликлиники)	1700 человек взрослого населения	-	-	-
Медицинская сестра участковая	1,5 должности на каждую должность участкового врача-терапевта	-	-	-

Приложение 4 (продолжение)

Наименование должности	Количество должностей или прикрепленного населения			
	приказ от 15.05.2012 № 543н ¹	приказ от 15.11.2012 № 923н ²	приказ от 16.04.2012 № 366н ³	приказ от 04.08.2006 № 584 ⁴ (утратил силу)
Врач-педиатр участковый	–	–	800 человек детского населения	800 человек детского населения
Медицинская сестра врача-педиатра участкового	–	–	1 должность на 1 штатную единицу врача-педиатра участкового	–
Врач-педиатр участковый (норматив детской поликлиники)	–	–	12,5 штатные должности на 10 тыс. прикрепленного детского населения	–
Медицинская сестра врача-педиатра участкового	–	–	12,5 штатные должности на 10 тыс. прикрепленного детского населения	–
на терапевтическом участке	1700 человек взрослого населения	1 на 1700 человек взрослого населения	–	1700 человек взрослого населения
на терапевтическом участке в сельской местности	1300 человек взрослого населения	1300 человек взрослого населения*	–	–
на участке врача общей практики	1200 человек взрослого населения	–	–	1500 человек взрослого населения
на участке семейного врача	1500 человек взрослого и детского населения	–	–	1200 человек взрослого и детского населения
на комплексном участке	2000 и более человек взрослого и детского населения	–	–	2000 и более человек взрослого и детского населения
на фельдшерском участке	1300 человек взрослого населения	–	–	–

Наименование должности	Количество должностей или прикрепленного населения			
	приказ от 15.05.2012 № 543н ⁴	приказ от 15.11.2012 № 923н ²	приказ от 16.04.2012 № 366н ³	приказ от 04.08.2006 № 584 ⁴ (утратил силу)
Врач-терапевт участковый (цехового врачебного участка, фельдшер при возложении в функции лечащего врача) (норматив врачебной амбулатории)	1700 человек взрослого населения	–	–	–
Медицинская сестра врача-терапевта участкового	1 должность на 1 должность врача-терапевта участкового (врача-терапевта цехового врачебного участка, фельдшера), врача-специалиста (за исключением врача-акушера-гинеколога)	1 должность на 1 врача-терапевта участкового, кроме должностей, полагающихся на население приписного участка, обслуживаемого ФАП	–	–
Фельдшер, акушер, медицинская сестра патронажная (норматив фельдшерско-акушерского пункта, ФАП)	От 700 до 900 жителей – 0 должности; свыше 900 до 1300 жителей – 0,5 должности; свыше 1300 до 1800 жителей – 1 должность; свыше 1800 до 2400 жителей – 1,5 должности; свыше 2400 до 3000 жителей – 2 должности	–	–	–
Фельдшер (норматив фельдшерского пункта)	1 должность	–	–	–
Врач общей практики (семейный врач) [Центр (отделение) общей врачебной практики (семейной медицины)]	1 должность на прикрепленное население: 1200 взрослого населения; 1000 взрослого и детского населения	–	–	–

Наименование должности	Количество должностей или прикрепленного населения			
	приказ от 15.05.2012 № 543н ¹	приказ от 15.11.2012 № 923н ²	приказ от 16.04.2012 № 366н ³	приказ от 04.08.2006 № 584 ⁴ (утратил силу)
Фельдшер (Центр общей врачебной практики)	1 должность на 1 должность врача общей практики (семейного врача)	–	–	–
Медицинская сестра врача общей практики (семейного врача)	2 должности на 1 должность врача общей практики (семейного врача)	–	–	–

* Для районов Крайнего Севера и приравненных к ним местностей, высокогорных, пустынных, безводных и других районов с тяжелыми климатическими условиями, с длительной сезонной изоляцией, а также для местностей с низкой плотностью населения.

СВЕДЕНИЯ ОБ АВТОРАХ

Улумбекова Гузель Эрнстовна – доктор медицинских наук, диплом МВА Гарвардского университета (Бостон, США), руководитель Высшей школы организации и управления здравоохранением (ВШОУЗ), председатель правления Ассоциации медицинских обществ по качеству медицинской помощи и медицинского образования (АСМОК), доцент кафедры общественного здоровья и здравоохранения, экономики здравоохранения педиатрического факультета ФГБОУ ВО «Российский национальный исследовательский медицинский университет им. Н.И. Пирогова» Минздрава России (Москва)
 E-mail: vshouz@vshouz.ru

Калашникова Александра Владимировна – научный сотрудник Научно-исследовательского центра по анализу деятельности системы здравоохранения Высшей школы организации и управления здравоохранением (ВШОУЗ) (Москва)
 E-mail: divine8585@mail.ru

ЛИТЕРАТУРА

1. Приказ Минздравсоцразвития России от 15.05.2012 № 543н «Об утверждении Положения об организации оказания первичной медико-санитарной помощи взрослому населению».
2. http://www.gks.ru/free_doc/new_site/population/trud/itog_monitor/itog-monitor4-17.html/
3. Raffoul M., Moore M., Kamerow D., Bazemore A. A primary care panel size of 2500 is neither accurate nor reasonable // JABFM. 2016. Vol. 2 (4). P. 496–499.
4. Altschuler J., Margolius D., Bodenheimer T., Grumbach K. Estimating a reasonable patient panel size for primary care physicians with team based task delegation // Ann. Fam. Med. 2012. Vol. 10 (5). P. 396–400.
5. Приказ Минтруда России от 21.03.2017 № 293н «Об утверждении профессионального стандарта “Врач-лечебник (врач-терапевт участковый)”».
6. Приказ Минтруда России от 27.03.2017 № 306н «Об утверждении профессионального стандарта “Врач-педиатр участковый”».
7. <http://www.garant.ru/products/ipo/prime/doc/56558653/>
8. Приказ Минздрава России от 27.02.2016 № 132н «О Требованиях к размещению медицинских организаций государственной системы здравоохранения и муниципальной системы здравоохранения исходя из потребностей населения».

9. Приказ Минздрава России от 15.11.2012 № 923н «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи взрослому населению по профилю “терапия”».

10. Приказ Минздравсоцразвития от 16.04.2012 № 366н «Об утверждении Порядка оказания педиатрической помощи» (население в возрасте 0–17 лет).

11. Приказ Минздравсоцразвития от 04.08.2006 № 584 «О порядке организации медицинского обслуживания населения по участковому принципу» (утратил силу).

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

13. Приказ Минздрава России от 14.02.2018 № 73 «О методике расчета потребности в специалистах со

средним профессиональным (медицинским) образованием».

14. Приказ Минздрава России от 06.06.2015 № 290н «Об утверждении типовых отраслевых норм времени на выполнение работ, связанных с посещением одним пациентом врача-педиатра участкового, врача-терапевта участкового, врача общей практики (семейного врача), врача-невролога, врача-оториноларинголога, врача-офтальмолога и врача акушера-гинеколога».

15. 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».

REFERENCES

1. Order of the Ministry of Health and Social Development of Russia from 15.05.2012 N 543n «On approval of the Regulation on the organization of primary health care for adults». (in Russian)

2. http://www.gks.ru/free_doc/new_site/population/trud/itog_monitor/itog-monitor4-17.html.

3. Raffoul M., Moore M., Kamerow D., Bazemore A. A primary care panel size of 2500 is neither accurate nor reasonable. *JABFM*. 2016; 2 (4): 496–9.

4. Altschuler J., Margolius D., Bodenheimer T., Grumbach K. Estimating a reasonable patient panel size for primary care physicians with teambased task delegation. *Ann Fam Med*. 2012; 10 (5): 396–400.

5. Order of the Ministry of Labor of Russia of March 21, 2017 N 293n «On the approval of the professional standard» Physician-physician (district doctor) «.

6. Order of the Ministry of Labor of Russia of 27.03.2017 № 306н «On the approval of the professional standard» Pediatrician pediatrician district». (in Russian)

7. <http://www.garant.ru/products/ipo/prime/doc/56558653/>

8. Order of the Ministry of Health of Russia from 27.02.2016 N 132n «On Requirements for the placement of medical organizations of the public health system and municipal health system based on the needs of the population». (in Russian)

9. Order of the Ministry of Health of Russia from 15.11.2012 № 923н “On approval of the order of rendering

medical care to the adult population on the profile of” therapy.” (in Russian)

10. Order of the Ministry of Health and Social Development of the Republic of Moldova of 16.04.2012 No. 366н “On approval of the Procedure for the provision of pediatric care (population aged 0–17 years)”. (in Russian)

11. Order of the Ministry of Health and Social Development of 04.08.2006 № 584 “On the order of organization of medical services for the population on the basis of the principle (lost force) “. (in Russian)

12. Order of the Ministry of Health of Russia from 26.06.2014 No. 322 “On the methodology for calculating the need for medical personnel”. (in Russian)

13. Order of the Ministry of Health of Russia from 14.02.2018 No. 73 “On the methodology for calculating the need for specialists with secondary professional (medical) education”..(in Russian)

14. Order of the Ministry of Health of the Russian Federation of 06.06.2015 № 290н “On approval of standard industry time standards for the performance of work related to the visit of a pediatrician district doctor, a district doctor, a general practitioner (family doctor), a neurologist, a doctor – otorinolaryngologist, ophthalmologist and obstetrician-gynecologist.” (in Russian)

15. Resolution of the Government of the Russian Federation of December 8, 2017 No. 1492 “On the Program of State Guarantees of Free Medical Assistance to Citizens for 2018 and for the planning period of 2019 and 2020.” (in Russian)

Предложения Общероссийского народного фронта в паспорт федерального проекта «Здоровый образ жизни»*

Offers of the All-Russian People's Front in the passport of the federal project "Healthy lifestyle"

Предлагаем ознакомиться с результатом работы группы экспертов по подготовке предложений в федеральный проект «Здоровый образ жизни» национальной программы «Демография», организованной Общероссийский народным фронтом (ОНФ). Эти предложения переданы в Министерство здравоохранения РФ и Министерство труда и социальной защиты РФ за месяц до представления этими ведомствами своих вариантов проектов.

Работа была организована следующим образом. Сразу после послания Президента РФ В.В. Путина Федеральному собранию (1 марта 2018 г.) между ОНФ и Высшей школой организации и управления здравоохранением (ВШОУЗ) была достигнута договоренность о совместной деятельности, направленной на обеспечение эффективной реализации национальных целей, поставленных Президентом РФ. В частности, была разработана программа действий по привлечению экспертного сообщества для формирования набора потенциально необходимых мероприятий для реализации целей послания, обсуждения их возможной эффективности и степени приоритетности. Специалистами ВШОУЗ была начата аналитическая работа по предполагаемым направлениям проектов с анализом действующей нормативной базы, изучением международного опыта, формированию структуры предполагаемых итоговых документов.

Указ Президента РФ от 7 мая 2018 г. «О национальных целях и стратегических задачах развития Российской Федерации на период до 2024 года» конкретизировал параметры национальных целей и основных направлений их достижения. Уже 12 мая 2018 г. актив ОНФ провел первое установочное совещание, к которому ВШОУЗ были подготовлены основные положения и предложения. Далее проходило их обсуждение. В целом в работе экспертных групп приняло участие несколько десятков специалистов. Это представители федеральных и региональных ведомств и учреждений, научных и общественных организаций. Наиболее развернутые и обоснованные предложения и замечания поступили от директора ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр профилак-

* Подготовил **Прохоренко Николай Федорович** – ответственный за формирование проекта и его методологическое обеспечение, первый проректор Высшей школы организации и управления здравоохранением (ВШОУЗ), сомодератор направления «Демография» Общероссийского народного фронта.

тической медицины» Минздрава России **О.М. Драпкиной**, руководителя ВШОУЗ **Г.Э. Улумбековой**, директора НИИ наркологии **Т.В. Клименко**, главного внештатного психиатра-нарколога Минздрава России **Е.А. Брюна**, депутата Государственной Думы РФ **Н.Ф. Герасименко**, главного врача ФБУЗ Астраханской области «Областной наркологический диспансер» **Т.А. Улезко**.

Участие в обсуждении приняли также член Комитета Совета Федерации по социальной политике **Т.А. Кусайко**, директор НИИ урологии и интервенционной радиологии им. Н.А. Лопаткина – филиала ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр радиологии» Минздрава России **О.И. Аполихин**, профессор факультета государственного управления ФГБОУ ВО «Московский государственный университет им. М.В. Ломоносова» **Н.С. Григорьева**. Был организован сбор предложений ото всех региональных штабов ОНФ.

Завершающим этапом стало формирование проекта специалистами ВШОУЗ с предметной трактовкой, логикой реализации, четким разделением по приоритетам, задачам и мероприятиям, наборам целевых показателей достижения результата в динамике по годам осуществления национальных программ, а также в формате, максимально приближенном к регламентируемому законодательством.

1. Основные положения

Наименование национального проекта	Здоровый образ жизни		
Краткое наименование федерального проекта	«Жить и не болеть»	Срок начала и окончания проекта	01.01.2019–31.12.2024
Куратор федерального проекта	Т.А. Голикова, заместитель Председателя Правительства РФ по вопросам социальной политики		
Старшее должностное лицо			
Руководитель федерального проекта	В.И. Скворцова, министр здравоохранения РФ		
Администратор федерального проекта			
Связь с государственными программами Российской Федерации	<ul style="list-style-type: none"> • «Концепция государственной политики по снижению масштабов злоупотребления алкоголем и профилактике алкоголизма среди населения Российской Федерации на период до 2020 года»; • «Основы государственной политики Российской Федерации в области здорового питания населения на период до 2020 года»; • «Стратегия повышения качества пищевой продукции в Российской Федерации до 2030 года» и план мероприятий по ее реализации»; • «Информационно-коммуникационная стратегия по формированию здорового образа жизни, борьбе с потреблением алкоголя и табака, предупреждению и борьбе с немедицинским потреблением наркотических средств и психотропных веществ на период до 2020 года»; • «Стратегия государственной антинаркотической политики Российской Федерации до 2020 года»; • «Концепция демографической политики Российской Федерации на период до 2025 года»; 		

Основные положения

	<ul style="list-style-type: none"> • «Национальная стратегия действий в интересах детей на 2012–2017 годы»; • «Стратегия действий в интересах граждан старшего поколения в Российской Федерации до 2025 года»; • Подпрограмма № 1 «Профилактика заболеваний и формирование здорового образа жизни. Развитие первичной медико-санитарной помощи» Государственной программы Российской Федерации «Развитие здравоохранения»; • Государственная программа Российской Федерации «Развитие физической культуры и спорта» и Стратегия развития физической культуры и спорта в Российской Федерации на период до 2020 года; • Государственная программа Российской Федерации «Охрана окружающей среды» на 2012–2020 годы».
--	--

2. Цель и показатели федерального проекта

Увеличение доли граждан, ведущих здоровый образ жизни									
№ п/п	Наименование показателя	Тип показателя	Базовое значение по 2017 г.	Период, год					
				2019	2020	2021	2022	2023	2024
1.	Увеличение доли граждан, ведущих здоровый образ жизни (с оценкой по индексу приверженности к здоровому образу жизни)	основной	30%	33%	38%	42%	45%	48%	50%
1.1.	Уменьшение потребления алкогольных напитков в расчете на душу населения, литров чистого этилового спирта	дополнительный	12,4	12,0	11,0	10,5	10,0	9,5	9,0
1.2.	Уменьшение потребления крепких алкогольных напитков в расчете на душу населения, литров чистого этилового спирта	дополнительный	6,9	6,7	6,1	5,6	4,9	4,6	4,4
1.3.	Уменьшение доли ежедневно курящего населения старше 15 лет	дополнительный	33%	30%	26%	23%	20%	17%	15%
1.4.	Уменьшение доли наркозависимого населения	дополнительный	5,5%	5,3%	5,0%	4,6%	4,2%	3,8%	3,4%
1.5.	Увеличение доли населения, систематически занимающихся физкультурой и спортом	дополнительный	33%	36%	41%	46%	50%	53%	55%
1.6.	Увеличение доли граждан, удовлетворенных наличием объектов для занятий физической культурой и спортом в шаговой доступности	дополнительный	39%	40%	44%	50%	52%	54%	55%

3. Задачи и результаты федерального проекта

№ п/п	Наименование задачи, результата	Характеристика результата, примечания
1.	Создание организационной структуры проекта по уровням управления и ответственности	
1.1.	На федеральном уровне созданы межведомственный проектный комитет для общей координации и организации реализации проекта, а также рабочие группы специалистов (включая независимых экспертов для текущей оценки, контроля и мониторинга эффективности) по разработке и методологическому сопровождению проекта, развитию системы статистического наблюдения в сфере формирования здорового образа жизни с учетом междунородных рекомендаций, а также выработки межотраслевых требований, обеспечения условий и формирования устойчивой мотивации к здоровому образу жизни	Формирование основного центра ответственности, межведомственной координации и методического руководства
1.2.	На региональных уровнях созданы координационные органы, в том числе рабочие группы специалистов для методологически корректной реализации проекта, обеспечения оперативной обратной связи и текущего мониторинга с учетом местных особенностей и полномочий	Формирование региональных центров для координации и мониторинга результатов проекта на уровне региона
1.3.	На уровне смежных отраслей созданы координационные органы служб и ведомств согласно утвержденного перечня	Формирование центров ответственности смежных отраслей для эффективной координации проекта
1.4.	По линии работодателей при Федеральной инспекции труда, региональных отделениях государственной инспекции труда с участием Союза работодателей, отраслевых профсоюзов и других заинтересованных в проекте субъектов созданы координационные органы	Обеспечение массовости реализации проекта с использованием дополнительных путей и возможностей достижения цели
2.	Уменьшение потребления алкогольной продукции и распространения табакокурения у населения Российской Федерации	
2.1.	Создана положительная мотивация трезвого образа жизни, отказа от табака и его суррогатов (далее общий термин – табакокурение, табачная продукция) – более 75% населения считают, что это нужно и знают почему	Необходимый уровень охвата для воздействия популяционного масштаба
2.1.1.	Более 85% населения осведомлено о негативных последствиях потребления алкогольной продукции и табакокурения по 3 направлениям: нужно делать (резкое сокращение вплоть до прекращения употребления алкогольной продукции), не стоит делать (негативные последствия с большой вероятностью), нельзя делать (прямой вред здоровью и социальным аспектам жизни)	Уровень охвата подчеркивает первостепенную важность борьбы с этими двумя факторами риска
2.1.2.	Подготовлены аргументы и применяются в пропаганде здорового образа жизни для опровержения всех мифов: пользы небольших доз алкоголя, воспитания культуры потребления	Борьба с подобными мифами очень важна, так как они распространяются и

Задачи и результаты федерального проекта (продолжение)		
№ п/п	Наименование задачи, результата	Характеристика результата, примечания
	алкоголя в подростковом возрасте, безвредности суррогатов табака (вейпы, кальяны, электронные сигареты, насувай и т.п.), безвредности пассивного табакокурения и других по мере их появления в медийном пространстве – нет мифов о безвредности потребления алкогольной и табачной продукции без адресного аргументированного и активного информационного противодействия	транслируются в виде, предполагающем доверительное сообщение дополнительных важных сведений
2.1.3.	Реализованы результативный маркетинг и продвижение трезвого образа жизни с отказом от табакокурения	
2.1.3.1.	Ужесточены ограничения всех форм продвижения алкогольной и табачной продукции, создания привлекательности их потребления: реклама, информация, художественные произведения, все формы создания позитивного образа героя, курящего и употребляющего алкогольную продукцию, а также ограничения на все формы продвижения производителей, посредников и продавцов (реализаторов) по всей цепочке оборота алкогольной и табачной продукции – постоянно вводятся новые ограничения, прежние ограничения ужесточаются, список исключений уменьшается	Постоянный и расширяющийся прессинг – основа борьбы с массовыми вредными привычками, доказавший свою эффективность во многих странах
2.1.4.	Оказывается активное и результативное информационное противодействие лоббизму и всем другим формам реализации заинтересованности бенефициаров оборота алкогольной и табачной продукции всех уровней, противоречащим действиям и интересам общественного здравоохранения – нет направлений реализации интересов оборота алкогольной и табачной продукции без адресного аргументированного и активного информационного противодействия	Необходимо четко противопоставлять подобные попытки общенациональным интересам более приоритетного уровня
2.2.	Доступность алкогольной и табачной продукции постоянно снижается	
2.2.1.	Ценовая политика сферы оборота алкогольной и табачной продукции оказывает активное управляющее воздействие, содействуя отказу населения от алкогольной и табачной продукции – постоянная позитивная динамика доли отказавшихся от алкогольной и табачной продукции	Необходимы целенаправленные разъяснения о направлении дополнительного дохода от реализации каждой единицы такой вредоносной продукции на компенсацию негативных последствий ее употребления
2.2.1.1.	Наблюдается постоянный рост акцизов, косвенных налогов и сборов всех звеньев цикла оборота алкогольной и табачной продукции, ее продвижения – динамика совокупной ценовой нагрузки, выраженной в динамике розничных цен, не менее 30% в год с доведением доли акцизов в цене конечной продукции не менее 70%	Меньший ценовой прессинг, находящийся в пределах инфляции или чуть выше, не оказывает должного ограничительного воздействия

Задачи и результаты федерального проекта (продолжение)

№ п/п	Наименование задачи, результата	Характеристика результата, примечания
2.2.2.	Происходит постоянное дополнительное ужесточение требований к участникам оборота алкогольной продукции в отношении территориальной, регламентной и временной доступности точек ее реализации:	
2.2.2.1.	Введен запрет на размещение в жилых домах и спальных районах (необходима дефиниция спального района)	
2.2.2.2.	Введен запрет на совместную реализацию с другими товарами (специализированная торговая точка с отдельным помещением, оборудованным средствами видеофиксации и звукозаписи у кассовых аппаратов с удаленным доступом служб контроля и надзора за выполнением требований отпуска алкогольной продукции)	
2.2.2.3.	Введен запрет деятельности таких пунктов реализации алкогольной продукции, как рюмочные и им подобных	
2.2.2.4.	Введен запрет на реализацию в дни национальных праздников и событий детской и социальной тематики (1 сентября, Последний звонок, День семьи, День детей), а также в последующем в выходные дни 1 раз в месяц, Волна трезвости по муниципальным образованиям и регионам, движения «Город без табака», «Наш дом не курит», «Территория трезвости» и им подобных; последовательное ограничение реализации в другие дни до временного интервала с 14:00 до 17:00	
2.2.3.	Возрастная цена на приобретение алкогольной и табачной продукции повышена до 21 года	
2.3.	Обеспечена требуемая степень вовлечения системы здравоохранения в реализацию проекта:	
2.3.1.	Проведено и системно продолжается информирование и обучение медицинских работников первичного звена навыкам антиалкогольной и антитабачной пропаганды, выявления групп риска, реализации регламентов маршрутизации первичной и вторичной профилактики алкоголизма и табакокурения – 90% медработников целевой группы проинформированы, обучены навыкам и демонстрируют не менее чем 85% уровень усвоения материала	
2.3.2.	Наркологическая служба модернизирована и укреплена:	Необходимо укрепление позиций службы и сосредоточение профессиональных компетенций
2.3.2.1.	Введено преподавание дисциплины «наркология» в федеральные образовательные стандарты вузов медицинского профиля и обеспечено ее преподавание достаточным количеством часов, что позволит реально выполнить пункт 2.2.1 Плана мероприятий по	

№ п/п	Наименование задачи, результата	Характеристика результата, примечания
	<p>реализации Стратегии государственной антинаркотической политики Российской Федерации «Обеспечить укрепление и повышение квалификации кадрового состава, увеличение численности и материально-технического обеспечения специализированных наркологических учреждений, входящих в номенклатуру учреждений здравоохранения, утверждаемую Министерством здравоохранения и социального развития Российской Федерации», и пункт 2.2.4 «Рекомендовать медицинским вузам создать курсы «Наркологии» при кафедрах «Психиатрии» и включить обязательное изучение вопросов наркологии в учебные программы высшего, послевузовского и дополнительного профессионального образования»</p>	
2.3.2.2.	В программы последипломного образования врачей всех специальностей введены соответствующие разделы по вопросам наркологии	
2.3.2.3.	При наркологических службах организованы и системно проводятся обучающие профилактические мероприятия для специалистов первичного звена и лиц, работающих с детьми и в молодежной среде	
2.3.2.4.	Вопросы профилактики наркологических расстройств включены в программы аттестации специалистов с высшим и средним медицинским образованием	
2.3.3.	Обеспечено снижение латентности наркологической патологии: отменены положения приказа № 302н, устанавливающего для медицинских организаций обязанности постановки на наркологический учет добровольно обратившихся за медицинской помощью пациентов, оставив эту норму в отношении лиц, совершивших противоправные действия, и пациентов с рецидивами периодов злоупотребления алкоголем и высоким риском совершения противоправных действий	
2.3.4.	Для всех многопрофильных соматических стационаров второго и третьего уровня установлена обязанность ввести штатную должность врача-нарколога	Установлено значительное распространение алкоголизма среди пациентов этих стационаров, а также преобладающая доля алкогольно-ассоциированных заболеваний, требующих активного профессионального сопровождения в процессе лечения основного заболевания
2.3.5.	В статью 13 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ внесены изменения об обязательности передачи сведений и направлении врачами первичного звена и врачами других специальностей к наркологам вновь выявленных пациентов	Необходимые изменения для результативной маршрутизации пациентов

Задачи и результаты федерального проекта (продолжение)

№ п/п	Наименование задачи, результата	Характеристика результата, примечания
2.4.	Права работодателей расширены дополнением Трудового кодекса Российской Федерации нормой об обязательном медицинском освидетельствовании на состояние алкогольного или иного токсического опьянения работника, в отношении которого у администрации есть основания подозревать, что он находится в состоянии опьянения (в том числе и до начала рабочего времени), а также о возможности дополнительных ограничительных мер в отношении табакокурения (в том числе на территории предприятия, в отношении отдельных групп сотрудников)	
2.5.	Расширено участие некоммерческих организаций и объединений в антиалкогольной и антитабачной пропаганде, мерах воздействия и обеспечения обратной связи – постоянная положительная динамика вовлечения	
2.6.	Проведено целенаправленное изменение законодательства:	Системная работа совместно с экспертным сообществом по возможно более детальной проработке конкретных формулировок и проработке конкретных правовых последствий
2.6.1.	Все вышеизложенные инициативы, требующие изменений нормативных актов, законодательно оформлены и приняты	
2.6.2.	Категория патологии «психические и поведенческие расстройства вследствие употребления психоактивных веществ» включена в перечень социально значимых заболеваний и заболеваний, представляющих опасность для окружающих	
2.6.3.	Введена государственная монополия на производство этилового спирта и алкогольной продукции с содержанием спирта 28% и более	
2.6.4.	Ужесточено наказание за нарушения и преступления, совершенные в состоянии алкогольного опьянения (в том числе в отношении водителей транспортных средств, с концентрацией абсолютного этилового спирта с 0,3 до 0,8 г/1 л крови – прогрессивно растущий штраф, а с определенного уровня содержания алкоголя в крови, например с 0,8 промилле, введение уголовной ответственности)	
2.6.5.	Ужесточена ответственность за нарушение мер ограничительного характера и за нелегальное производство, в том числе легальными производителями, и продажу нелегального алкоголя и табачной продукции до достижения реально заградительного уровня: а) за производство нелегального алкоголя легальным производителем –	

№ п/п	Наименование задачи, результата	Характеристика результата, примечания
	безвозвратное лишение лицензии и уголовная ответственность; б) за нелегальное производство алкоголя – уголовная ответственность до 2 лет лишения свободы; в) за продажу нелегального алкоголя и сигарет – штраф до 100 МРОТ непосредственного исполнителя (продавца) и безвозвратное лишение лицензии собственника торговой точки; повторно – уголовная ответственность; г) штрафы за нарушение мер ограничительного характера 50–100 МРОТ	
2.6.6.	Введены акцизы на всю спиртосодержащую продукцию, включая парфюмерию, косметику, бытовую химию, аптечные товары	Отмечена большая изобретательность бенефициаров оборота алкогольной продукции в ее маскировке под товары неограниченного распространения
2.6.7.	Введены нормы подтверждения трезвого образа жизни в период законодательных ограничений, связанных со злоупотреблением алкоголя (например, лишение права управления транспортным средством, допуска к определенному виду работам)	Обеспечивает исполнение основной цели ограничительных мер – увеличение мотивации к трезвому образу жизни
2.6.8.	Расширены полномочия региональных и муниципальных органов власти в отношении установления более жестких ограничений доступности алкогольной и табачной продукции, ее продвижению и обороту	Отмечена большая изобретательность бенефициаров оборота табачной продукции в ее маскировке под товары неограниченного распространения
2.6.9.	Во всех законодательных нормах, регулирующих потребление табака, указано, что под эти нормы подпадает употребление табака во всех формах, в том числе в форме электронных сигарет и насвая	
2.6.10.	В отношении условно осужденных (п. 5 ст. 73 УК России) и осужденных (ч. 3 ст. 18 УИК России) наряду с обязательным лечением от алкоголизма и наркомании предусмотрены обязательные профилактические мероприятия антиалкогольного и антинаркотического характера для лиц с пагубным употреблением алкоголя и наркотиков	
2.6.11.	В КоАП России наряду с обязанностью наркопронарушителей пройти диагностику, профилактические мероприятия, лечение и реабилитацию в связи с потреблением наркотиков без назначения врача (п. 2.1 ст. 4.1 и ст. 6.9.1 КоАП), предусмотрено недобровольное медицинское освидетельствование на наличие алкогольной зависимости лиц, совершивших административные правонарушения в состоянии алкогольного опьянения: введена система обязательного лечения от алкоголизма (для больных алкоголизмом) и обязательные профилактические мероприятия (для лиц с пагубным потреблением алкоголя)	

Задачи и результаты федерального проекта (продолжение)

№ п/п	Наименование задачи, результата	Характеристика результата, примечания
2.6.12.	<p>Внесены изменения в части обязательного освидетельствования, лечения и последующей реабилитации:</p> <ul style="list-style-type: none"> – лиц, лишенных родительских прав и злоупотребляющих алкоголем, совершивших административные правонарушения или уголовные преступления в состоянии алкогольного опьянения и имеющие алкогольную зависимость (не лишенных свободы); – злоупотребляющих алкоголем с социальным поведением (зlostных пьяниц) по заявлению родственников, соседей или в обстоятельствах административных нарушений – лиц, злоупотребляющих алкоголем, ведущих социальный образ жизни и представляющих опасность для себя или окружающих, на основании решения суда по заявлению близких родственников или сотрудников правоохранительных органов, с последующим решением с учетом результатов освидетельствования об обязательном лечении и медицинской реабилитации (по аналогии с Федеральным законом от 25 ноября 2013 г. № Ф3-313) 	
2.6.13.	<p>Разработаны и приняты законодательные нормы об обязательном (принудительном) лечении лиц, страдающих алкогольной зависимостью и ведущих социальный образ жизни, совершивших административные правонарушения и представляющих опасность для себя и окружающих</p> <p>В ст. 70 Семейного кодекса Российской Федерации внесена обязанность (по решению суда) пройти лечение и реабилитацию от алкоголизма и наркомании лицам, в отношении которых решается вопрос о лишении (ограничении) родительских прав</p>	
2.6.14.	<p>Введены изменения в Трудовой кодекс Российской Федерации, определяющие, что для отдельных категорий работников могут предусматриваться обязательные (регламентные) медицинские осмотры с химико-токсикологическими исследованиями (техногенно опасные предприятия и объекты, включая потенциально опасные)</p>	
2.6.15.	<p>Введена норма обязательного проведения химико-токсикологических исследований биологических сред (мочи) на наркотические вещества и психотропные средства в порядки прохождения предварительных медицинских осмотров при поступлении на работу (учебу), выдачу медицинского заключения на право управления транспортным средством, лицам в возрасте до 29 лет</p>	

№ п/п	Наименование задачи, результата	Задачи и результаты федерального проекта (продолжение)
2.6.16.	<p>Проведены гармонизация и устранение существующих противоречий в следующих нормативных актах:</p> <ul style="list-style-type: none"> – приказ Минздрава России от 15 июня 2015 г. № 344н «О проведении обязательного медицинского освидетельствования водителей транспортных средств (кандидатов в водители транспортных средств»); – приказ Минздрава России от 18 декабря 2015 г. № 933н «О порядке проведения медицинского освидетельствования на состояние опьянения (алкогольного, наркотического или иного токсического)»; – приказ Минздрава России от 30 декабря 2015 г. № 1034н «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», утвержден Порядок диспансерного наблюдения за лицами с психическими расстройствами и (или) расстройствами поведения, связанными с употреблением психоактивных веществ, одновременно с этим продолжает действовать приказ Минздрава СССР от 12 сентября 1988 г. № 704 «О сроках диспансерного наблюдения больных алкоголизмом, наркоманиями и токсикоманиями»; – приказ Минздрава России от 29 января 2016 г. № 39н «Об утверждении порядка прохождения работниками подразделений транспортной безопасности ежегодного медицинского осмотра, предусмотренного статьей 12.3 Федерального закона от 9 февраля 2007 г. № 16-ФЗ «О транспортной безопасности»; – приказ Минздрава России от 17 мая 2016 г. № 299н «Об утверждении стандарта первичной специализированной медико-санитарной помощи при синдроме зависимости, вызванном употреблением психоактивных веществ»; – приказ Минздрава России от 17 мая 2016 г. № 300н «Об утверждении стандарта специализированной медицинской помощи при пагубном употреблении психоактивных веществ»; – приказ Минздрава России от 17 мая 2016 г. № 301н «Об утверждении стандарта первичной специализированной медико-санитарной помощи при пагубном употреблении психоактивных веществ»; – приказ Минздрава России от 17 мая 2016 г. № 302н «Об утверждении стандарта специализированной медицинской помощи при синдроме зависимости, вызванном употреблением психоактивных веществ»; 	<p>Характеристика результата, примечания</p>

Задачи и результаты федерального проекта (продолжение)

№ п/п	Наименование задачи, результата	Характеристика результата, примечания
	<p>– приказ Минздрава России от 30 июня 2016 г. № 441н «О порядке проведения медицинского освидетельствования на наличие медицинских противопоказаний к владению оружием и химико-токсикологических исследований наличия в организме человека наркотических средств, психотропных веществ и их метаболитов»;</p> <p>– приказ Минздрава России от 22 декабря 2016 г. № 988н о порядке выдачи справки об отсутствии у работников, которые в соответствии со своими трудовыми обязанностями должны иметь доступ к наркотическим средствам, психотропным веществам, внесенным в список I и таблицу IV перечня наркотических средств, психотропных веществ и их прекурсоров, подлежащих контролю в Российской Федерации, прекурсорам или культивируемым наркосодержащим растениям, заболеваний наркоманией, токсикоманией, хроническим алкоголизмом</p>	
2.6.17.	<p>Разработаны порядки медицинского освидетельствования, предусмотренные Федеральным законом от 13 июля 2015 г. № 230-ФЗ «О внесении изменений в некоторые законодательные акты Российской Федерации», обязывающие проводить медицинское освидетельствование и химико-токсикологические исследования у лиц:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Частных детективов и частных охранников (ст. 6 и 11 Закона Российской Федерации от 11 марта 1992 г. № 2487-1). 2. Специалистов авиационного персонала (ст. 52 Воздушного кодекса Российской Федерации). 3. Граждан при постановке на воинский учет, призыве или поступлении на военную службу по контракту, поступлении в мобилизационный людской резерв, поступлении в военные профессиональные образовательные организации и военные образовательные организации высшего образования, заключении с Министерством обороны Российской Федерации договора об обучении на военной кафедре при федеральной государственной образовательной организации высшего образования по программе военной подготовки офицеров запаса, программе военной подготовки сержантов, старшин запаса либо программе военной подготовки солдат, матросов запаса, призыве на военные сборы, прохождении альтернативной гражданской службы, а также граждане, ранее признанные ограниченно годными к военной службе по состоянию здоровья (ст. 5 Федерального закона от 28 марта 1998 г. № 53-ФЗ). 	

№ п/п	Наименование задачи, результата	Характеристика результата, примечания
	<p>4. Военнослужащих, проходящих военную службу по контракту (Федеральный закон от 27 мая 1998 г. № 76-ФЗ).</p> <p>5. Лиц, допущенных к работе на судне (Кодекс торгового мореплавания Российской Федерации).</p> <p>6. Членов экипажа судна и работающих на судне (Кодекс внутреннего водного транспорта Российской Федерации).</p> <p>7. Иностранцев граждан (ст. 13.3 Федерального закона от 25 июля 2002 г. № 115-ФЗ).</p> <p>8. Принимаемых на работу, непосредственно связанную с движением поездов и маневровой работой, и работников, выполняющих такую работу (ст. 25 Федерального закона от 10 января 2003 г. № 17-ФЗ).</p> <p>9. Сотрудников органов внутренних дел (ст. 12 Федерального закона от 30 ноября 2011 г. № 342-ФЗ)</p>	
2.6.18.	<p>Законодательно обеспечены <i>внезапность и обязательность тестирования в школах на предмет обнаружения наркотических веществ</i></p>	<p>Эффективные меры предупреждения употребления алкоголя, табака и других психоактивных веществ</p>
2.6.19.	<p>Внесены изменения в приказ Минздрава России № 302н о Порядке прохождения предварительных медицинских осмотров при поступлении на работу (учебу) в отношении проведения их только в государственных учреждениях по месту регистрации (жительства) граждан</p>	
2.7.	<p>Предусмотрена обязательность наличия (при ведомстве, имеющем право насильственного удержания граждан) во всех населенных пунктах более 10 тысяч человек спецприемников временного содержания и социальной помощи специализированного типа (вырезвители) для лиц, находящихся под воздействием алкогольного или наркотического воздействия и утративших способность ориентироваться в окружающей обстановке и самостоятельно передвигаться, с высоким риском совершения правонарушений (требуется дефиниция), а также смерти или наступления вреда их здоровью (среднего или тяжелого) от внешних причин</p>	<p>Вынужденное функциональное замещение таких пунктов учреждениями системы здравоохранения не является полноценным, часто не относится к зоне ответственности системы здравоохранения и рождает большое количество правовых коллизий</p>
3.	<p>Достигнут достаточный для этого временного периода уровень двигательной активности у населения Российской Федерации</p>	
3.1.	<p>Ведется широкое информирование о необходимости вести активный образ жизни с посильным уровнем физической активности: в любом возрасте, различных условиях</p>	<p>Необходимо добиться всеобщей и уверенной осведомленности о том, какая</p>

Задачи и результаты федерального проекта (продолжение)

№ п/п	Наименование задачи, результата	Характеристика результата, примечания
		<p>физическая активность полезна для здоровья:</p> <ul style="list-style-type: none"> - умеренная по интенсивности [3–6 метаболических единиц (МЕ) по сравнению с 1 МЕ в состоянии покоя], вызывающая учащение сердцебиения не меньше чем в 1,5 раза и до отчетливого ощущения тепла с умеренным потоотделением; - продолжительностью от 30 до 90 мин (более интенсивная и с увеличением возраста короче, у молодых и менее интенсивная – дольше); - постоянная, периодическая (не менее 5 раз в неделю)
3.2.	<p>В информационную среду внедрено 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, все формы периодической социально-позитивной активности, требующие повышенной траты энергии по сравнению с обычным состоянием покоя</p>	
3.3.	<p>Расширены требования к рекреационным нормативам градостроения; подобные нормы для внегородского зонирования, строительства и создания инфраструктуры разрабатаны</p>	
3.3.1.	<p>Введена обязательность наличия зеленых зон с пешеходными и велосипедными дорожками с нормативно регулируемыми характеристиками их инфраструктуры, соединяющих жилые районы, микрорайоны, пригородные зоны, культурно-развлекательные и торговые промышленные объекты друг с другом и другими объектами инфраструктуры повышенного спроса населения</p>	<p>Требуемыми характеристиками маршрутов следует считать следующие: протяженные участками не менее 5–7 км для пешеходов и 10–15 км для велосипедов, самокатов...); непрерывные (не требующие остановок более чем на 1–1,5 мин и с возможностью комфортного перемены средства передвижения), освещенные в темное время суток, с наличием</p>

№ п/п	Наименование задачи, результата	Задачи и результаты федерального проекта (продолжение)	Характеристика результата, примечания
3.3.2.	Введена обязательность наличия достаточного количества и качества (необходима дефиниция) дворовых уличных тренажеров и плоскостных спортивно-физкультурных сооружений (площадки, секторы, локальные зоны) с информацией об их размещении, правилах использования, правилах игры, рекомендуемых комплексах упражнений, технике безопасности и контактных данных ответственных за техническое состояние и эксплуатацию объекта		лавочек (не реже чем через 1 км) и иных мест отдыха, туалетов (не реже чем через 3 км) и доступом к питьевой воде, по возможности с озеленением, максимальным удалением от транспортных магистралей, желательно вдоль естественных или искусственных водных объектов
3.4.	Разработаны и введены базовые минимальные требования в отношении оборудования рабочих мест, планирования территории предприятий, регламента работы, способствующих дополнительной физической активности у лиц нефизического труда		Обеспечена соответствующая мотивация работодателей
3.5.	Разработаны критерии использования и определен возможный объем частичного субсидирования механизмами сооплаты занятий определенных групп граждан оздоровительной физической активностью		Имущественное выравнивание, снятие барьеров для неимущих
3.6.	Создана единая система региональных и национальных троп на муниципальных землях, территориях лесного фонда и региональных особо охраняемых природных территорий (после выполнения поручения профильному Техническому комитету по стандартизации в отношении разработки национального стандарта в целях нормативного определения терминов «национальная тропа», «природно-рекреационная тропа», «природно-рекреационная деятельность»)		Местный туризм – доступный и привлекательный вид физической активности. Важной особенностью следует считать его групповой характер: одноклассники, семья, корпоративные группы, тематические группы и т.п.
4.	У населения Российской Федерации сформирована мотивация и созданы условия следовать принципам здорового питания		
4.1.	Первостепенными мерами являются: – восстановление системы подготовки квалифицированных кадров в области питания и создание национальной системы просвещения по вопросам здорового питания;		А также другие задачи, результаты и мероприятия с механизмами их реализации в отношении здорового питания, системно

Задачи и результаты федерального проекта (продолжение)

№ п/п	Наименование задачи, результата	Характеристика результата, примечания
	<ul style="list-style-type: none"> – внедрение обязательной системы маркировки продуктов питания по степени вредности для организма в рамках борьбы с ожирением населения; – введение требований к предпрятиям пищевой промышленности, торговли и общественного питания об обязательности йодирования поваренной соли и обогащения муки и других пищевых продуктов витаминами и солями железа; – разработка мер по повышению ответственности недобросовестных производителей и поставщиков продуктов питания 	<p>представленные в проекте Стратегии формирования здорового образа жизни населения, профилактики и контроля неинфекционных заболеваний на период до 2025 г. Тема здорового питания в указанном проекте разработана глубоко и должна войти в данную программу целиком</p>
5.	<p>Необходимые условия эффективной реализации проекта и формирования мотивации следования принципам здорового образа жизни у населения Российской Федерации созданы</p>	<p>Это те условия, без которых реализация других мер будет малоэффективной</p>
5.1	<p>По линии тематической научно-исследовательской и социологической деятельности:</p>	
5.1.1	<p>В Российской Федерации проведено широкомасштабное комплексное исследование распространённости и характеристик потребления алкогольной продукции, табакокурения, недостаточной двигательной активности и питания, охвата населения профилактическими осмотрами и вакцинопрофилактикой</p>	<p>Последние подобные исследования проведены около 10 лет назад и во многом уже не актуальны</p>
5.2.	<p>У лиц, принимающих решения (в государственных органах власти, ведомствах, службах и агентствах всех уровней), обеспечен требуемый уровень знаний по вопросам общественной значимости бремени заболеваний, отказа от профилактических осмотров и вакцинопрофилактики, здорового образа жизни – не менее 85% владения материалом у 90% численности целевой группы</p>	<p>Принципиально важный подход для обеспечения межведомственной реализации проекта</p>
5.3.	<p>Обеспечены должная квалификация, осведомленность и владение практическими навыками у всех лиц, задействованных в пропаганде здорового образа жизни (в первую очередь, врачей первичного звена здравоохранения) с организацией в рамках непрерывного послдипломного образования тематического усовершенствования, а также созданием необходимого методического материала, образовательных модулей и профессионального стандарта по специальности превентолог (целенаправленная деятельность по созданию устойчивой мотивации приверженности здоровому образу жизни и другим мер профилактики хронических неинфекционных заболеваний с учетом особенностей целевых групп воздействия – по возрасту, полу, культурологическим, социальным, этническим, территориальным и иным особенностям)</p>	<p>Уровень осведомленности этих групп населения должен значительно превосходить таковой у остального населения для грамотной и убедительной агитации и контаргументации</p>

№ п/п	Наименование задачи, результата	Задачи и результаты федерального проекта (продолжение)	Характеристика результата, примечания
5.4.	<p>Фактически выполняются базовые принципы информационной кампании:</p> <p>По наиболее востребованным каналам информации (в первую очередь – телевидение, социальные сети, мессенджеры, другие популярные мобильные приложения) создан массивный (способами, охватывающими все население) сочетанный (по всем востребованным каналам) постоянный (круглосуточный) интенсивный (частый и многообразный) релевантный (соответствующий целевой группе и способу воздействия) информационный поток:</p> <ul style="list-style-type: none"> – мотивирующий приверженность к здоровому образу жизни; – создающий четко сформированное чувство ответственности за свое здоровье и за здоровье своих близких; – однозначно связывающий успешность в жизни со здоровьем; – осуждающий неграмотность в этой сфере; – доказательный в отношении очевидных и неотвратимых негативных последствий при невыполнении рекомендаций; – создающий отрицательный имидж лиц, следующих вредным привычкам 	Только сочетание всех перечисленных требований к результату даст ожидаемый эффект	
5.5.	<p>Обеспечена наибольшая степень информационного и управляющего воздействия на приоритетные группы населения – детей и подростков, беременных женщин с организацией Школ здоровья при детских образовательных учреждениях, детских поликлиниках и женских консультациях</p>	Это группы перспективного воздействия и наименее устойчивые к негативным последствиям нездорового образа жизни	
5.6.	<p>Обеспечена максимальная методологическая и организационная помощь в деятельности общественных организаций, основной деятельностью которых является пропаганда здорового образа жизни и профилактика неинфекционных заболеваний, а также детским, женским и семейным общественным организациям и объединениям – необходима разработка критериев обоснованности отказа при обращении за такой помощью</p>	Необходимо использовать все возможные способы и каналы воздействия	
5.7.	<p>Обеспечено максимальное использование современных возможностей мобильных приложений и телемедицины для пропаганды и практической помощи в следовании здоровому образу жизни, в частности, по избавлению от никотиновой и алкогольной зависимости, достаточной двигательной активности, правильному питанию:</p> <ul style="list-style-type: none"> – с бесплатным использованием; – с доказательным сертифицированным контентом и набором рекомендаций; 	Доказана высокая эффективность таких подходов, особенно у молодых людей	

Задачи и результаты федерального проекта (окончание)

№ п/п	Наименование задачи, результата	Характеристика результата, примечания
5.8.	<p>– поддерживающих ведение пользователем основных направлений здорового образа жизни в личном кабинете;</p> <p>– с простым привлекательным и наглядным интерфейсом;</p> <p>– с элементами геймификации, программами лояльности, набором разнообразных импульсов и стимулов к продолжению использования</p> <p>Разработан комплекс мер мотивации работодателей в отношении проведения системных массовых мер среди своих сотрудников и членов их семей, способствующих ведению здорового образа жизни и профилактики заболеваний, созданию ответственного отношения к своему здоровью</p>	<p>Вовлечение работодателей крайне необходимо в силу значимости условий профессиональной деятельности в формировании образа жизни каждого работающего человека</p>

Здоровые устремления



Кевин Али

Благодаря развитию медицины человечество победило многие заболевания, ранее казавшиеся неизлечимыми. Но на смену им приходят новые вызовы: старение мирового населения, антимикробная резистентность...

На Петербургском международном экономическом форуме – 2018 (ПМЭФ–2018) президент MSD International Кевин Али поделился своим взглядом на будущее здравоохранения: зачем нужна вакцинация, как выиграть гонку с бактериями и можно ли изобрести универсальную таблетку от рака.

Существует концепция «Здоровье равно благосостоянию», согласно которой здоровье населения положительно влияет на экономику. Можно ли подтвердить этот тезис статистикой?

Есть масса данных, подтверждающих этот тезис. Например, исследование по 13 странам Организации экономического сотрудничества и развития показало, что увеличение продолжительности жизни на 1% приводит в перспективе к увеличению общего объема ВВП на 6%, а также к росту ВВП на душу населения на 5%. Также

очевидны негативные последствия плохого состояния здоровья для экономики. Например, по подсчетам российских экспертов, рак легких – самый распространенный вид онкологических заболеваний среди мужчин в России – обходится примерно в 0,21% ВВП. Таким образом, инвестиции в развитие здравоохранения приводят к повышению рабочего потенциала. Мы видим, что с точки зрения приоритетных направлений Россия сегодня делает ставку на здравоохранение, а также на образование и развитие инфраструктуры.

Население, особенно в развитых странах, глобально стареет. Как современная биофармацевтическая отрасль отвечает на этот вызов?

Мировое население действительно стареет невероятно быстрыми темпами. По оценкам, всего лишь через каких-то 30 лет возраст каждого четвертого человека в развитых странах будет составлять 60 лет и более. В России же к 2025 г. данная возрастная группа будет насчитывать 40 млн человек. Старение в ближайшие годы будет существенно влиять на здравоохранение, и это вызов, к которому все мы (биофармацевтическая промышленность, правительства, другие участники отрасли) должны хорошо подготовиться.

Мы занимаемся созданием лекарств и вакцин, которые сохраняют и улучшают здоровье людей, и мы верим, что это помогает людям жить дольше и активнее. Сегодня мы работаем над созданием инновационных препаратов и вакцин для лечения и профилактики онкологических заболеваний, диабета, болезни Альцгеймера, хронических респираторных заболеваний, и мы отдаем себе полный отчет, что они обладают потенциалом помочь как людям старшего поколения, так и населению в целом. Использование лекарств для лучшего контроля хронических заболеваний и профилактики помогает избежать затрат на более дорогостоящее лечение и уход в будущем.

Профилактика заболеваний является важнейшей задачей. Об этом говорил Президент РФ В.В. Путин. Что в этом направлении может предложить государству ваша компания?

Мы считаем, что вакцинация – это одна из наиболее успешных вех в истории здравоохранения, и у MSD своя особая роль в этой истории. Являясь одним из мировых лидеров в области разработки вакцин, мы можем стать надежным партнером российского правительства в решении задач по профилактике инфекций, в особенности в тех областях, где все еще имеются неудовлетворенные потребности.

Приведу вам яркий пример. Сегодня в России ежегодно около 7 тыс. женщин преждевременно умирают из-за рака шейки матки. Как достоверно известно, в большинстве случаев эту болезнь вызывает персистенция папилломавируса человека (ВПЧ). Согласно мировому опыту, от ВПЧ можно полностью избавиться с помощью вакцинации, так же как это произошло с натуральной оспой и полиомиелитом. В Австралии, где вакцинация против ВПЧ доступна всем девочкам с 2007 г. и всем мальчикам с 2013 г., уровень инфицирования среди молодых женщин снизился с 22,7% до чуть более 1% в период с 2005 по 2015 г. Вполне вероятно, что со сменой поколений в Австралии больше не будут регистрироваться случаи заболевания раком шейки матки.

В России только начинается внедрение этой технологии, и мы готовы поддержать этот процесс, в том числе в области профилактики ротавирусной инфекции, которая была приоритизирована для включения в национальную программу иммунопрофилактики на ближайшие 2–3 года.

Ваша компания вкладывает миллиарды долларов в научные разработки. Какие еще интересные и уникальные открытия можно назвать?

В прошлом году наша компания потратила около 10 млрд долл. на научно-исследовательскую деятельность. Мы никогда не отступали от нашей приверженности научному поиску для решения самых серьезных вызовов здравоохранения.

В онкологии мы научились использовать естественную способность иммунной системы избирательно атаковать и убивать раковые клетки. Сейчас эта технология помогает лечить российских пациентов на поздней стадии меланомы и рака легкого.

При гепатите С, который является основной причиной трансплантации печени и увеличения заболеваемости раком печени, мы выводим на российский рынок лекарство, которое может вылечить инфекцию более чем у 99% пациентов всего лишь в течение 12 недель терапии.

Но изобретение нового препарата – лишь часть процесса. Ведь если лекарство не доходит до пациента, оно не работает. Поэтому мы сотрудничаем с партнерами по всему миру для создания программ, которые облегчают и расширяют доступ к инновационным лекарствам для всех, кто в них нуждается.

Будет ли изобретена универсальная таблетка от рака? И если да, то когда?

Прогресс, уже достигнутый в области онкологии, действительно поразительный. С развитием науки и технологий, с лучшим пониманием биологии болезни мы сделаем еще больше. Будет ли это универсальной волшебной таблеткой? Это маловероятно, ведь существует множество различных типов рака, которые вызываются еще более разными причинами. Вот почему одной из самых захватывающих областей сегодня является персонализированная медицина, которая адаптирует лечение к индивидуальным характеристикам пациента.

Химиотерапия по-прежнему является стандартом лечения многих видов рака. Однако более новые способы лечения, такие как иммунная терапия, фокусируются на специфичные молекулярные маркеры, и чаще всего их использование увязано с сопутствующей диагностикой, помогающей выбрать пациентов, которые с большей вероятностью получают пользу от этого вида лечения. Эти маркеры можно выявить для многих, но все же не для всех типов опухолей. По мере того как исследователи создают и анализируют все больший объем данных по итогам клинических исследований, у нас получается лучше выявлять

и разрабатывать новые мишени для создания будущих лекарств, которые смогут удовлетворить индивидуальные потребности пациентов.

Примеры из прошлого вроде ситуации с ВИЧ-инфекцией демонстрируют, что болезни, которые когда-то считались смертельными, с развитием науки и технологий трансформируются в хронические.

Человечество справляется с болезнями, которые раньше казались неизлечимыми, но всегда появлялись новые. Какая болезнь может угрожать человечеству в будущем?

Одной из самых серьезных проблем в области здравоохранения является антимикробная резистентность. Ожидается, что к 2050 г. супербактерии будут приводить к большему числу смертельных исходов, чем сегодня вызывают онкологические заболевания. Также это существенным образом скажется на экономике, и совокупный убыток ВВП достигнет 100 трлн долл. США.

С одной стороны, антибиотики спасли миллионы жизней и считаются основным фактором роста продолжительности жизни в мире. Но, с другой стороны, эти ожидания могут не оправдаться из-за неправильного и чрезмерного использования антибиотиков. Кроме того, поскольку в этой области добиться новых открытий весьма затруднительно, лишь несколько компаний все

еще занимаются исследованиями антибиотиков. Мы просто не можем успеть в этой гонке: бактериям нужно лишь 20 минут для смены целого поколения, а для выпуска нового препарата требуется 10 лет.

С учетом серьезности вызова мы ценим тот факт, что в 2017 г. Россия сделала смелый шаг для решения этой задачи, приняв соответствующую стратегию. MSD – полноправный партнер в этой области в различных странах мира. В 2016 г. мы присоединились к Давосской декларации о борьбе с устойчивостью к противомикробным препаратам. В России мы уделяем особое внимание нашей работе по сохранению текущих возможностей с помощью стратегий контроля антимикробной терапии.

Каковы ваши планы на российском рынке?

Мы работаем в России 27 лет, и нашей первоочередной и неизменной задачей остается забота о здоровье людей, наша стратегия ориентирована на приоритетные задачи Правительства РФ, в частности на онкологию, профилактику заболеваний, охрану здоровья матери и ребенка, медицинское образование и трансфер технологий.

*Источник: официальный журнал ПМЭФ–2018
(<https://www.forumspb.com/upload/iblock/366/366cf2f27030dd0f591d791678e02b02.pdf>)*

Роль неэкономических стимулов в системе мотивации медицинских работников государственных медицинских организаций

Югай М.Т.,
Панкевич В.И.

Национальный исследовательский университет
«Высшая школа экономики», Москва

Неэкономические стимулы являются неотъемлемой составляющей системы мотивации медицинских работников государственных медицинских учреждений. Ограниченное финансирование, нестабильная экономическая ситуация заставляют их руководителей искать новые пути мотивации персонала, помимо повышения заработной платы и выплаты премий. Ключевое преимущество неэкономических стимулов – способность влиять на внутреннюю мотивацию. Для изучения уровня значимости неэкономической мотивации (НЭМ) для медицинских работников государственных поликлиник и больниц было проведено эмпирическое исследование среди 407 врачей и медицинских сестер. Результаты показали, что большая часть руководителей государственных медицинских организаций уже используют неэкономические стимулы. Для каждого респондента был рассчитан индекс значимости НЭМ. Более половины респондентов (68,3%) указали высокую значимость неэкономических стимулов ($j_{\text{знач. НЭМ}} \geq 8,0$) как факторов, которые могли бы повысить их желание прилагать к работе больше усилий в текущей ситуации. Существует статистически значимая разница между руководящими и неруководящими должностями в определении значимости факторов. Для руководителей наиболее важно знание того, что выполняемая ими работа очень значима для общества. Для специалистов, не занимающих руководящие должности, – хорошие, дружественные взаимоотношения с коллегами по работе и возможность применять профессиональные знания и навыки на работе.

Ключевые слова:

система мотивации, медицинские специалисты, неэкономические стимулы, государственные медицинские организации

ОРГЗДРАВ: новости, мнения, обучение. Вестник ВШОУЗ. 2018. № 3. С. 62–78.

doi: 10.24411/2411-8621-2018-13002.

Статья поступила в редакцию: 01.08.2018. Принята в печать: 30.08.2018.

The role of non-economic motivation in motivation system of medical staff in public medical organizations

Yugay M.T.,
Pankevich V.I.

National Research University "Higher School
of Economics", Moscow

Non-economic incentives are a significant part of the motivation system in public medical institutions. Limited financing, constantly changing economic environment force them to look for the new ways to increase motivation apart from salary increase. The key advantage of non-economic incentives is that they exert intrinsic motivation. The aim of the study was to evaluate the degree of utilization of the non-monetary incentives in public medical organizations, based on the perceptions of employees the significance of non-economic stimulus. 407 physicians and nurses from public outpatient and inpatient clinics were questioned with a specially designed questionnaire. The results showed, that most managers of public clinics are already applying non-material incentives. For each respondent, the non-economic motivation importance index was calculated. More than half of the respondents (68.3%) had high level of the index (≥ 8.0). There is a statistically significant difference between managing and non-managing positions in evaluation the significance of factors. For managers, the most important is knowing that their work is valued by society. For ordinary physicians and nurses the most important are good relationship with colleagues and the opportunity to apply professional knowledge and skills at work.

Keywords:

motivation system, medical specialists, non-economical incentives, public clinics

HEALTHCARE MANAGEMENT: news, views, education.

Bulletin of VSHOUZ. 2018; (3): 62–78.

doi: 10.24411/2411-8621-2018-13002.

Received: 01.08.2018. Accepted: 30.08.2018.

Сегодня руководители используют различные инструменты, для того чтобы повысить эффективность функционирования организаций. Набор применяемых инструментов зависит от стадии развития, стиля руководства и общей стратегии. Одним из ключевых инструментов является мотивация сотрудников, которая может быть реализована за счет использования различных подходов и методов. Учитывая динамичную внешнюю среду организации, руководителю важно выстроить гибкую систему

стимулов, которая будет способна оперативно адаптироваться к изменениям и соответствовать внутренним потребностям.

В системе здравоохранения мотивация врачей и среднего медицинского персонала является важнейшим элементом, который определяет производительность их труда и влияет на успех отрасли в целом. Необходимо отметить, что система мотивации в большинстве медицинских организаций развивающихся стран, к которым относится и Россия, развита недостаточно [1].

В России существует проблема кадрового обеспечения медицинских организаций, которая выражена в диспропорции обеспечения населения врачами в регионах, в дисбалансе профессиональной подготовки кадров [2–5]. Правильная система мотивации поможет решить данные проблемы и улучшить результативность работы врачей и среднего медицинского персонала.

Существуют различные стимулы, которые формируют систему мотивации в медицинской организации. В теории менеджмента они разделены на 2 ключевые группы – экономические и неэкономические [6, 7]. Экономические стимулы основаны на материальном поощрении сотрудника при выполнении им набора заданий в соответствии с установленными требованиями. К ним можно отнести заработную плату, бонусы, премии. Неэкономические стимулы включают психологические, организационные, моральные стимулы. Они влияют на желание сотрудника прикладывать больше усилий к работе, но не подразумевают прямых финансовых выплат. Ряд авторов отмечают существенное преимущество неэкономических стимулов, так как именно они могут повлиять на внутреннюю мотивацию работника, вызвать максимальное желание работать лучше и больше [8–12]. Согласно одному из исследований, с экономической мотивацией работники могут реализовать от 50 до 80% своего потенциала [12]. При включении в систему мотивации неэкономических стимулов этот показатель может достигать 100%.

Авторы исследований мотивации в сфере здравоохранения утверждают, что неэкономические стимулы играют важную роль в формировании позитивного отношения врачей и медсестер к своей профессии, многие из них помогают раскрыть потенциал и повышают уровень ответственности [1, 13, 14, 17]. В России в условиях низкой заработной платы и неудовлетворительных условий труда в большинстве регионов альтруистические мотивы и чувство ответственности за пациента зачастую являются ключевыми движущими силами развития здравоохранения [3].

Актуальность исследования роли неэкономических стимулов в системе мотивации медицинских работников государственных медицинских

организаций заключается в том, что именно эта группа стимулов может повлиять на необходимую внутреннюю мотивацию, учитывая высокий уровень ответственности и социальной значимости работы в отрасли. Фокус на государственных медицинских организациях обусловлен тем, что в условиях ограниченных ресурсов их руководству необходимо искать менее затратные и более эффективные способы мотивации персонала.

Методология

В основу исследования вошла теория внутренней самодетерминации, в рамках которой был предложен подход, позволяющий изменить уровень мотивации от наиболее низкого (амотивация, нежелание выполнять действие) до более высокого (пассивное согласие, активное желание действовать) [16]. Данный процесс называется *интернализация* (рис. 1). С увеличением уровня интернализации возрастает уровень вовлеченности и усердия. Рассмотрим подробно каждую стадию процесса и виды стимулов, которые ей соответствуют.

Процесс начинается с *амотивации*, когда у человека отсутствует желание выполнять то или иное действие. *Амотивация* подразумевает, что какая-либо работа для него не представляет ценности либо он считает себя некомпетентным или же, что его действия не приведут к нужному результату. Иными словами, на данном этапе нет ни внешних, ни внутренних причин, которые могли бы побудить его к действию. Следующим уровнем является *внешнее регулирование*, когда действия выполняются с целью соблюдения поставленных требований и/или для получения вознаграждения. На данной стадии используются неэкономические организационные стимулы санкционного характера («если не..., то...») и экономические стимулы (так как действия индивида обусловлены желанием получить вознаграждение).

Вторым типом внешней мотивации является *интроектная мотивация*. Под интроекцией понимается такой вид внутреннего регулирования, когда человек действует, чтобы избежать чувства вины, тревоги или чтобы усилить чувство



Рис. 1. Уровни мотивации человека. Процесс интернализации

собственного достоинства, гордиться собой. Интенсивность деятельности регулируется его желанием повысить свою самооценку. Чтобы активизировать мотивацию данного уровня необходимо прибегать только к неэкономическим и нематериальным стимулам, т.е. к таким инструментам, которые смогут повлиять на эмоции и внутреннюю самооценку индивида. К ним можно отнести, например, регулярное выражение благодарности со стороны руководства, наличие обратной связи, поддержку коллег.

Более автономной формой внешней мотивации является *идентификация*. На данном этапе человек самостоятельно пытается осознать значимость своих действий для организации. Этому может способствовать предоставление ему возможности принимать участие в решении значимых для организации вопросов, публично выражать свое мнение, интерес со стороны руководства в его позиции. И наконец, наиболее автономной формой внешней мотивации является *интеграция*. Интеграция происходит в том случае, когда определенные внешние правила становятся внутренними правилами человека. Это происходит через самоанализ, соотношение внешних правил с внутренними ценностями и потребностями. Чем выше уровень понимания причины своих действий, тем выше уровень мотивации к их выполнению. Данный этап внешней мотивации имеет много общего с внутренней мотивацией, однако интеграция определяется как

внешняя мотивация, поскольку человек руководствуется внешними факторами и ориентирован на достижение результата. Для перехода на данную стадию мотивации необходимо проводить регулярные беседы с подчиненными о том, каким целям следует организация, какова роль каждого из них в их достижении. При этом руководителю важно распределять должностные обязанности таким образом, чтобы они максимально соответствовали их ценностям и потребностям.

Наиболее высокой стадией мотивации является *внутренняя мотивация*, когда человек самостоятельно проявляет желание действовать, заинтересован в самой деятельности, а не в получении выгоды. На этой стадии внешняя мотивация трансформируется во внутреннюю, и процесс интернализации завершается.

В современном обществе более распространено мнение, что работу нужно выполнять из-за внешних регуляторов (вознаграждений). Однако в процессе выполнения деятельности и при отсутствии усиленного контроля каждый сотрудник обладает возможностью увидеть интересные для себя свойства этого задания, таким образом, произойдет изменение причины, ради которой он его выполняет, и, следовательно, типа мотивации. Вышеописанный процесс перехода внешней мотивации во внутреннюю происходит на протяжении всего времени работы специалиста в компании, причем он может начинаться и за

канчиваться на разных стадиях. Все зависит от самого сотрудника и его руководителя. Причем они оба заинтересованы в этом процессе, ведь, как отмечалось выше, более высокий уровень сотрудника повышает его эффективность для компании и обеспечивает его психическое благополучие, что, несомненно, важно для него самого. С точки зрения управления, руководителю стоит учитывать тот факт, что ключевую роль в смене личностной парадигмы сотрудника играет все же он сам, определяя полномочия подчиненного, степень контроля, поручая выполнение заданий и оказывая необходимую помощь.

Согласно теории, к наивысшей стадии мотивации (внутренней мотивации) невозможно прийти без использования неэкономических стимулов. Как говорилось выше, именно их применение вместе с экономическими стимулами позволяет задействовать 100% потенциала сотрудника [12].

Для того чтобы более подробно изучить восприятие медицинскими работниками государственных медицинских учреждений значимость неэкономических стимулов в зависимости от их заработка, возраста и должности, оценить степень распространенности факторов мотивации, было проведено эмпирическое исследование в 3 государственных поликлиниках, одной государственной клинической больнице и в детском федеральном центре¹.

Государственные поликлиники, респонденты которых приняли участие в исследовании, расположены в 3 различных округах Москвы (Северо-Западный, Юго-Западный и Южный административные округа). Во всех учреждениях оказывается амбулаторная медицинская помощь различного профиля, а также у пациентов есть возможность получить платную медицинскую помощь. В 2 поликлиниках проходят лечение взрослые пациенты, в третьей – детское население. Стоит отметить, что во всех поликлиниках анкеты заполняли медицинские работники головного учреждения и филиалов. Исследование также проводилось среди работ-

ников государственной клинической больницы г. Москвы и крупнейшего детского федерального центра.

Таким образом, в выборку исследования вошли врачи и медсестры, оказывающие медицинскую помощь на амбулаторном и стационарном уровне взрослому и детскому населению, а также занимающие руководящие и неруководящие должности.

В результате обзора литературы были выделены 10 ключевых факторов неэкономической мотивации, наиболее актуальных для работников российского здравоохранения, которые оценивались в анкете:

1. Возможность заниматься на работе деятельностью, которая приносит удовольствие и лучше всего получается.

2. Возможность профессионально развиваться на работе.

3. Возможность применять профессиональные знания и навыки на работе.

4. Содействие руководства профессиональному обучению работника.

5. Уважительное отношение со стороны руководства.

6. Знание того, что выполняемая работа ценится руководством.

7. Знание того, что выполняемая работа важна для общества.

8. Хорошие, дружественные взаимоотношения с коллегами по работе.

9. Репутация организации.

10. Оснащенность рабочего места, в том числе наличие необходимых материалов и оборудования для работы.

Эти стимулы вошли в основу анкеты, которая была разработана для проведения эмпирического исследования (Приложение 1). Цель анкеты – оценить распространенность неэкономических стимулов в государственных медицинских организациях г. Москвы, изучить их взаимосвязь между собой, а также значимость для респондентов с различными социально-демографическими характеристиками.

¹ В целях конфиденциальности наименования медицинских организаций не указываются.

Данные анкеты были перекодированы в числовые значения и проанализированы в программе SPSS Statistics 22.0; в исследовании использовались следующие методы статистического анализа: описательные статистики, таблицы сопряженности, коэффициенты корреляции, факторный и логистический регрессионный анализ.

Корреляционный анализ показал, что с ростом уровня благосостояния медицинских работников растет значимость неэкономических стимулов ($\text{Corr.}=0,021; p<0,05$) (табл. 3).

Это объясняется тем, что при достижении уровня заработной платы, позволяющей покрыть базовые потребности работника, его деятель-

Результаты

Для сбора первичных данных было роздано 600 анкет, получено 480, соответственно, уровень возврата составил 84,7%. Из 480 анкет корректно были заполнены 407. Таким образом, в выборку исследования вошли 407 врачей и медицинских сестер из 5 различных государственных медицинских организаций (табл. 1).

Результаты исследования показали, что большая часть руководителей государственных медицинских организаций уже использует неэкономические стимулы. В медицинских организациях активнее всего используются такие факторы, как применение в работе своих различных навыков и знаний (77%), дружелюбное и уважительное отношение руководителя к своим подчиненным (74%), работа по призванию (59%) и дружественная атмосфера в коллективе (58%).

Для каждого респондента был рассчитан индекс значимости неэкономической мотивации на основе оценки по 10-балльной шкале уровня значимости каждого из 10 факторов по следующей формуле:

$$i_{\text{знач.НЭМ}} = \frac{\sum \frac{n}{i} = 1^{X_i}}{n},$$

где X_i – оценка респондента фактора неэкономической мотивации, n – количество факторов.

Затем был определен уровень значимости неэкономической мотивации в соответствии с тем, в какой интервал попал индекс (табл. 2).

По результатам расчетов для большей половины респондентов (68,3%) индекс значимости неэкономических стимулов был высоким ($i_{\text{знач.НЭМ}} \geq 8,0$).

Таблица 1. Социально-демографические характеристики выборки

Характеристика	Абсолютное значение	%
<i>Пол</i>		
Мужской	53	13
Женский	354	87
<i>Возраст, годы</i>		
<25	20	5
25–30	33	8
31–40	65	16
41–55	179	44
>56	110	27
<i>Семейное положение</i>		
Холост (не замужем), разведен	147	36
Женат (замужем)	260	64
<i>Должность</i>		
Заведующий отделением	28	7
Врач	167	41
Старшая медицинская сестра	17	4
Медицинские сестры	195	48
<i>Уровень образования</i>		
Среднее общее	6	1
Среднее профессиональное	187	46
Высшее	189	49
Ученая степень	15	4

Таблица 2. Уровни значимости индекса неэкономической мотивации

Интервал	Уровень значимости
$i_{\text{знач.НЭМ}} \geq 8,0$	Высокий
$5,0 \leq i_{\text{знач.НЭМ}} < 8,0$	Средний
$i_{\text{знач.НЭМ}} < 5,0$	Низкий

ность перестает быть направленной на ее увеличение. На этой стадии его можно мотивировать только за счет неэкономических стимулов.

Также в рамках исследования респонденты выбирали факторы, которыми они готовы пожертвовать ради повышения заработной платы.

Таблица 3. Зависимость уровня значимости неэкономической мотивации от уровня дохода респондентов

Показатель		Как бы Вы оценили величину Ваших нынешних денежных доходов	Уровень значимости неэкономической мотивации (НЭМ)
Согг. Спирмана	Как бы Вы оценили величину Ваших нынешних денежных доходов?	Коэффициент корреляции	1,000
		Знач. (2-сторонняя)	0,021
		N	407
	Уровень значимости НЭМ	Коэффициент корреляции	0,118*
		Знач. (2-сторонняя)	0,021
		N	407

* Корреляция значима на уровне 0,05 (2-сторонняя).

Какими из факторов Вы готовы пожертвовать ради повышения зарплаты?



Рис. 2. Результаты ответов респондентов на вопрос: «Каким из факторов Вы готовы пожертвовать ради повышения заработной платы?»

Таблица 4. Значимость факторов неэкономической мотивации для руководящих и неруководящих должностей

№	Фактор	Руководители (% респондентов, оценивших фактор на 8, 9, 10 из 10)	Неруководители (% респондентов, оценивших фактор на 8, 9, 10 из 10)	Тестовый статистический показатель
1	Возможность заниматься на работе деятельностью, которая приносит удовольствие и лучше всего получается	76	56	2,16*
2	Возможность профессионально развиваться на работе	42	64	-2,44*
3	Возможность применять профессиональные знания и навыки на работе	94	76	2,41*
4	Содействие руководства профессиональному обучению работника	64	57	0,71
5	Уважительное отношение со стороны руководства	88	78	1,79
6	Знание того, что выполняемая работа ценится руководством	42	66	-2,74*
7	Знание того, что выполняемая работа важна для общества	94	73	2,06*
8	Хорошие, дружественные взаимоотношения с коллегами по работе	88	77	1,47
9	Репутация организации	88	71	2,12*
10	Оснащенность рабочего места, в том числе наличие необходимых материалов и оборудования для работы	82	58	2,69*

* Значение больше |1,96|, разница является значимой.

Стоит отметить, что в целом респонденты не готовы были пожертвовать большим количеством неэкономических преимуществ своей работы. Так, максимальное значение было на уровне 17% для первого утверждения «Возможность заниматься на работе деятельностью, которая приносит удовольствие и лучше всего получается», 14% респондентов готовы не получать содействие руководства своему профессиональному развитию и не выполнять общественно важную работу. Все остальные факторы были выбраны менее чем 10% респондентов.

Результаты анализа данных также показали, что существует статистически значимая разница между руководящими и неруководящими

должностями в определении значимости факторов. Все респонденты были поделены на 2 группы: руководители, куда вошли заведующие и старшие медсестры, и не-руководители, к которым были отнесены врачи и медсестры. В каждой группе для набора факторов была определена доля (в %) респондентов, которые поставили оценки «8», «9», «10». Затем для каждого фактора определяли статистическую значимость разницы между количеством выбравших данные оценки с помощью *t*-критерия Стьюдента. Для руководителей наиболее важным является знание того, что выполняемая ими работа значима для общества [4]. Для специалистов, не занимающих руководящие долж-

Таблица 5. Факторный анализ: матрица компонентов

Анализ	Фактор		
	1. Значимость профессиональной деятельности	2. Значимость работы для самого работника, руководства и общества	3. Значимость взаимоотношений с руководством и коллегами на работе
1. Возможность заниматься на работе деятельностью, которая приносит удовольствие и лучше всего получается	0,341	0,476	0,239
2. Профессиональное развитие на работе	0,697	0,023	-0,272
3. Применение своих профессиональных навыков и знаний на работе	0,460	0,031	-0,006
4. Содействие руководства обучению	0,522	0,331	-0,073
5. Уважительное отношение со стороны руководства	0,120	0,257	0,908
6. Знание того, что выполняемая работа ценится руководством	-0,211	0,918	-0,017
7. Знание того, что выполняемая работа важна для общества	0,310	0,988	-0,0429
8. Хорошие, дружественные взаимоотношения с коллегами по работе	0,101	0,129	0,867
9. Репутация организации	0,288	0,918	0,120
10. Оснащенность рабочего места , в том числе наличие необходимых материалов и оборудования для работы	0,908	0,214	-0,017

Extraction Method: Principal Component Analysis.
Rotation Method: Varimax with Kaiser Normalization^a.

^a Rotation converged in 4 iterations.

ности, – хорошие, дружественные взаимоотношения с коллегами по работе и возможность применять профессиональные знания и навыки на работе (см. табл. 4).

Для группировки 10 неэкономических стимулов в зависимости от их значимости для респондентов был применен факторный анализ с ортогональным вращением Varimax. В результате они были также распределены на 3 группы (3 фактора) (табл. 5).

Для каждого фактора была посчитана средняя оценка по следующим формулам:

$$X_1 = \frac{\sum_{i=1}^n (X_2, X_3, X_4, X_{10})}{n}, \quad (1)$$

$$X_2 = \frac{\sum_{i=1}^n (X_1, X_6, X_7, X_9)}{n}, \quad (2)$$

$$X_3 = \frac{\sum_{i=1}^n (X_5, X_8)}{n}, \quad (3)$$

где X_1, X_2, X_3 – среднее значение фактора, X_1 – X_{10} – номер исследуемого элемента в вопросе № 14 «Оцените значимость факторов, которые могли бы повысить Ваше желание прикладывать больше усилий к работе» (табл. 2), n – количество респондентов.

Затем для значений данных 3 факторов (X_1, X_2, X_3) в соответствии с табл. 6 был определен уровень значимости.

Логистический регрессионный анализ

Логистический регрессионный анализ позволил определить, как пол, возраст, семья, должность, образование, время работы в организации, уровень благосостояния, нагрузка влияют на то, будут ли фактор 1, фактор 2 или фактор 3 значимыми (окажет влияние на желание прикладывать больше усилий) для медицинского работника.

Вероятность наступления события, т.е. вероятность того, что медицинский работник будет считать фактор 1, фактор 2 или фактор 3 значимым неэкономическим стимулом, который будет побуждать его прикладывать больше усилий, рассчитывали по формуле:

$$p = \frac{1}{1 + e^z},$$

где $z = b_1 \times X_1 + b_2 \times X_2 + \dots + b_n \times X_n + a$, X_n – значения независимых переменных, b_n – коэффициенты бинарной логистической регрессии, a – константа.

Таблица 6. Соотношение значения фактора и уровня значимости

Интервал	Уровень значимости
$X \geq 8,0$	Значимый (1)
$X < 8,0$	Незначимый (0)

Согласно показателям логистического регрессионного анализа с ростом возраста [Exp (B)=0,969] и дохода [Exp (B)=1,571] медицинские работники склонны выше ценить такие аспекты своей работы, как содержание профессиональной деятельности (возможность развиваться и применять разнообразные навыки), а также значимость работы для них самих, для руководства и общества (табл. 7). Респонденты, которые работают более 40 ч в неделю [Exp (B)=1,562], у которых есть семья [Exp (B)=2,234], выше оценивают такие факторы мотивации, как уважительное отношение со стороны руководства и дружественная атмосфера в коллективе, по сравнению с теми, у кого нет семьи и кто не перегружен работой (см. табл. 7).

Таблица 7. Результаты логистического регрессионного анализа

Показатель	Фактор						
	1. Значимость профессиональной деятельности		2. Значимость работы для самого работника, руководства и общества		2. Значимость взаимоотношений с руководством и коллегами на работе		
	Sig.	Exp (B)	Sig.	Exp (B)	Sig.	Exp (B)	
Step 1 ^a	Пол	0,016	0,330*	0,033	0,373*	0,966	0,980
	Возраст	0,004	0,969*	0,048	0,978*	0,363	1,010
	Семья	0,602	0,882	0,306	,772	0,001	2,234*
	Образование	0,737	0,926	0,616	1,127	0,031	1,653*
	Должность	0,107	1,323	0,078	1,407	0,526	1,118
	Срок работы	0,209	1,001	0,331	1,001	0,816	1,000
	Источник дохода	0,161	1,599	0,095	1,759	0,523	1,242
	Доход	0,010	1,571*	0,001	1,831*	0,260	1,216
	Нагрузка 40 ч	0,723	1,049	0,979	0,996	0,002	1,562*
	Constant	0,648	0,681	0,210	0,330	0,000	0,041

a. Variable(s) entered on step 1: пол, возраст, семья, образование, должность, срок работы, источник дохода, доход, нагрузка 40 ч.

*Статистически значимая переменная на доверительном интервале 95%.

Обсуждение

В результате факторного анализа элементы неэкономической мотивации были объединены в группы. Первый фактор – «Признание, обратная связь от коллег и руководителей». Взаимосвязь факторов в 1-й группе может объясняться тем, что при дружелюбном и уважительном отношении со стороны руководства в медицинской организации сотрудникам регулярно выражают благодарность, активно используют публичное выражение благодарности, проводят собрания, где они могут озвучить свою точку зрения, которое будет учтено в дальнейших решениях. Второй крупный фактор неэкономической мотивации включает элементы неэкономической мотивации, которые относятся к содержанию профессиональной деятельности. Если для работника работа является возможностью самореализации, она является также его призванием, соответствует жизненным целям и установкам. При этом, вероятнее всего, ему периодически дают задания с повышенной сложностью, и он обладает достаточной автономией при их выполнении. Он применяет в работе разнообразные навыки, знания, а также руководство способствует его профессиональному развитию.

Взаимосвязь элементов в третьем факторе «Организация работы» может быть объяснена следующим: когда в организации четко выстроены процессы, распределены полномочия и обязанности между сотрудниками, а также когда сотрудники знают, какая работа их ожидает (поскольку задания простые и повторяющиеся), они менее напряжены. Это говорит о том, что они менее склонны к конфликтам, у них отсутствует неопределенность, что ведет к созданию дружественной атмосфере в коллективе.

Результаты регрессионного анализа показали, что с ростом дохода для медицинских работников приобретают значимость такие факторы неэкономической мотивации, как профессиональное развитие и значимость работы для самого работника, руководства и общества. Это может объясняться тем, что с ростом дохода у работника в полной мере обеспечиваются его базовые потребности и он стремится к нематериальным цен-

ностям. Так, в соответствии с теорией мотивации Маслоу, работник перемещается на уровень, где его мотивируют уважение, почитание со стороны коллег и руководства и самореализация. Таким образом, можно сделать следующий вывод: если руководитель хочет добиться того, чтобы работник был заинтересован в своем профессиональном развитии и уровень его компетентности повышался, ему нужно повышать заработную плату. В противном случае деятельность работника будет направлена лишь на зарабатывание денег, так как ему необходимо удовлетворить свои базовые потребности. На практике чаще всего ситуация складывается наоборот: руководитель ждет, пока уровень профессионализма работника повысится, чтобы было за что ему увеличить вознаграждение. Однако настоящее исследование показало обратную причинно-следственную связь. Значимость возраста может объясняться тем, что с возрастом сотрудники обычно занимают более высокую должность и получают более высокий доход. Также это может быть обусловлено тем, что с возрастом ценности человека меняются – становятся менее ориентированными на материальные блага, а следовательно, их мотивирует значимая для общества работа, а также развитие себя как специалиста.

Статистически значимое влияние такой переменной, как семья, на вероятность того, что для медицинского работника взаимоотношения с руководством и коллегами будут мотивирующим фактором объясняется тем, что наличие у него семьи говорит о том, что взаимоотношения играют для его важную роль и он знает, как их поддерживать и развивать. Статистическая значимость таких факторов, как образование и перегруженность работой, может объясняться тем, что люди с более высоким уровнем образования обычно выполняют более сложную работу и, следовательно, берут на себя более высокую ответственность. При выполнении такой работы важны как поддержка и содействие, так и признание со стороны руководства.

Результаты проведенного исследования направлены на то, чтобы дать понять руководителям медицинских организаций, каким образом использовать неэкономическую мотивацию.

В связи с этим стоит отметить, что во время разработки политики управления человеческими ресурсами стоит учитывать специфику государства и системы его здравоохранения, культуры и традиций. Исследование удовлетворенности трудом и мотивации врачей в клиниках США и Германии показало, что значимость одних и тех же факторов для них может отличаться. Общей тенденцией в обеих странах оказалось то, что для медицинских работников важно участвовать в принятии решений, которые касаются деятельности клиник. Однако для немецких врачей более значимы возможность повышения квалификации, стабильность занятости, взаимоотношения с коллективом и возможность использовать современные технологии и оборудование [17]. Для американских коллег наиболее важна заработная плата, на втором месте – взаимоотношения с коллегами, а доступ к новым технологиям оказался вовсе незначимым. Для врачей США и Германии не значимы возможность преподавательской и исследовательской деятельности, участие в международном обмене. Это говорит о том, что системы мотивации не могут быть универсальными, их нужно адаптировать. Более того, даже в рамках одной страны не стоит полагаться на одинаковые принципы и факторы построения системы мотивации, в том числе в сфере здравоохранения. Исследование мотивации врачей с семьями в Швейцарии показало, что именно эта группа работников не так сильно заинтересована в карьерном росте, но для них важен баланс между работой и личной жизнью [18]. Факторами удовлетворенности трудом для этой группы являются возможность частичной занятости, гибкий график работы. Следовательно, для них должна быть разработана отдельная система мотивации.

Заключение

Неэкономические стимулы являются неотъемлемой составляющей системы мотивации медицинских работников государственных медицинских учреждений. Ограниченное финансирование, нестабильная экономическая ситуация заставляют их руководителей искать новые

пути мотивации персонала, помимо повышения заработной платы и использования различных систем оплаты труда. Ключевое преимущество неэкономических стимулов – способность влиять на внутреннюю мотивацию. В медицинской деятельности особенно важно, чтобы врач был внутренне заинтересован в предоставлении качественных медицинских услуг и в выздоровлении пациента.

Рекомендации для руководителей медицинских организаций

1. С ростом заработной платы сотрудника следует более активно применять неэкономические стимулы для повышения его мотивации. Набор стимулов может отличаться в зависимости от возраста и занимаемой должности.

2. У медицинских работников, занимающих руководящие должности (заведующие отделениями и старшие медицинские сестры), прежде всего должно быть сформировано понимание того, что их работа важна для общества. Поскольку данный фактор относится к внутренней мотивации, он может быть одним из индикаторов при принятии решения высшим должностным лицом организации, переводить сотрудника на руководящую должность или нет.

3. В структуре неэкономических стимулов для неруководящих должностей основной акцент должен быть сделан на создание дружелюбной атмосферы в коллективе. Для этого руководителю необходимо равномерно распределять обязанности между подчиненными, выстраивать внутренние процессы, проводить мероприятия, развивающие внутреннюю культуру учреждения.

4. Для того чтобы деятельность медицинских работников не была направлена только на зарабатывание денег, приносила им удовольствие и стимулировала к саморазвитию, необходимо повысить их заработную плату до уровня, покрывающего базовые потребности.

5. При создании системы мотивации руководителям следует учитывать особенность медицинских работников, у которых есть семья и нагрузка которых превышает 40 ч в неделю (перегружены работой). Прежде всего необхо-

димо обеспечить для них максимально дружелюбную и комфортную атмосферу и проявлять уважительное отношение.

Руководителям также стоит учитывать, что внедрение новых управленческих инструментов, в том числе мотивационных, может повлиять на привычный порядок работы медицинских работников, и в

некоторых случаях вызвать сопротивление. Поэтому следует особое внимание уделять коммуникациям и управлению изменениями для облегчения переходного процесса. В данном случае особую роль играет сильный лидер, который способен донести виденье и необходимость трансформаций, обеспечив вовлеченность работников.

Приложение 1

АНКЕТА

Уважаемые коллеги! Просим вас принять участие в анкетировании.

Анкетирование добровольно, анонимно и займет не более 7 минут вашего времени.

1. Ваш пол:

- 1) Мужской
- 2) Женский

2. Ваш возраст: _____

3. Ваше семейное положение:

- 1) Холост (не замужем), разведен (разведена), вдовец (вдова)
- 2) Женат (замужем), включая незарегистрированный брак

4. Уровень Вашего образования:

- 1) Среднее общее образование
- 2) Среднее профессиональное образование
- 3) Высшее образование
- 4) Ученая степень

5. Укажите Вашу должность:

- 1) Заведующий отделением
- 2) Старшая медицинская сестра
- 3) Врач
- 4) Средний медицинский персонал
- 5) Другая должность _____

6. Как долго Вы работаете в данном учреждении? (по возможности, укажите с уточнением до месяцев)

7. Являются ли Ваши доходы основным источником доходов Вашей семьи?

- 1) Да, являются
- 2) Нет, не являются

8. Как бы Вы оценили величину Ваших нынешних денежных доходов?

- 1) Денег не хватает даже на приобретение продуктов питания

2) Денег хватает только на самое необходимое (питание, оплату квартиры, коммунальных услуг, недорогую одежду)

3) Денег достаточно для приобретения необходимых продуктов питания, одежды, на более крупные покупки приходится откладывать

4) Покупка большинства товаров длительного пользования (холодильник, телевизор) не вызывает трудностей, однако покупку автомобиля не могу позволить

5) Денег достаточно, чтобы ни в чем себе не отказывать

9. Насколько Вы удовлетворены уровнем Вашей заработной платы?

1) Абсолютно удовлетворен

2) Скорее удовлетворен, чем не удовлетворен

3) Скорее не удовлетворен, чем удовлетворен

4) Абсолютно не удовлетворен

10. Ваша фактическая нагрузка на работе обычно составляет более 40 часов в неделю?

1) Да

2) Нет

3) Затрудняюсь ответить

11. Что, по Вашему мнению, означает неэкономическая мотивация?

12. В соответствии с тем, как Вы определили неэкономическую мотивацию, по Вашему мнению, насколько действенными являются неэкономические стимулы, используемые в Вашем учреждении?

1) Вполне подходящие

2) Нейтральные

3) Неподходящие

4) Они не используются в учреждении

13. Насколько Вы согласны со следующими утверждениями? (10 – полностью согласен, 1 – совершенно не согласен)

Утверждение	Степень согласия, балл
1) Руководители в Вашем учреждении дружелюбно и уважительно относятся к своим подчиненным	
2) Вы регулярно получаете устную и/или письменную благодарность от Вашего непосредственного руководителя	
3) Вы регулярно получаете обратную связь от Вашего непосредственного руководителя о своей работе	
4) В Вашей организации есть механизм для публичного выражения благодарности и он регулярно используется	
5) В Вашей организации регулярно проводятся собрания, совещания, где Вы можете выразить свою точку зрения	

6) В рабочем процессе Ваше мнение как специалиста учитывается	
7) С помощью Вашей работы (профессиональной деятельности) у Вас есть возможность самореализации	
8) Ваша профессиональная деятельность соответствует Вашим жизненным целям и установкам	
9) Ваша работа является Вашим призванием	
10) Для Вашей работы характерны простые и повторяющиеся задания	
11) Вам иногда даются задания с более высокой сложностью и/или ответственностью	
12) В Вашей работе Вы обладаете автономией: у Вас есть возможность самостоятельно контролировать свои действия, а также выбор при принятии решения	
13) В Вашей работе Вы применяете разнообразные знания и навыки (как профессиональные, так и навыки в других сферах деятельности)	
14) У Вас есть возможность выбрать гибкий рабочий график	
15) Ваша организация способствует Вашему профессиональному развитию, обеспечивает участие в различных семинарах, тренингах и иных образовательных мероприятиях	
16) Атмосфера в Вашем коллективе является дружественной	

14. Выберите и оцените значимость факторов, которые могли бы повысить Ваше желание прикладывать больше усилий к работе (10 – очень значимы, 1 – совершенно не значимы)

Фактор	Балл
1) Возможность заниматься на работе деятельностью, которая приносит удовольствие и лучше всего получается	
2) Возможность профессионально развиваться на работе	
3) Возможность применять профессиональные знания и навыки на работе	
4) Содействие руководства Вашему профессиональному обучению (организация Вашего участия в семинарах, конференциях и т.п.)	
5) Уважительное отношение со стороны руководства	
6) Знание того, что работа, которую Вы делаете, ценится руководством	
7) Знание того, что работа, которую Вы делаете, важна для общества	
8) Хорошие, дружественные взаимоотношения с коллегами по работе	
9) Репутация организации, в которой Вы работаете	
10) Оснащенность рабочего места, в том числе наличие необходимых материалов и оборудования для работы	

15. Какими из вышеперечисленных факторов (из вопроса №14) Вы готовы пожертвовать ради повышения зарплаты?

(укажите номер) _____

16. Какие из вышеперечисленных стимулов (из вопроса №14) Вы бы хотели видеть в большем объеме своей организации?

(укажите номер) _____

Благодарим Вас за участие!

СВЕДЕНИЯ ОБ АВТОРАХ

Югай Михаил Торичеллиевич – кандидат медицинских наук, доцент кафедры управления и экономики здравоохранения Национального исследовательского университета «Высшая школа экономики», генеральный директор Фонда международного медицинского кластера (Москва)

E-mail: yugay@mimc.global

Панкевич Виктория Игоревна – магистр управления и экономики здравоохранения Национального исследовательского университета «Высшая школа экономики», главный специалист отдела коммуникаций Фонда международного медицинского кластера (Москва)

E-mail: v.pankevich@mimc.global

ЛИТЕРАТУРА

1. Mathauer I. Health worker motivation in Africa. The role of non-financial incentives and human resource management tools // Hum. Res. Health. 2006. Vol. 4. P. 24.
2. Шипова В.М. Организация нормирования труда в здравоохранении. М. : Грантъ, 2002.
3. Шишкин С.В. Российское здравоохранение: мотивация врачей и общественная доступность. М. : Независимый институт социальной политики, 2008.
4. Куракова Н.Г. Кадровая политика в сфере здравоохранения // Менеджер здравоохранения. 2010. № 6. С. 53.
5. Перхов В.И. Анализ обеспеченности здравоохранения Российской Федерации врачебными кадрами // Здравоохранение. 2011. № 5. С. 149–167.
6. Дафт Р. Менеджмент. СПб. : Питер, 2015.
7. Дорофеев В.Д. Менеджмент. М. : ИНФРА-М, 2008.
8. Deci E. Intrinsic motivation and self-determination in human behavior. New York : Plenum, 1985.
9. Sansone C. Intrinsic and extrinsic motivation: The search for optimal motivation and performance. San Diego : Academic Press, 2000.
10. Harackiewicz J. The effects of reward contingency and performance feedback on intrinsic motivation // J. Pers. Soc. Psychol. 1979. Vol. 37. P. 1352–1363.
11. Osin E. Autonomous and controlled regulation in Russian employees: the role of personality resources [Электронный документ] URL: <https://slideplayer.com/slide/6229009/> (дата обращения: 16.09.2018).
12. Fang M. et al. A study of the Acceptance of Material Incentives and Non-Material Incentives in Agri-Business Companies // Open J. Soc. Sci. 2014. Vol. 2. N 09. P. 144.
13. Henderson L. Incentives for retaining and motivating health workers in Pacific and Asian countries // Hum. Res. Health. 2008. Vol. 6. P. 18.
14. Okello D. Exploring the influence of trust relationships on motivation in the health sector: a systematic review // Hum. Res. Health. 2015. Vol. 13. P. 16.
15. Willis-Shattuck M. Motivation and retention of health workers in developing countries. A systematic review // BMC Health Serv. Res. 2008. Vol. 8. P. 247.
16. Deci E. Intrinsic and extrinsic motivations: Classic definitions and new directions // Contemp. Educ. Psychol. 2000. Vol. 1. P. 56.
17. Janus K. et al. Job satisfaction and motivation among physicians in academic medical centers: insights from a cross-national study // J. Health Polit. Policy Law. 2008. Vol. 33. N 6. P. 1137.
18. Buddeberg-Fischer B. et al. The new generation of family physicians--career motivation, life goals and work-life balance // Swiss Med. Weekly. 2008. Vol. 138. N 21–22. P. 311.

REFERENCES

1. Mathauer I. Health worker motivation in Africa. The role of non-financial incentives and human resource management tools. Hum Res Health. 2006; 4: 24.
2. Shipov V.M. Organization of labor rationing in health care. Moscow: Grant, 2002. (in Russian)
3. Shishkin S.V. Russian public health: the motivation of doctors and public accessibility, Moscow: Nezavisimiy Institut Sotsialnoy Politiki, 2008. (in Russian)
4. Kurakova N.G. Personnel policy in the sphere of public health. Menedzher zdravookhraneniya [Manager of Health Care]. 2010; (6): 53. (in Russian)

5. Perkhov V.I. Analysis of the health care of the Russian Federation by medical personnel. *Zdravookhranenie [Healthcare]*. 2011; (5): 149–67. (in Russian)
6. Daft R. Management. Saint Petersburg: Piter, 2015. (in Russian)
7. Dorofeev V.D. Management. Moscow: INFRA-M, 2008.
8. Deci E. Intrinsic motivation and self-determination in human behavior. New York: Plenum, 1985.
9. Sansone C. Intrinsic and extrinsic motivation: The search for optimal motivation and performance. San Diego: Academic Press, 2000.
10. Harackiewicz J. The effects of reward contingency and performance feedback on intrinsic motivation. *J Pers Soc Psychol*. 1979; 37: 1352–63.
11. Osin E. Autonomous and controlled regulation in Russian employees: the role of personality resources [Electronic document] URL: <https://slideplayer.com/slide/6229009/> (reference date: 16/09/2018).
12. Fang M., et al. A study of the acceptance of material incentives and non-material incentives in agricultural business companies. *Open J Soc.Sci.* 2014; 2 (09): 144.
13. Henderson L. Incentives for retaining and motivating health workers in Pacific and Asian countries. *Hum Res Health*. 2008; 6: 18.
14. Okello D. Exploring the influence of trust relationships on motivation in the health sector: a systematic review. *Hum Res Health*. 2015; 13: 16.
15. Willis-Shattuck M. Motivation and retention of health workers in developing countries. A systematic review. *BMC Health Serv Res*. 2008; 8: 247.
16. Deci E. Intrinsic and extrinsic motivations: Classic definitions and new directions. *Contemp Educ Psychol*. 2000; 1: 56.
17. Janus K., et al. Job satisfaction and motivation among physicians in academic medical centers: insights from a cross-national study. *J Health Polit Policy Law*. 2008; 33 (6): 1137.
18. Buddeberg-Fischer B., et al. The new generation of family physicians--career motivation, life goals and work-life balance. *Swiss Med Weekly*. 2008; 138 (21–22): 311.

Инновационный цикл повышения квалификации по специальности «Организация здравоохранения и общественное здоровье»

«ЭФФЕКТИВНЫЙ РУКОВОДИТЕЛЬ МЕДИЦИНСКОЙ ОРГАНИЗАЦИИ»

Целевая аудитория

РУКОВОДИТЕЛИ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ ВСЕХ УРОВНЕЙ

главные врачи и их заместители, заведующие отделениями, врачи-специалисты, стремящиеся к административному росту, сотрудники ТФОМСов.

Главная особенность цикла

СИСТЕМНЫЙ ПОДХОД

к управлению в сочетании с практическими инструментами. Лекторы цикла, опытные руководители здравоохранения, делятся навыками эффективного управления и собственным опытом успешных преобразований в условиях ограниченных финансовых и кадровых ресурсов.

После обучения Вы:

- **ПОЙМЕТЕ** ключевые балансы здравоохранения РФ и принципы финансирования отрасли
- **СМОЖЕТЕ** внедрить инновационные методы управления (процессный подход, проектный подход, Lean-менеджмент, управление рисками)
- **УЗНАЕТЕ**, как организовать систему менеджмента качества медицинской помощи и безопасности пациентов
- **НАУЧИТЕСЬ** грамотно мотивировать коллектив и разрешать внешние и внутренние конфликты
- **ОСВОИТЕ** принципы досудебного урегулирования претензий пациентов

Нужна информация по лекарственному препарату? Мы ее вам предоставим!

БЫСТРЫЙ • УМНЫЙ • ТОЧНЫЙ



ЛСГЭОТАР

ЭЛЕКТРОННЫЙ ЛЕКАРСТВЕННЫЙ СПРАВОЧНИК

Научные публикации

Действующие вещества

Торговые названия

МКБ-10 | АТХ | КФУ | Компании

Непатентованные наименования от 'якорцев' до 'янтарная'

А Б В Г Д Ж З И Й К Л М Н О П Р С Т У Ф Х Ц Ч Ш Э Я 1 L R

Якорцев стелющихся травы экстракт

- Другие гиполлипидемические средства
- Другие средства, регулирующие функцию органов мочеполовой системы и репродукцию

МКБ-10 +

Входит в состав:

Трибестан® таблетки внутрь

Янтарная кислота

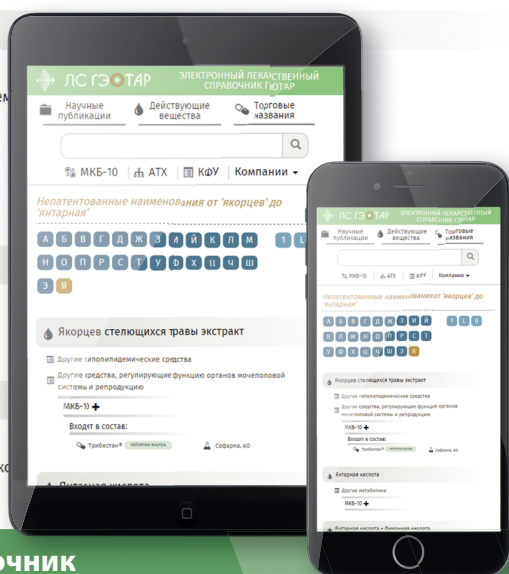
- Другие метаболиты

МКБ-10 +

Янтарная кислота + Лимонная кислота

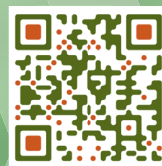
- Антигипоксанты и антиоксиданты
- Средства для коррекции нарушений при алкоголизме, токсико- и наркомании

МКБ-10 +



Самый полный и достоверный справочник
в свободном доступе для врачей:

- ✓ Официальные инструкции Минздрава РФ
- ✓ Полные описания всех зарегистрированных препаратов и действующих веществ
- ✓ Обновление информации в онлайн-режиме
- ✓ Бесплатный доступ для врачей и студентов
- ✓ Интеграция с образовательными модулями и библиотеками врача, студента



www.lsggeotar.ru