

ОРГЗДРАВ

НОВОСТИ • МНЕНИЯ • ОБУЧЕНИЕ

Вестник ВШОУЗ

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

Том 5, № 4 (18), 2019

HEALTHCARE MANAGEMENT:
news, views, education

Bulletin of VSHOUZ



ИЗДАТЕЛЬСКАЯ ГРУППА
«ГЭОТАР-Медиа»

ОРГЗДРАВ

НОВОСТИ • МНЕНИЯ • ОБУЧЕНИЕ
Вестник ВШОУЗ

Том 5, № 4 (18), 2019

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

Главный редактор

Улумбекова Гузель Эрнстовна (Москва)

Редакционная коллегия

Быковская Т.Ю. (Ростов-на-Дону)

Вафин А.Ю. (Казань)

Комаров Ю.М. (Москва)

Линденбратен А.Л. (Москва)

Москвичева М.Г. (Челябинск)

Прохоренко Н.Ф. (Москва)

Стародубов В.И. (Москва)

Хабриев Р.У. (Москва)

Хальфин Р.А. (Москва)

Хайруллин И.И. (Москва)

Черепов В.М. (Москва)

Ответственный секретарь редакции
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, porova@geotar.ru

Подписано в печать 25.12.2019.

Тираж 1000 экземпляров.

Формат 70×100 ¹/₁₆.

Печать офсетная. Печ. л. 4.

Отпечатано в ООО «Фотоэксперт»

115201, г. Москва, ул. Котляковская,

д. 3, стр. 13.

Заказ №

© 000 Издательская группа «ГЭОТАР-Медиа», 2019.

СОДЕРЖАНИЕ

ГЛАВНОЕ

- 4 Улумбекова Г.Э., Гинойан А.Б.,
Калашникова А.В., Альвианская Н.В.

**Финансирование здравоохранения
в России (2021–2024 гг.).
Факты и предложения**

АКТУАЛЬНО СЕГОДНЯ

- 20 Прохоренко Н.Ф., Гапонова Е.А.,
Петрачков И.В., Улумбекова Г.Э.

**Обеспечение доступности и качества
первичной медико-санитарной помощи**

- 43 Аганбегян А.Г.

**Онкозаболевания – главная угроза жизни
людей в перспективе**

ЭФФЕКТИВНОЕ УПРАВЛЕНИЕ

- 55 Тюлькова М.П., Жукова С.И., Шипачев К.В.

**Организация работы Центра здорового
ребенка с применением инструментов
бережливого производства**

CONTENT

ABOVE ALL

- 4 Ulumbekova G.E., Ginoyan A.B.,
Kalashnikova A.V., Alvianskaya N.V.

**Healthcare financing in Russia
(2021–2024). Facts and suggestions**

ACTUALLY TODAY

- 20 Prokhorenko N.F., Gaponova E.A.,
Petrachkov I.V., Ulumbekova G.E.

**Accessibility and quality primary
health care**

- 43 Aganbegyan A.G.

**Neoplastic diseases – the main threat
to human life in perspective**

EFFECTIVE MANAGEMENT

- 55 Tyulkova M.P., Zhukova S.I., Shipachev K.V.

**Center for Healthy Children work
organization using lean production tools**

Финансирование здравоохранения в России (2021–2024 гг.). Факты и предложения

Улумбекова Г.Э.,
Гиноян А.Б.,
Калашникова А.В.,
Альвианская Н.В.

Высшая школа организации и управления
здравоохранением – Комплексный медицинский
консалтинг (ВШОУЗ–КМК), Москва, Россия

Даны общие сведения по объемам и структуре государственных и личных расходов на здравоохранения в РФ, проведены сравнения этих расходов со странами ЕС. Проанализирована динамика госрасходов на здравоохранение в РФ за период 2012–2018 гг., а также за плановый период 2019–2021 гг. Определены условия, при реализации которых можно достичь национальной цели по увеличению ожидаемой продолжительности жизни (ОПЖ) населения РФ до 78 лет к 2024 г. Показано, что для достижения этой цели наряду с целенаправленной политикой, направленной на снижение потребления крепких алкогольных напитков (снижение на 45% к 2024 г.), необходимо будет ежегодно увеличивать государственные расходы на здравоохранение на 15% в постоянных ценах. Увеличение государственных расходов на 10% в год в постоянных ценах при этих же условиях обеспечит рост ОПЖ до 77 лет. Этот темп роста государственных расходов на здравоохранение будет соответствовать 5% ВВП в 2024 г., что на уровне «новых» стран ЕС, в которых уровень ОПЖ сегодня достиг 78 лет. Проведено сравнение расходов на здравоохранение, необходимых (для достижения ОПЖ 77 лет) и предусмотренных в государственной программе «Развитие здравоохранения» до 2024 г. Показано, что с 2019 по 2024 г. (за 6 лет) потребуются дополнительно 6 трлн руб. Даны предложения по приоритетным направлениям расходования этих дополнительных средств.

Ключевые слова:

госрасходы на здравоохранение, частные расходы на здравоохранение, приоритеты здравоохранения, госпрограмма «Развитие здравоохранения», квалификация медработников, ожидаемая продолжительность жизни

Для цитирования: Улумбекова Г.Э., Гиноян А.Б., Калашникова А.В., Альвианская Н.В. Финансирование здравоохранения в России (2021–2024 гг.). Факты и предложения // ОРГЗДРАВ: новости, мнения, обучение. Вестник ВШОУЗ. 2019. Т. 5, № 4. С. 4–19. doi: 10.24411/2411-8621-2019-14001

Статья поступила 15.10.2019. Принята в печать 01.12.2019.

Healthcare financing in Russia (2021–2024). Facts and suggestions

Ulumbekova G.E., Ginoyan A.B., Kalashnikova A.V., Alvianskaya N.V. Graduate School of Healthcare Organization and Management – Complex Medical Consulting (VSHOUZ–КМК), Moscow, Russia

General information on the volume and structure of state and personal health care expenditures in the Russian Federation is given, comparisons of these costs with EU countries are made. The dynamics of government spending on health care in the Russian Federation for the period 2012–2018, as well as for the planning period 2019–2021, is analyzed. The conditions have been determined under which it is possible to achieve the national goal of increasing the life expectancy (life expectancy) of the population of the Russian Federation to 78 years by 2024. It is shown that to achieve this goal, along with a focused policy aimed at reducing the consumption of hard alcohol (decrease by 45% by 2024), it will be necessary to annually increase government spending on health by 15% at constant prices. An increase in government spending of 10% per year at constant prices under the same conditions will ensure an increase in life expectancy up to 77 years. This growth rate of public health spending will correspond to 5% of GDP in 2024, which is at the level of the "new" EU countries, in which the level of life expectancy today has reached 78 years. A comparison is made of health care expenditures required (to achieve life expectancy of 77 years) and provided for in the state program "Healthcare Development" until 2024. It is shown that from 2019 to 2024 (over 6 years) an additional 6 trillion rubles will be required. Proposals are given on priority areas for spending these additional funds.

Keywords:

public spending on healthcare, private spending on healthcare, healthcare priorities, state program "Development of healthcare", qualifications of health workers, life expectancy

For citation: Ulumbekova G.E., Ginoyan A.B., Kalashnikova A.V., Alvianskaya N.V. Healthcare financing in Russia (2021–2024). Facts and suggestions. *Vestnik VSHOUZ [HEALTHCARE MANAGEMENT: News, Views, Education. Bulletin of VSHOUZ]*. 2019; 5 (4): 4–19. doi: 10.24411/2411-8621-2019-14001 (in Russian)

Received 15.10.2019. **Accepted** 01.12.2019.

Общие сведения

По способу финансирования в здравоохранении РФ сложилась **смешанная модель**, в которой участвуют и средства населения (частные), и государственные (или общественные) средства. За счет государственных средств оплачиваются Программа государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской

помощи (ПГГ), инвестиционные расходы, содержание медицинских учреждений, в том числе образовательных организаций, санитарно-эпидемиологическая служба и др. Население оплачивает медицинскую помощь как напрямую, путем оплаты медицинских услуг в государственных, муниципальных и частных медицинских организациях, так и через систему добровольного медицинского страхования (ДМС).

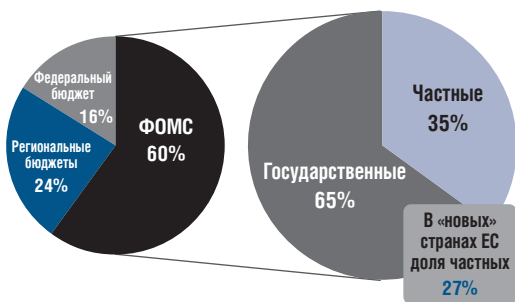


Рис. 1. Структура общих расходов на здравоохранение в РФ в 2018 г.

ФОМС – фонд обязательного медицинского страхования.

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

Государственное финансирование формируется из следующих источников: федеральных и региональных налогов, которые собираются в федеральном бюджете и в консолидированных бюджетах субъектов РФ, а также взносов



Рис. 2. Формирование источников государственного финансирования в РФ

ФОТ – фонд оплаты труда; ФОМС – фонд обязательного медицинского страхования.

в систему обязательного медицинского страхования (ОМС). Это взносы за работающее население [5,1% Фонда оплаты труда (ФОТ), которые уплачивают работодатели], и взносы регионов на неработающее население. Все средства ОМС аккумулируются в Федеральном фонде ОМС (ФОМС) (рис. 2).

На рис. 3 представлена структура распределения государственных расходов на здравоохранение. Видно, что на оказание медицинской помощи тратится около **85%** средств, из которых **70%** идут в ФОТ.

Динамика государственных расходов на здравоохранение в РФ в 2012–2018 гг.

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

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

Однако расходы консолидированных бюджетов субъектов РФ с 2012 по 2018 г. в текущих ценах остались на одном уровне, а в постоянных ценах – **снизились на 34%**, и в 2018 г. составили **790,1 млрд руб.** (см. табл. 1). Это свидетельствует о том, что после уплаты из консолидированных бюджетов в ФОМС взносов за неработающее население у регионов значительно снижаются возможности для финансирования здравоохранения по другим статьям расходов. *Для справки:* в 2016 г. дефицит реализации территориальных программ государственных гарантий (т.е. разли-

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

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

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

Таблица 1. Структура расходов бюджетов бюджетной системы РФ на здравоохранение

Показатель	2012 г.	2013 г.	2014 г.	2015 г.	2016 г.	2017 г.	2018 г.	2019 г.	2020 г.	2021 г.	2018/2012	2019/2018 г.
	факт	факт	факт	факт	факт	факт	факт	прогноз				
<i>Макроэкономические показатели</i>												
ВВП в текущих ценах, млрд руб.	68 164	73 134	79 058	83 094	86 014	92 101	103 876	105 820	110 732	118 409	-	-
Инфляция (индекс потребительских цен, ИПЦ), декабрь к декабрю предыдущего года, %	6,6	6,5	11,4	12,9	5,4	2,5	4,3	4,3	3,8	4,0	-	-
ИПЦ для расчета (2012 г. – базовый)	6,19	6,10	10,23	11,43	5,12	2,44	4,12	4,12	3,66	3,85	-	-
<i>Расходы бюджетов бюджетной системы РФ на здравоохранение</i>												
Расходы бюджетов бюджетной системы РФ на здравоохранение в текущих ценах, млрд руб.	2283,3	2318,0	2532,7	2861,0	3124,4	2820,9	3315,9	3657,0	3961,0	4079,0	45%	10%
Расходы бюджетов бюджетной системы РФ на здравоохранение в ценах 2012 г., млрд руб.	2283,3	2176,5	2134,8	2135,9	2213,1	1949,4	2197,0	2323,1	2424,1	2400,3	-4%	6%
Расходы бюджетов бюджетной системы РФ на здравоохранение, доля в ВВП, %	3,3	3,2	3,2	3,4	3,6	3,1	3,2	3,5	3,6	3,4	-	-
<i>Из них расходы федерального бюджета РФ на здравоохранение</i>												
Расходы федерального бюджета в текущих ценах, млрд руб.	613,8	502,0	535,5	516,0	506,3	439,8	537,3	637,2	900,7	837,1	-12%	19%
Расходы федерального бюджета в текущих ценах без учета расходов на ВМП (для сопоставимости сравнений с 2017 г.), млрд руб.	562,1	446,4	471,5	423,9	411,9	439,8	537,3	637,2	900,7	837,1	-4%	19%
Расходы федерального бюджета без учета расходов на ВМП в ценах 2012 г., млрд руб.	562,1	419,2	397,4	316,5	291,8	303,9	356,0	404,8	551,2	492,6	-37%	14%
<i>Расходы бюджета ФОМС</i>												
Расходы бюджета ФОМС в текущих ценах (без учета дотаций на сбалансированность и без учета ВМП для сопоставимости), млрд руб.	932,2	1048,7	1268,7	1546,7	1495,8	1558,3	1887,1	2089,6	2246,6	2392,5	2,1 п.	11%
Расходы бюджета ФОМС в текущих ценах (с учетом ВМП), млрд руб.	932,2	1048,7	1268,7	1638,8	1590,2	1655,0	1988,5	2190,4	2350,5	2501,5	2,1 п.	10%
Расходы бюджета ФОМС в ценах 2012 г., млрд руб.	932,2	984,7	1 069,4	1 223,5	1 126,4	1 143,7	1 317,5	1 391,4	1 438,5	1 472,0	1,4 п.	6%

Показатель	2012 г.	2013 г.	2014 г.	2015 г.	2016 г.	2017 г.	2018 г.	2019 г.	2020 г.	2021 г.	2018/2012	2019/2018 г.
	факт	факт	факт	факт	факт	факт	факт	прогноз				
Субвенции бюджетам ТФОМС в текущих ценах, млрд руб.	640,6	1025,4	1173,9	1427,1	1458,6	1537,2	1870,6	2068,5	2225,5	2371,8	-	-
Дефицит/профицит бюджета ФОМС, млрд руб.	+34,4	+52,6	-18,1	-65,3	+67,5	+82,2	-92,6	-92,2	-0,5	-5,7	-	-
<i>Расходы консолидированных бюджетов субъектов РФ</i>												
Расходы бюджетов субъектов РФ в текущих ценах, млрд руб.	789,0	822,9	792,5	798,3	1 122,3	726,1	790,1	829,4	709,8	740,4	0%	5%
Расходы бюджетов субъектов РФ в ценах 2012 г., млрд руб.	789,0	772,7	668,0	596,0	794,9	501,8	523,5	526,9	434,4	435,7	-34%	1%

ВГМ – высокотехнологичная медицинская помощь; ФОМС – фонд обязательного медицинского страхования.



Источники: Росстат; расчет ВШОУЗ–КМК.

Рис. 5. Динамика частных расходов на здравоохранение в РФ в постоянных ценах 2005 г.



Рис. 3. Структура распределения государственных расходов на здравоохранение

ца между запланированными на эту программу средствами и фактическими расходами) за счет консолидированных бюджетов субъектов РФ составил **164,4 млрд руб.** (это 20% фактических расходов на здравоохранение консолидированных бюджетов регионов за 2016 г.).

Планируемые государственные расходы на здравоохранение в 2019–2021 гг.

Государственные расходы на здравоохранение в 2019 г. составят **3657 млрд руб.**⁴ и по сравнению с 2018 г. **возрастут на 10%** в текущих ценах или **на 6%** в постоянных ценах (см. табл. 1). Если сравнить бюджет здравоохранения 2019 г. с прошлыми периодами, то выяснится, что после снижения государственных расходов в 2014–2017 гг. он **только вернется** к уровню финансирования здравоохранения 2012 г. в постоянных ценах.

С 2019 по 2021 г. рост расходов на здравоохранение запланирован за счет реализации

национальных проектов «Здравоохранение» и «Демография». С 2018 по 2021 г. расходы бюджетов бюджетной системы (государственные расходы на здравоохранение) **возрастут на**

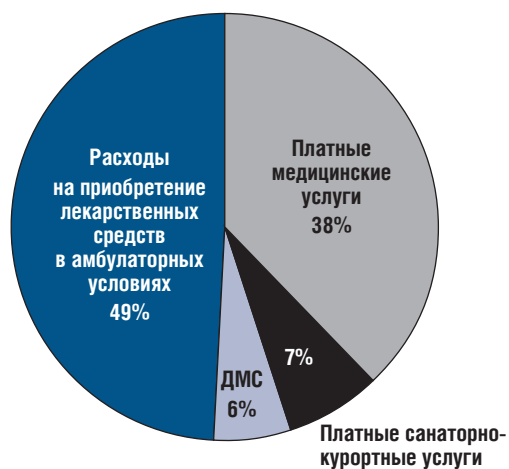
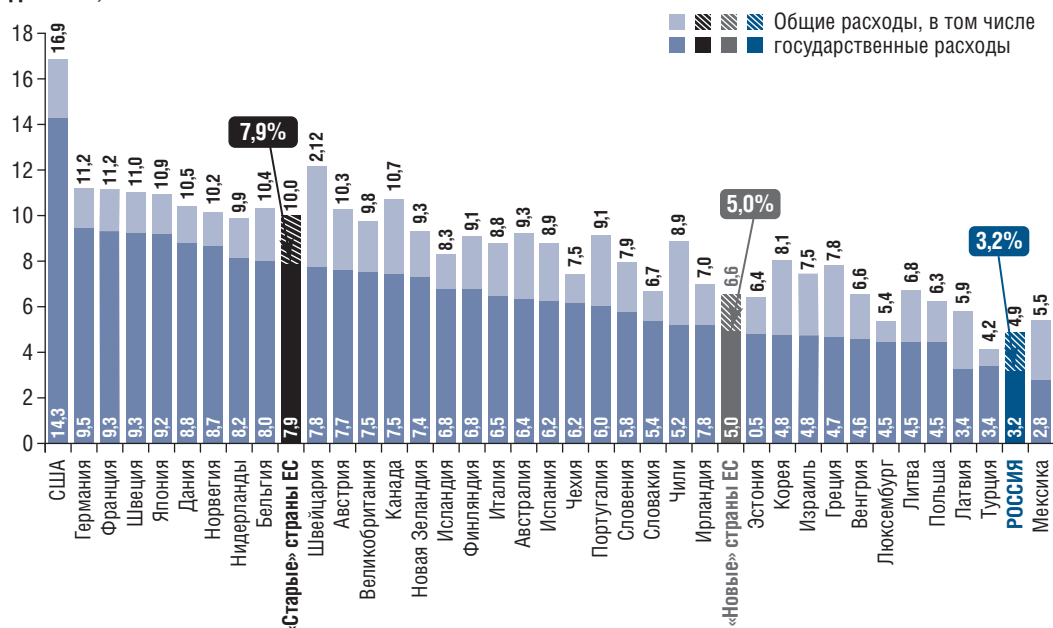


Рис. 4. Структура частных расходов на здравоохранение в РФ в 2018 г.

ДМС – добровольное медицинское страхование.

⁴ Основные направления бюджетной, налоговой и таможенно-тарифной политики на 2019–2021 гг. (сентябрь 2018 г.) (табл. 4.4.2).

Доля ВВП, %



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

Рис. 6. Государственные расходы на здравоохранение в РФ, «новых-8» и «старых» странах ЕС

23% в текущих ценах, а в постоянных ценах – только на 9% (средний темп прироста составит 3% в год в постоянных ценах). При этом расходы федерального бюджета за этот период **возрастут на 38%** в постоянных ценах, расходы ФОМС **возрастут на 12%**, а расходы консолидированных бюджетов субъектов РФ **сократятся на 17%** в постоянных ценах.

Частные расходы на здравоохранение

Личные расходы населения (частные) складываются из собственно личных средств граждан (из своего кармана) на платные медицинские и санаторно-курортные услуги, на приобретение лекарственных средств (ЛС) в амбулаторных условиях, а также из взносов населения и работодателей на ДМС.

В структуре частных расходов в РФ в 2018 г. преобладали расходы населения на лекарственные средства (ЛС) и изделия медицин-

ского назначения (ИМН) – **49%**, расходы на медицинские и санаторно-курортные услуги составили **45%**, и только **6%** потрачено на ДМС (рис. 4).

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

Сравнение расходов на здравоохранение в РФ и странах Евросоюза

Государственные расходы на здравоохранение в РФ в 2018 г. составили **3,2% ВВП**, что

в **1,6 раза ниже**, чем в «новых-8» странах ЕС (5,0%), и в **2,5 раза ниже**, чем в «старых» странах ЕС (7,9%) (рис. 6).

Подушевые государственные расходы на здравоохранение в РФ в 2018 г. составили 880 \$ППС в год, что в **1,9 раза ниже**, чем в «новых-8» странах ЕС (1665 \$ППС), и в **4,1 раза ниже**, чем в «старых» странах ЕС (3585 \$ППС) (рис. 7).

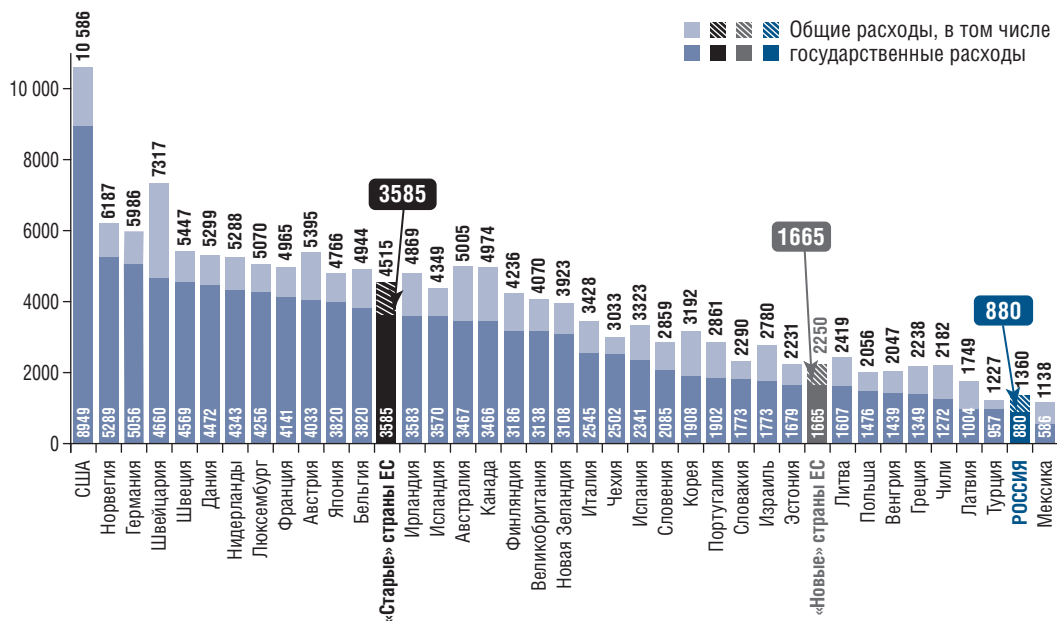
Неравенство субъектов РФ в финансировании медицинской помощи

Сегодня в РФ фактические государственные расходы на здравоохранение (из всех источников финансирования – системы ОМС и бюджеты всех уровней) существенно разнятся по субъектам РФ в расчете на душу населения (рис. 8). Так, средневзвешенная по РФ величина государственных расходов на здравоохранение в 2018 г. составила **16,4 тыс. руб.** на душу населения.

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

Учитывая, что в целом здравоохранение РФ существенно недофинансировано из государственных источников, это неравенство **невозможно** исправить путем перераспределения средств от обеспеченных к малообеспеченным субъектам РФ. Такое перераспределение мо-

\$ППС на душу населения



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

Рис. 7. Подушевые государственные расходы на здравоохранение в РФ, «новых-8» и «старых» странах ЕС

жет привести к снижению и так невысокого уровня доступности медицинской помощи в тех субъектах РФ, от которых средства будут изъяты, тем самым вызвать недовольство граждан и медицинских работников. Для решения этой проблемы необходимо провести расчеты по обоснованию дополнительного объема финансирования здравоохранения, который позволит довести его во всех регионах до уровня не ниже **обоснованного минимального показателя по РФ**, установленного на федеральном уровне. При расчете этого минимального подушевого показателя необходимо учесть увеличение расходов на фонд оплаты труда медицинских работников и на лекарственное обеспечение в амбулаторных условиях. При расчете ФОТ медицинских работников необходимо предусмотреть минимальный размер базового оклада по профессиональным квалификационным группам, установленный на федеральном уровне, аналогично – подушевой норматив финансирования расходов на лекарственные средства в амбулаторных условиях.

Сценарные условия достижения общей продолжительности жизни 78 лет и необходимые объемы финансирования здравоохранения

В работах [1–3] обоснованы ключевые факторы, определяющие здоровье населения РФ (а именно показатель ожидаемой продолжительности жизни, ОПЖ), и дана количественная оценка степени их влияния. Показано, что в РФ в период с 2011 по 2016 г. темп роста ВРП определял ОПЖ **на 37%**, снижение потребления алкоголя – **на 33%**, увеличение государственного финансирования здравоохранения – **на 30%**.

На основе этих результатов были построены прогнозы динамики ОПЖ при различных сценарных условиях. Были заданы следующие базовые условия: темп прироста ВРП на душу населения в 2019 г. составит **1,7%**, в 2020 г. – **3%**, а за период 2021–2024 гг. заложен рост по **4%** на каждый год. Второе базовое условие – потребление крепких алкогольных напитков на душу населения в субъектах РФ должно снизиться **на 45%** (снижение заложено по функции экспоненциального роста,

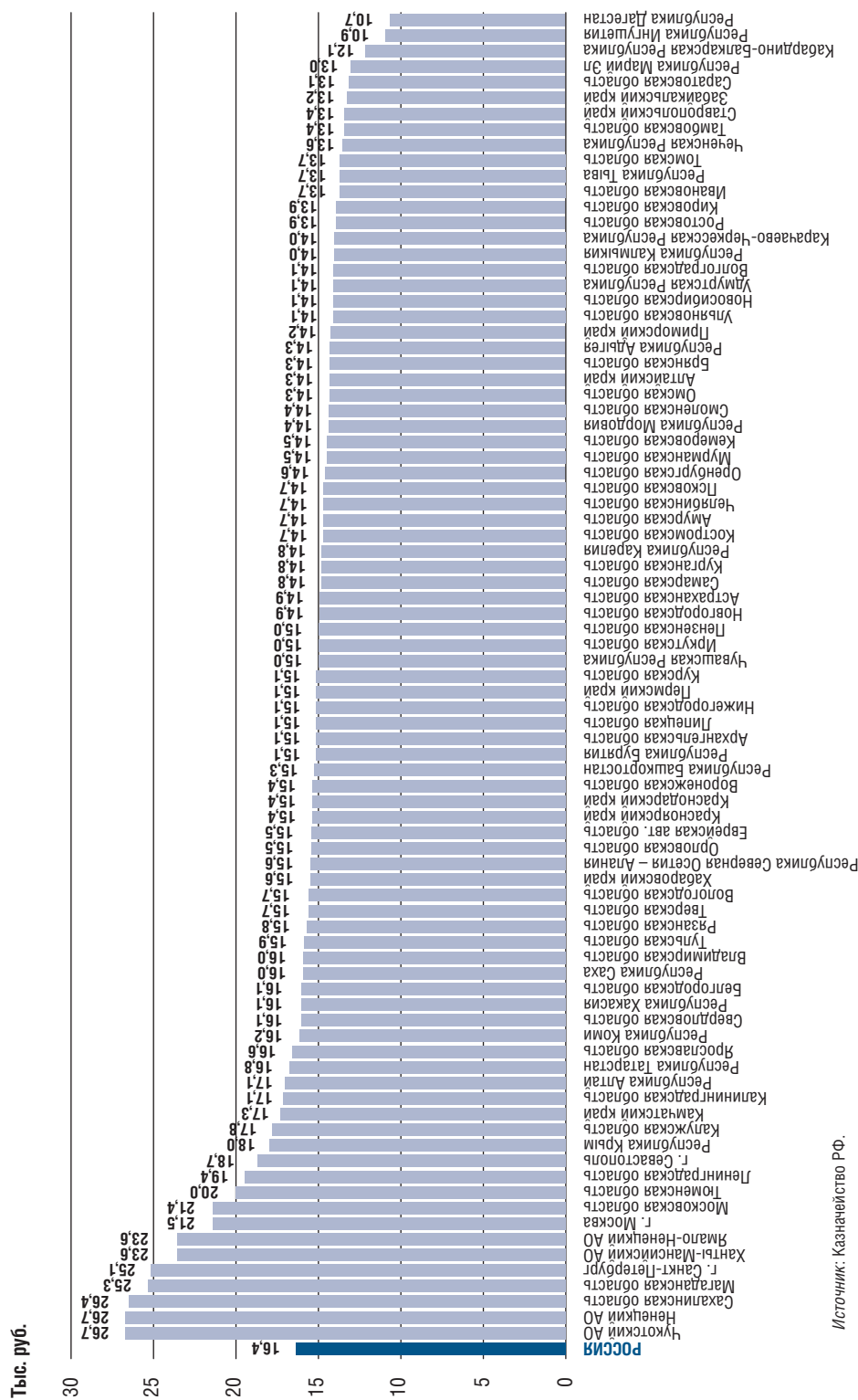
минимальный порог – 3,2 л). Далее, принимая эти базовые условия, были построены три сценария увеличения ОПЖ в зависимости от динамики показателя государственных расходов на здравоохранение на душу населения (ГРЗ) в период 2020–2024 гг. (рис. 9):

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

Видно, что для достижения ОПЖ **78 лет** к 2024 г. потребуется ежегодное увеличение государственного финансирования здравоохранения **на 15%** в постоянных ценах. Если государственное финансирование здравоохранения к 2024 г. будет увеличиваться каждый год на 10% в постоянных ценах, то ОПЖ вырастет до **77,3 года**. Если государственное финансирование к 2024 г. будет таким, как сегодня заложено в государственной программе «Развитие здравоохранения», то ОПЖ достигнет только **75,6 года**. Еще раз подчеркнем, что этот расчет сделан для базовых условий. Если ВРП **не будет увеличиваться**, как заложено в базовых условиях, а потребление алкоголя **останется на прежнем уровне**, то тогда потребуются **еще большие** вложения в здравоохранение, чтобы компенсировать отсутствие положительного влияния на ОПЖ этих факторов. И наоборот, если ВРП будет расти более высокими темпами, соответственно будет расти благосостояние граждан, то в здравоохранение потребуются **меньшие** вложения.

Распределение финансовых ресурсов по приоритетным направлениям развития здравоохранения на 2019–2024 гг.

Исходя из расчетов следует, что для достижения в РФ ОПЖ **78 лет** к 2024 г. потребуется увеличение государственного финансирования здра-



Источник: Казначейство РФ.

Рис. 8. Подушевые государственные расходы на здравоохранение в регионах РФ в 2018 г.

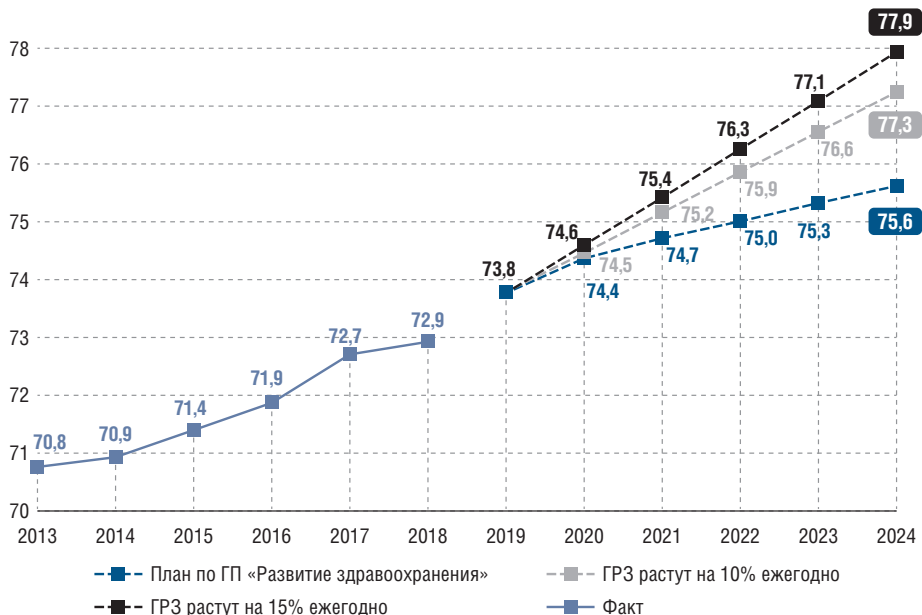


Рис. 9. Динамика ожидаемой продолжительности жизни в РФ по трем сценарным условиям до 2024 г.

ГП – государственная программа; ГРЗ – государственные расходы на здравоохранение на душу населения.

вохранения **на 15%** ежегодно в ценах 2018 г., а до **77 лет** – **на 10%** ежегодно. Эти расчеты сделаны при сохранении **базовых условий**, что ВРП в РФ будет расти согласно темпам, заложенным Минэкономразвития РФ, а потребление алкоголя сократится **на 45%** с 2018 по 2024 г. [4].

Примем наиболее **реалистичный вариант** – увеличение государственного финансирования здравоохранения **на 10% ежегодно в ценах 2018 г.** Это означает, что к имеющимся в 2018 г. **3,3 трлн руб.** для формирования расходов на 2019 г. необходимо дополнительно **330 млрд руб.** (3300 млрд руб. × 10%) плюс индексация на уровень инфляции (4%). К полученному значению финансирования в 2019 г. (3,8 млрд руб.) прибавляем 10% и снова индексируем на уровень инфляции, таким образом, получаем необходимый уровень финансирования в 2020 г. и т.д.

Полученные значения объемов государственного финансирования здравоохранения представлены в табл. 2. В ней также представлен плановый вариант финансирования здравоохранения, предусмотренный в государственной программе «Развитие здравоохранения».

Из табл. 2 следует, что с 2019 по 2024 г. (за 6 лет) при плановом варианте на здравоохранение будет потрачено всего **26,7 трлн руб.** в текущих ценах. При расчетном варианте с 10% ежегодным увеличением финансирования потребуется **32,8 трлн руб.**, т.е. на **6 трлн руб. больше**. При этом дополнительные средства потребуются с 2021 г., так как в 2019 и 2020 гг. в плановом варианте заложены дополнительные средства, преимущественно на программу «Здравоохранение». При плановом варианте расходы на здравоохранение в 2024 г. составят **3% ВВП**, что даже меньше, чем в 2018 г. При расчетном варианте эти расходы к 2024 г. составят **5% ВВП**. Это как раз уровень государственного финансирования здравоохранения, который сложился сегодня в «новых-8» странах ЕС и которые уже сегодня имеют ОЖ **77,7 года**.

При плановом варианте увеличение государственного финансирования за 6 лет (с 2019 по 2024 г.) составит в ценах 2018 г. **3,4 трлн руб.**,

Таблица 2. Прогнозы государственного финансирования здравоохранения по плановому и расчетному вариантам (увеличение на 10% ежегодно в ценах 2018 г.)

Показатель	2018 г.	2019 г.	2020 г.	2021 г.	2022 г.	2023 г.	2024 г.	2019–2024 гг.	За 6 лет дополни- тельно к уровню 2018 г.	Ежегодно до- полнительно к уровню 2018 г. в среднем
Государственные расходы на здравоохранение (ГП «Развитие здравоохранения») в текущих ценах (план), млрд руб.	3319	4112	4540	4559	4520	4487	4476	26 693	6782	1130
Доля в ВВП, %	3,2	3,8	4,0	3,7	3,5	3,2	3,0	-	-	-
Государственные расходы на здравоохранение (ГП «Развитие здравоохранения») в постоянных ценах 2018 г. (план), млрд руб.	3319	3943	4195	4049	3862	3686	3535	23 269	3358	560
Расчет: 10% ежегодный рост государственного финансирования здравоохранения в постоянных ценах 2018 г., млрд руб.	3319	3650	4015	4417	4859	5345	5879	28 165	8254	1376
Расчет: 10% ежегодный рост государственных расходов на здравоохранение в текущих ценах, млрд руб.	3319	3807	4346	4973	5687	6507	7444	32 763	12 852	2142
Доля в ВВП расчетного варианта, %	3,2	3,5	3,8	4,1	4,3	4,7	5,0	-	-	-
Разница между плановым и расчетным вариантами, млрд руб.	0	-305	-194	415	1167	2019	2968	6070	6070	1012
ВВП в текущих ценах, млрд руб. (базовый вариант прогноза Минэкономразвития России)	103 876	109 086	114 375	122 234	130 790	139 837	149 488	-	-	-

ГП – государственная программа; ВВП – валовой внутренний продукт.

т.е. будет увеличиваться на **560 млрд руб.** ежегодно в постоянных ценах. В расчетном варианте за все 6 лет потребуются дополнительно к уровню финансирования 2018 г. **8,3 трлн руб.** в ценах 2018 г., т.е. в среднем **по 1,4 трлн руб. ежегодно.**

Таким образом, для достижения ОПЖ **77 лет** к 2018 г. потребуется ежегодно **поэтапно**

увеличивать государственное финансирование здравоохранения в среднем на 1,4 трлн руб. С учетом уже предусмотренных в плановом варианте средств (560 млрд руб. ежегодно) дополнительно потребуется **820 млрд руб. ежегодно в постоянных ценах.**

Предлагается распределить эти дополнительные средства (820 млрд руб. ежегодно) по

Таблица 3. Расчеты фонда оплаты труда врачей участковой службы на период 2019–2024 г. с учетом индексации оплаты труда всех работников на 10% ежегодно и индексации базового оклада дополнительных врачей [с расширенными функциями и врачами общей практики (ВОП)] в 1,5 раза

Исходные показатели	2018 г. (факт)	2019 г.	2020 г.	2021 г.	2022 г.	2023 г.	2024 г.	2019–2024 г.
<i>Расчет дополнительной численности врачей (с расширенными функциями и ВОП) и среднего медицинского персонала до 2024 г. с учетом разукрупнения участков до 1200 человек</i>								
Дополнительная численность врачей участковой службы (с расширенными функциями и ВОП), тыс. чел.	74,7	1,6	9,0	10,0	10,0	11,0	11,0	127,3
Дополнительная численность среднего медицинского персонала (на дополнительную численность врачей), тыс. чел.	82,8	2,4	13,5	15,0	15,0	16,5	16,5	161,7
<i>Расчет расходов на оплату труда дополнительной численности врачей и среднего медицинского персонала участковой службы (с расширенными функциями и ВОП), с повышающим коэффициентом 1,5 к базовому окладу</i>								
Расходы на оплату труда дополнительной численности врачей (с расширенными функциями и ВОП) с начислениями на оплату труда, с повышающим коэффициентом 1,5 к базовому окладу (исходя из пропорции 60% – базовый оклад, 40% – стимулирующие надбавки), нарастающим итогом, млрд руб.	-	2,43	16,12	31,33	46,54	63,27	80,00	239,71
Расходы на оплату труда дополнительной численности среднего медицинского персонала (на дополнительную численность врачей) с начислениями на оплату труда, с повышающим коэффициентом 1,5 к базовому окладу (исходя из пропорции 60% – базовый оклад, 40% – стимулирующие надбавки), нарастающим итогом, млрд руб.	-	1,80	11,93	23,19	34,44	46,82	59,20	177,39
Итого расходы на оплату труда дополнительной численности медицинских работников участковой службы (с расширенными функциями и ВОП), млрд руб.	-	4,23	28,05	54,52	80,98	110,10	139,21	417,09
<i>Расчет общих расходов на оплату труда медицинских работников участковой службы с дополнительной численностью врачей и среднего медицинского персонала участковой службы (с расширенными функциями и ВОП) и с повышающим коэффициентом 1,5 к базовому окладу, с ежегодным увеличением оплаты труда медицинских работников на 10%</i>								
Расходы на оплату труда действующей численности врачей (фактическая, 2018 г.) с начислениями на оплату труда, с ежегодным увеличением оплаты труда на 10%, млрд руб.	87,40	96,14	105,75	116,33	127,96	140,76	154,83	741,77
Расходы на оплату труда действующей численности среднего медицинского персонала (фактическая, 2018 г.) с начислениями на оплату труда, с ежегодным увеличением оплаты труда на 10%, млрд руб.	47,79	52,57	57,83	63,61	69,97	76,97	84,67	405,62

Окончание табл. 3

Исходные показатели	2018 г. (факт)	2019 г.	2020 г.	2021 г.	2022 г.	2023 г.	2024 г.	2019–2024 гг.
Расходы на оплату труда дополнительной численности врачей (с расширенными функциями и ВОП) с начислениями на оплату труда, с повышающим коэффициентом 1,5 к базовому окладу (исходя из пропорции 60% – базовый оклад, 40% – стимулирующие надбавки), с ежегодным увеличением оплаты труда на 10%, млрд руб.	-	2,68	19,51	41,70	68,14	101,90	141,73	375,67
Расходы на оплату труда дополнительной численности среднего медицинского персонала (на дополнительную численность врачей) с начислениями на оплату труда, с повышающим коэффициентом 1,5 к базовому окладу (исходя из пропорции 60% – базовый оклад, 40% – стимулирующие надбавки), с ежегодным увеличением оплаты труда на 10%, млрд руб.	-	1,98	14,44	30,86	50,43	75,41	104,88	277,99
Итого общие расходы на оплату труда медицинских работников участковой службы, млрд руб.	-	153,4	197,5	252,5	316,5	395,0	486,1	1 801,1
Итого дополнительные расходы на ФОТ в 2019–2024 гг., млрд руб.	-	-	-	-	-	-	-	989,9

приоритетным направлениям следующим образом (все расчеты сделаны в ценах 2018 г. в среднем за год, хотя подразумевается поэтапный рост по каждой из статей).

1. Обеспечение системы здравоохранения квалифицированными кадрами – 320 млрд руб. Эти расходы должны пойти:

- на увеличение **численности и индексации** оплаты труда медицинских работников, занятых в амбулаторных условиях (дополнительно потребуется не менее **52,6 тыс. врачей и 79 тыс.** средних медицинских работников, коэффициент индексации должен составить не менее **1,5** к базовому окладу) – 165 млрд руб. ежегодно, расчеты представлены в табл. 3;
- ликвидацию **дефицита** медицинских кадров по ряду специальностей (анестезиологи-реаниматологи, врачи-патологоанатомы и др.);

- ликвидацию **различий** в оплате труда медицинских работников путем установления на федеральном уровне базовых окладов по профессиональным квалификационным группам;
 - индексацию оплаты труда медицинских работников, работающих **в сельской** и приравненной к ней местности (коэффициент **1,3** к базовому окладу);
 - средства на предоставление льготного ипотечного **кредитования** для медицинских работников.
- 2. Масштабное повышение квалификации медицинских кадров – 60 млрд руб.:**
- увеличение оплаты труда **профессорско-преподавательского** состава медицинских вузов (не менее **300%** к оплате труда в среднем по экономике);
 - средства на повышение квалификации медицинских кадров (в структуре тарифа

на оказание медицинской помощи не менее **2% ФОТ** в год).

3. Программа всеобщего **лекарственного обеспечения** населения в амбулаторных условиях – **320 млрд руб.**

4. Программа по снижению заболеваемости и смертности **детей и подростков** – **30 млрд руб.**

5. Программа по снижению заболеваемости и смертности **от инфекционных болезней** – **30 млрд руб.**

6. Обновление **материально-технической базы центральных районных больниц (ЦРБ)** и ММЦ (оплота сельской медицины) и создание диагностических амбулаторных межрайонных центров – **20 млрд руб.** (в 2020–2021 гг. – по 30 млрд, далее – по 10 млрд руб. ежегодно).

7. Приведение тарифов по оплате медицинских услуг в соответствие с современными методами лечения, которые предусмотрены в клинических рекомендациях, – **15 млрд руб.**

8. Увеличение объемов медицинской помощи в связи с ростом числа пациентов (в результате проведения профилактических осмотров и диспансеризации, старения населения и снижения смертности, соответственно увеличения числа больных людей, нуждающихся в лечении) – **15 млрд руб.**

9. Реализация программ, направленных на формирование у населения здорового образа жизни, – **10 млрд руб.**

По всем программам в 2019 г. необходимо будет сделать более точные расчеты и предусмотреть названные средства с 2020 по 2024 г. Далее база финансирования здравоохранения должна сохраняться на уровне **не ниже 2024 г., или 5% ВВП**. Только при таких условиях возможно увеличение ОПЖ до 77 лет к 2024 г., повышение удовлетворенности медицинских работников, а значит, и снижение напряженности в обществе.

Заключение

В РФ высока доля личных расходов населения на здравоохранение, она составляет 35%, что в 1,3 раза выше, чем в «новых» странах ЕС (27%). Это связано с недостаточными расходами государства на здравоохранение: в 2018 г. подушевые государственные расходы на здравоохранение в РФ были в 1,9 раза ниже, чем в «новых-8» странах ЕС. В доле ВВП государственные расходы на здравоохранение в РФ составили 3,2% ВВП, что в 1,6 раза ниже, чем в этих странах (5% ВВП).

На фоне и так невысоких государственных расходов на здравоохранение в РФ за последние 6 лет (с 2012 по 2018 г.) произошло их сокращение на 4% в постоянных ценах (2012 г. – 100%). Такое уменьшение расходов привело к снижению гарантированных объемов медицинской помощи.

Результаты расчетов показали, что в РФ для достижения ОПЖ 78 лет к 2024 г. наряду с целенаправленной политикой, направленной на снижение потребления крепких алкогольных напитков (снижение на 45% к 2024 г.), необходимо ежегодно увеличивать государственные расходы на здравоохранение на душу населения примерно **на 15%** в постоянных ценах. Такой темп роста государственных расходов на здравоохранение будет соответствовать **6,5% ВВП** в 2024 г., что **на уровне** стран ЕС в среднем. Для достижения ОПЖ 77 лет к 2024 г. потребуется увеличение государственных расходов **на 10%** ежегодно в постоянных ценах.

Заложенные в госпрограмме «Развитие здравоохранения» финансовые средства недостаточны для достижения ОПЖ 78 лет к 2024 г. – динамика роста этих расходов с 2018 по 2024 г. составит **всего 6%** в постоянных ценах. К 2024 г. эти расходы составят **2,9% ВВП**, что ниже, чем в 2018 г. (3,2% ВВП).

Конфликт интересов. Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

СВЕДЕНИЯ ОБ АВТОРАХ

Улумбекова Гузель Эрнстовна (Ulumbekova Guzel E.) – доктор медицинских наук, МВА Гарвардского университета (Бостон, США); руководитель Высшей школы организации и управления здраво-

охранением – Комплексного медицинского консалтинга (ВШОУЗ–КМК), 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, Россия

E-mail: vshouz@vshouz.ru

<https://orcid.org/0000-0003-0986-6743>

Гинойан Аргишти Багратович (Ginoyan Argishti B.) – кандидат экономических наук, ведущий научный сотрудник Института исследований международных экономических отношений ФГБОУ ВО «Финансовый университет при Правительстве Российской Федерации», ведущий научный сотрудник Научно-исследовательского центра по анализу деятельности системы здравоохранения Высшей школы организации и управления здравоохранением – Комплексного медицинского консалтинга (ВШОУЗ–КМК), Москва, Россия

E-mail: agrio1q89@hotmail.com

<https://orcid.org/0000-0003-4513-3635>

Калашникова Александра Владимировна (Kalashnikova Alexandra V.) – специалист аналитического отдела Высшей школы организации и управления здравоохранением – Комплексного медицинского консалтинга (ВШОУЗ–КМК), Москва, Россия

E-mail: divine8585@mail.ru

<https://orcid.org/0000-0002-7519-7405>

Альвианская Нелли Владиславовна (Alvianskaya Nelli V.) – кандидат экономических наук, заслуженный экономист РФ, руководитель Научно-исследовательского центра по анализу деятельности системы здравоохранения Высшей школы организации и управления здравоохранением – Комплексного медицинского консалтинга (ВШОУЗ–КМК), Москва, Россия

E-mail: alvianskaya@vshouz.ru

<https://orcid.org/0000-0003-1472-9663>

ЛИТЕРАТУРА

1. Улумбекова Г.Э. Здравоохранение РФ. Что надо делать. 2-е изд. М. : ГЭОТАР-Медиа, 2015. 704 с.
2. Улумбекова Г.Э. Здравоохранение РФ. Что надо делать. Состояние и предложения: 2019–2024 гг. 3-е изд. М. : ГЭОТАР-Медиа, 2019. 416 с.
3. Улумбекова Г. Э., Гинойан А. Б., Чабан Е. А. Количественный анализ факторов, влияющих на состояние здоровья населения в Российской Федерации // Медицинское образование и профессиональное развитие. 2016. № 2 (24). С. 107–120.
4. Улумбекова Г.Э., Прохоренко Н.Ф., Гинойан А.Б., Калашникова А.В. Системный подход к достижению общенациональной цели по увеличению ожидаемой продолжительности жизни до 79 лет к 2024 году // Экономика. Налоги. Право. 2019. Т. 12, № 2. С. 19–30.

REFERENCES

1. Ulumbekova G.E. Health care of the Russian Federation. What to do. 2nd ed. Moscow: GEOTAR-Media, 2015. 704 p. (in Russian)
2. Ulumbekova G.E. Health care of the Russian Federation. What to do. Status and offers: 2019–2024. 3rd ed. Moscow: GEOTAR-Media, 2019. 416 p. (in Russian)
3. Ulumbekova G. E., Ginoyan A. B., Chaban E. A. Quantitative analysis of factors affecting the health status of the population in the Russian Federation. Meditsinskoe obrazovanie i professional'noe razvitie [Medical Education and Professional Development]. 2016; 2 (24): 107–20. (in Russian)
4. Ulumbekova G.E., Prokhorenko N.F., Ginoyan A.B., Kalashnikova A.V. A systematic approach to achieving the national goal of increasing the expected longlife expectancy up to 79 years by 2024. Ekonomika. Nalogi. Pravo [Economics. Taxes. Right]. 2019; 12 (2): 19–30. (in Russian)

Обеспечение доступности и качества первичной медико-санитарной помощи

Прохоренко Н.Ф.,
Гапонова Е.А.,
Петрачков И.В.,
Улумбекова Г.Э.

Высшая школа организации и управления
здравоохранением – Комплексный медицинский
консалтинг (ВШОУЗ–КМК), Москва

Первичная медико-санитарная помощь (ПМСП) – самый массовый вид медицинской помощи в РФ, где начинается и заканчивается большинство эпизодов оказания медицинской и профилактической помощи населению. В РФ в настоящее время сложился существенный дефицит медицинских работников первичного звена: врачей участковой службы **в 1,5 раза** меньше необходимого числа, средних медицинских работников, работающих с ними, – **в 1,8 раза** меньше необходимого, фельдшеров – **в 1,9 раза** меньше необходимого. Такой дефицит на фоне роста потребности населения в медицинской помощи приводит к высокой трудовой нагрузке медицинских работников и снижению качества оказания ПМСП.

В статье проанализированы проблемы, связанные с оказанием ПМСП, рассмотрены мероприятия по развитию этого вида помощи, предусмотренные в национальном проекте «Здравоохранение», предложены дополнительные меры и рассчитаны необходимые ресурсы для их реализации. Ключевые предложения по решению проблем первичного звена: ликвидация дефицита врачей путем повышения оплаты их труда (коэффициент 1,5 к базовому окладу и дополнительный – 1,3 к базовому окладу персонала, работающего в сельской местности), а также путем предоставления дополнительных социальных льгот; изменение системы организации ПМСП путем перехода на модель врача общей практики для взрослого населения; массовое повышение квалификации медицинских работников; модернизация способов оплаты медицинских организаций, оказывающих ПМСП.

Ключевые слова:

первичная медико-санитарная помощь в РФ, дефицит врачей участковой службы, национальный проект «Здравоохранение», предложения по повышению доступности первичной медико-санитарной помощи в РФ

Для цитирования: Прохоренко Н.Ф., Гапонова Е.А., Петрачков И.В., Улумбекова Г.Э. Обеспечение доступности и качества первичной медико-санитарной помощи // ОРГЗДРАВ: новости, мнения, обучение. Вестник ВШОУЗ. 2019. Т. 5, № 4. С. 20–42. doi: 10.24411/2411-8621-2019-14002

Статья поступила 01.11.2019. **Принята в печать** 01.12.2019.

Accessibility and quality primary health care

Prokhorenko N.F.,
Gaponova E.A., Petrachkov I.V.,
Ulumbekova G.E.

Graduate School of Healthcare Organization
and Management – Complex Medical
Consulting (VSHOUZ–КМК), Moscow, Russia

Primary health care (PHC) is the most widespread type of medical care in the Russian Federation, where the most episodes of medical and preventive care to the population begin and end. In the Russian Federation, there is currently a significant shortage of primary care workers: doctors of the district service are **1.5 times** less than the required number, average medical personnel working with them – **1.8 times** less than necessary, paramedics – **1.9 times** less than necessary. Such a deficit against the background of the population's growing need for medical care leads to a high workload of medical workers and to a decrease in the quality of PHC provision.

The article analyzes the problems associated with the provision of PHC; considers the measures for the development of this type of assistance provided in the National project "Health"; proposes additional measures and calculates the necessary resources for their implementation. The key proposals to solve the problems of primary care are: the elimination of the shortage of doctors by increasing their wages (the ratio of 1.5 to the base salary and additional 1.3 to the base salary of personnel working in the rural areas), as well as providing additional social benefits; changing the organization of PHC by switching to the model of General practitioner for the adult population; mass training of medical workers; modernization of payment methods of medical organizations providing PHC.

Keywords:

primary health care system in the Russian Federation, the shortage of doctors of the district service, national project "Health", proposals to improve the availability of primary health care in the Russian Federation

For citation: Prokhorenko N.F., Gaponova E.A., Petrachkov I.V., Ulumbekova G.E. Accessibility and quality primary health care. ORGZDRAV: novosti, mneniya, obuchenie. Vestnik VSHOUZ [HEALTHCARE MANAGEMENT: News, Views, Education. Bulletin of VSHOUZ]. 2019; 5 (4): 20–42. doi: 10.24411/2411-8621-2019-14002 (in Russian)

Received 01.11.2019. **Accepted** 01.12.2019.

Общие положения

Доступность и качество первичной медико-санитарной помощи (ПМСП) гарантируется требуемой обеспеченностью **квалифициро-**

ванными медицинскими кадрами, наличием медицинской организации, расположенной в шаговой (или транспортной) доступности для населения¹ и имеющей необходимое **матери-**

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

ально-техническое обеспечение, а также **правильной организацией** процессов оказания медицинской помощи. В РФ ПМСП традиционно организована по участково-территориальному принципу с разделением врачей на две основные группы: **участковой службы** (врачей-терапевтов участковых, врачей-педиатров участковых и врачей общей практики – ВОП) и **врачей-специалистов**.

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

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

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

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

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

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

- завершить формирование сети медицинских организаций, оказывающих ПМСП, в том числе построить врачебные амбулатории (ВА), фельдшерско-акушерские пункты (ФАП), фельдшерские пункты (ФП) в населенных пунктах с численностью населения от 100 до 2000 человек, а также обеспечить использование мобильных медицинских комплексов в населенных пунктах численностью менее 100 человек;
- обеспечить медицинские организации квалифицированными кадрами, в том числе внедрить систему непрерывного медицинского образования;
- создать взаимодействие медицинских организаций на основе единой государственной информационной системы здравоохранения (ЕГИСЗ);
- внедрить инновационные медицинские технологии;
- внедрить клинические рекомендации с соответствующим финансовым обеспечением;

- разработать и реализовать программы: по борьбе с онкологическими и сердечно-сосудистыми заболеваниями, развитию детского здравоохранения (в составе этих программ также должна быть отражена составляющая обеспечения ПМСП).

Названные цели и задачи нашли отражение в **государственной программе РФ «Развитие здравоохранения»** (постановление Правительства РФ № 380 от 29.03.2019) по направлениям «Развитие кадровых ресурсов в здравоохранении» и «Совершенствование оказания медицинской помощи, включая профилактику заболеваний и формирование здорового образа жизни». В эти направления включены федеральные проекты «Обеспечение медицинских организаций системы здравоохранения квалифицированными кадрами» и «Развитие системы оказания первичной медико-санитарной помощи», а также несколько направленных на решение этой проблемы ведомственных целевых программ (ВЦП), например «Управление кадровыми ресурсами здравоохранения»², «Совершенствование оказания скорой медицинской помощи и деятельности Всероссийской службы медицины катастроф», «Развитие системы оказания паллиативной медицинской помощи» и др. Результатами реализации этих программ к 2024 г. должны стать:

- увеличение численности медицинских работников в медицинских организациях, находящихся в ведении государственных и муниципальных организаций, включая предоставляющие медицинскую помощь в амбулаторных условиях, врачей – **на 49 тыс., или на 9%** (с 549 до 598 тыс.), и средних медицинских работников – **на 130 тыс., или на 10%** (с 1266 до 1396 тыс. человек);
- полная **ликвидация** в первичном звене здравоохранения дефицита медицинских работников к 2024 г. Это означает, что уком-

плектованность враческими должностями (физическими лицами), оказывающими медицинскую помощь в амбулаторных условиях, с 2017 по 2024 г. должна увеличиться **с 80 до 95%**, а средних медицинских работников – **с 88 до 95%** (при коэффициенте совместительства не более 1,2);

- охват не менее **70%** взрослого населения профилактическими медицинскими осмотрами не реже 1 раза в год, в том числе **80%** охват подростков в возрасте 15–17 лет;
- обеспечение **всех** населенных пунктов с численностью населения от 100 до 2000 человек, находящихся в отдаленных местностях, ПМСП;
- достижение доли медицинских организаций, участвующих в создании новой модели медицинской организации, оказывающей ПМСП, **72,3%** всех организаций, оказывающих этот вид помощи.

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

Проблемы, сложившиеся в оказании первичной медико-санитарной помощи

1. **Дефицит медицинских работников участковой службы.** Сегодня дефицит **врачей участковой службы** (врачей-терапевтов участковых, врачей-педиатров участковых и врачей общей практики – ВОП) составляет **36,7 тыс. человек**, или **49%** до их необходимого числа. Дефицит рассчитан как разница между расчетной нормативной численностью этих врачей (должностей) и их физической численностью

² ВЦП предусматривает субсидии бюджетам субъектов РФ на единовременные компенсационные выплаты медицинским работникам (врачам, фельдшерам) в возрасте до 50 лет, прибывшим (переехавшим) на работу в сельские населенные пункты, либо рабочие поселки, либо поселки городского типа, либо города с населением до 50 тыс. чел.

при условии, что они **не совмещают** должности (соответственно необходимо 111,4 тыс., а имеется 74,7 тыс.). Расчетная численность сформирована на основании нормативов численности прикрепленного населения на одну должность (приказы Минздравсоцразвития России № 543н от 15.05.2012 и № 366н от 16.04.2012) и представлена в приложении 1. Общий дефицит участковых медицинских сестер, работающих с врачами участковой службы, составляет **65,7 тыс. человек**, или **79%** до их необходимого числа из расчета, что на каждую должность врача приходится 1,5 должности медицинских сестер (соответственно необходимо 148,5 тыс., а имеется 82,8 тыс.). Дефицит фельдшеров составляет **20 тыс. человек**, или **91%** до их необходимого числа (соответственно необходимо 41,8 тыс., а имеется 21,9 тыс.).

Следует отметить, что в РФ постоянно **растет потребность** в медицинской помощи, соответственно должны увеличиваться и мощности системы здравоохранения. Так, по данным Росстата, с 2008 по 2017 г. общая заболеваемость выросла **на 3,6%**, а численность населения старше трудоспособного возраста – **с 30 до 37 млн человек**. Пациенты, требующие оказания медицинской помощи, будут также выявлены в результате проведения массовых профилактических осмотров и диспансеризации населения. Одновременно в сельской местности растет число населенных пунктов с **низкой** средней численностью населения, что требует от системы здравоохранения формирования **маломощных** участков (с более низкими нормативами посещения врачей), организации соответствующих форм выездной медицинской помощи, а также обеспечения транспортной доступности для населения медицинской помощи в других населенных пунктах.

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

Отметим, в научных исследованиях³ **обосновано**, что оптимальная численность населения, которую может обслужить один врач первичного контакта (или ВОП), **не должна превышать 900–1000 человек** на одного врача, если он работает без помощников. На Кубе, например, установлен норматив **500 человек** обслуживаемого населения на одного врача ВОП. Норматив прикрепленных граждан может доходить и **до 1300 человек** при наличии не менее **двух средних медицинских работников** или одной медицинской сестры и нескольких помощников врача, которым можно делегировать часть трудовых функций. На территориях с высоким уровнем хронических заболеваний среди населения максимальный объем пациентов не должен превышать **1200 человек**. При нарушении этих норм **снижается** качество медико-профилактической помощи населению: профилактические мероприятия проводятся не в полном объеме, **не выявляются** онкологические заболевания, **не достигаются** целевые показатели артериального давления у пациентов, растет **неудовлетворенность** пациентов и др. Более того, доказано, что дефицит врачей первичного звена **увеличивает уровень смертности населения**. Так, в исследовании, проведенном в США⁴, показано, что привлечение дополнительных

³ Raffoul M., Moore M., Kamerow D., Bazemore A. A Primary Care Panel Size of 2500 Is neither Accurate nor Reasonable. *JABFM*. 2016; 29 (4): 496–9.

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; 10 (5): 396–400.

⁴ Association of Primary Care Physician Supply With Population Mortality in the United States, 2005–2015. *JAMA*. February, 2019. Электронный документ: <https://ama.silverchair-cdn.com/journals/jamainternalmedicine/newonline>.

10 ВОП на 100 тыс. населения коррелирует со снижением смертности от болезней системы кровообращения, злокачественных новообразований и болезней дыхания (от 0,9 до 1,4%). Высокая трудовая нагрузка, отсутствие современного оборудования (уровень износа отдельных видов оборудования, применяющегося в первичном звене, составляет 100%⁵), сложности с повышением квалификации из-за отсутствия времени приводят к тому, что врачи участковой службы могут выполнять **только диспетчерские функции**, реально не занимаясь здоровьем пациента, перенаправляя его врачам-специалистам⁶ и на другие этапы оказания медицинской помощи. Это приводит к **фрагментации** оказания медицинской помощи пациентам и **нивелированию ответственности** врачей за сохранение их здоровья. Более того, недостаточная заработная плата врачей участковой службы и недовольство со стороны пациентов низкой доступностью медицинской помощи приводят к тому, что работа в участковой службе становится **непривлекательной**, особенно для молодых врачей.

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

2. Дефицит всех медицинских работников, оказывающих медицинскую помощь

в амбулаторных условиях. Дефицит всех врачей (включая врачей участковой службы и врачей-специалистов), работающих в медицинских организациях, оказывающих ПМСП, по разным оценкам, варьирует **от 50 до 85 тыс. человек**. Этот дефицит рассчитан путем вычитания от нормативной численности врачей (должностей) их фактической численности. Согласно методике, изложенной в приказе Минздрава России № 322 от 26.06.2014⁷ (где за основу взяты объем посещений и норма времени на прием одного пациента – **20 мин**), расчетная численность этих врачей составляет **350 тыс. человек** (включая врачей лечебной и врачей параклинической группы)⁸ (подробно см. в приложении 2).

В табл. 1 приведены сводные данные по дефициту медицинских работников, работающих в первичном звене здравоохранения. Расчет дефицита сделан по состоянию на 2017–2018 гг. и **не учитывает убыль** медицинских кадров. Это означает, что для достижения нормативных значений по обеспеченности медицинскими кадрами еще потребуются дополнительная компенсация этой убыли, т.е. еще **большой приток** медицинских работников, чем указано в табл. 1.

Следует отметить, что показатели дефицита в официальных источниках существенно разнятся, что требует уточнения со стороны Минздрава России с приведением данных по первоисточникам (табл. 2).

Дополнительно к показателям дефицита врачей первичного звена, по данным Минздрава России, потребуются устранить дефицит врачей по отдельным специальностям **в стационар-**

⁵ <https://vademec.ru/news/2019/07/25/putin-poruchil-golikovoy-do-avgusta-2019-goda-razrabotat-predlozheniyapovrazvitiyu-pervichnogo-zvena>.

⁶ В соответствии с п. 3 ст. 21 Федерального закона от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» допускается возможность самостоятельного обращения граждан к врачам-специалистам, что формально повышает доступность, но усиливает фрагментарность оказания помощи и размывание ответственности за качество медицинского обслуживания в целом.

⁷ Приказ Минздрава России от 26.06.2014 № 322 «О методике расчета потребности во врачебных кадрах».

⁸ Расчеты сделаны при условии, что врачи не совмещают должности, среднее время приема составляет 20 мин (методическое письмо Минздрава России), а число посещений на одного человека в год за счет средств бюджетов всех уровней не менее 9,0.

Таблица 1. Сводные данные по дефициту медицинских работников первичного звена (тыс. человек)

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

Таблица 2. Дефицит медицинских работников первичного звена по разным источникам и методикам расчета (тыс. человек)

Источник информации или методика расчета	Расчет ВШОУЗ, согласно приказу Минздрава России № 322	Выступление министра здравоохранения России от августа 2017 г. ¹	Выступление заместителя председателя Правительства РФ от декабря 2016 г. ²	Выступление заместителя председателя Правительства РФ от июля 2019 г. ³
Дефицит всех врачей, оказывающих ПМСП	50,0	34,7	41,2	25,0
Из них дефицит врачей участковой службы (расчет ВШОУЗ, согласно приказам Минздравсоцразвития России № 543н, 366н)	36,7	22,3 (ЦНИИОИЗ ⁴ , 2014 г.)	-	-
Дефицит средних медицинских работников, работающих с врачами участковой службы, и фельдшеров	85,0	10,7	206,8 (всех специальностей)	130,0 (работающих с врачами первичного звена)

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

² https://life.ru/t/%D0%B7%D0%B4%D0%BE%D1%80%D0%BE%D0%B2%D1%8C%D0%B5/948866/v_rossii_nie_khvataet_bolieie_240_tysiach_miedikov.

³ <https://tass.ru/nacionalnye-proekty/6703603>.

⁴ ФГБУ «Центральный научно-исследовательский институт организации и информатизации здравоохранения» Минздрава России.

ных условиях: анестезиологов-реаниматологов, рентгенологов, патологоанатомов⁹. Например, в выступлении заместителя председателя Правительства РФ отмечается, что по специальности «анестезиология-реаниматология» дефицит составлял 11,4 тыс. человек в 2016 г. По дефициту врачей других специальностей, которые потребуются для реализации проектов «Борьба с онкологическими заболеваниями», «Борьба с сердечно-сосудистыми заболеваниями», «Старшее поколение», расчетов пока **не сделано**.

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

Оценка достаточности средств на увеличение фонда оплаты труда (ФОТ) медицинских работников. Это оценить сложно: так, в бюджете Фонда обязательного медицинского страхования (ФОМС)¹⁰ обозначены расходы по данной статье только на 2019–2024 гг., к тому же не указан темп прироста медицинских кадров по специальностям, по которым необходимо увеличить численность врачей. В табл. 3 показаны расчеты по необходимому ФОТ для привлечения дополнительных медицинских кадров в государственные и муниципальные учреждения с примерно равным темпом, заложенным до 2024 г. Полученные расчеты показали, что в постоянных ценах 2018 г. (т.е. с учетом инфляции) необходимо **не менее 482,1 млрд руб.** Однако эти средства не предусматривают естественный отток медицинских кадров из отрасли, увеличение оплаты их труда и районные коэффициенты.

3. Несовершенство нормативной базы. В действующем профессиональном стандарте «Врач-лечебник (врач-терапевт участковый)» по приказу Минтруда России от 21.03.2017 № 293н, а также в проекте профессионального стандарта по специальности «терапия» (проект приказа Минтруда 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), такие как диабет, артериальная гипертензия, ЛОР-патология, глазные болезни и др.

4. Неудовлетворительная квалификация врачей первичного звена. Сегодня в результате отмены интернатуры и отсутствия обязательной 2-годичной ординатуры, принятой для допуска к практике по общей врачебной практике во всех развитых странах, существенно снизился уровень практической подготовки и способности к самостоятельной работе выпускников медицинских вузов. Это усугубляется недостаточным внедрением механизма **наставничества**. Перегруженность работой, отсутствие времени на повышение квалификации, низкая доступность специальных руководств и систем поддержки принятия клинических решений для врачей первичного звена – все это значительно снижает качество их работы. Одновременно многие **врачи-специалисты**, которые работают в первичном звене и находятся в отрыве от применения современных технологий, теряют свою квалификацию.

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

⁹ <https://www.rosminzdrav.ru/open/kollegiya-ministerstva-zdravooxraneniya-rossiyskoy-federatsii/materialy-kollegiiministerstva-zdravooxraneniya-rossiyskoy-federatsii>.

¹⁰ Пояснительная записка к бюджету ФОМС.

Таблица 3. Расчет необходимых финансовых средств на устранение дефицита врачей, заложенного в показателях национального проекта «Здравоохранение»

Показатель	2018 г.	2019 г.	2020 г.	2021 г.	2022 г.	2023 г.	2024 г.	Итого
Численность врачей в медицинских организациях в ведении Минздрава России, субъектов РФ и муниципальных образований, тыс. чел.	548	557	565	572	580	589	598	49
	1266	1276	1291	1309	1328	1356	1396	130
Расчет средств на прирост численности								
Прирост численности врачей, тыс. чел.	-	8	8	7	8	9	9	49
Прирост численности СМП, тыс. чел.	-	10	15	18	19	28	40	130
Средняя заработная плата врачей в месяц, тыс. руб.	75,0	78,2	81,2	84,4	87,8	91,3	95,0	-
Средняя заработная плата СМП в месяц, тыс. руб.	37,0	38,6	40,0	41,7	43,3	45,0	46,8	-
Средства на прирост численности врачей (с начислениями), млн руб.	-	9760,6	20 259,1	30 300,7	42 455,2	56 977,7	72 595,1	232 348,4
Средства на прирост численности СМП (с начислениями), млн руб.	-	6019,0	15 616,4	27 945,4	41 888,9	63 244,9	95 007,8	249 722,4
Итого, млн руб.	-	15 779,6	35 875,5	58 246,0	84 344,2	120 222,5	167 602,9	482 070,8

СМП – средний медицинский персонал.

Предложения по повышению доступности первичной медико-санитарной помощи

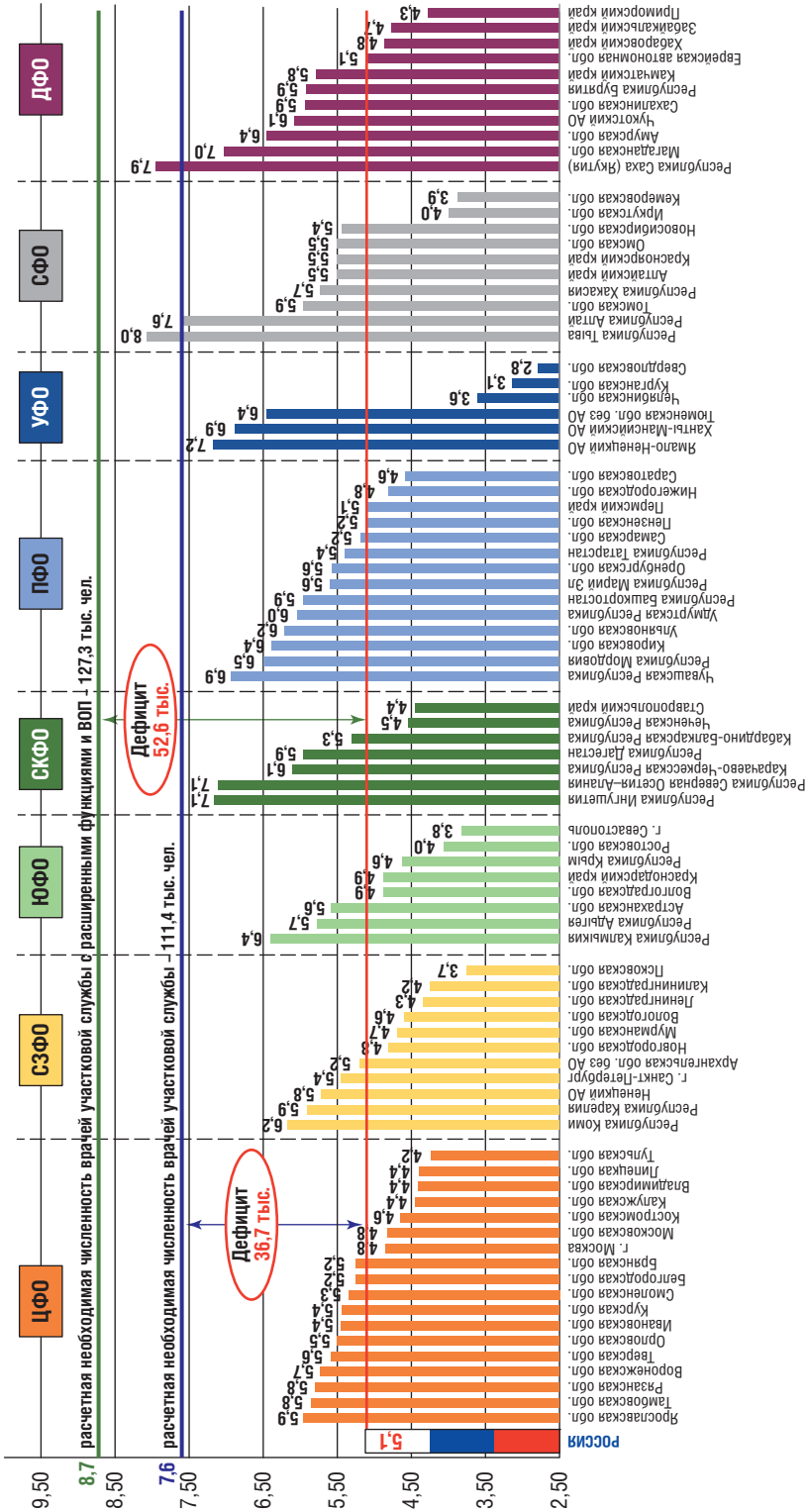
Главные предложения – это ликвидация дефицита врачей участковой службы, повышение оплаты их труда и расширение трудовых функций, а также существенное повышение квалификации всех медицинских работников, оказывающих ПМСП.

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

- Поэтапно привести численность медицинских работников в медицинских организациях, оказывающих ПМСП, в соответствие с установленными или **обновленными** нормативами (для врачей с расширенными трудовыми функциями) из расчета: **в городских условиях** на одну должность врача-терапевта участкового и ВОП – **1200 человек** прикрепленного взрослого населения, **в сельских районах**, а также в районах Крайнего Севера и приравненных к ним местностях – **1000 человек** прикрепленного взрослого населения и менее (18 лет и старше). Для врача-педиатра участкового можно сохранить действующий норматив – **800 человек** прикрепленного детского населения (до 17 лет включительно). При этом все ставки должны быть заняты **без совместительства**. На одну должность врача участкового и ВОП должно приходиться **2 (но не менее 1,5)** должности участковой медицинской сестры. Только в этом случае можно обеспечить качественное выполнение требуемого объема их трудовых функций.
- **Снизить различия** в оплате труда медицинских работников субъектов ПМСП в различных регионах РФ путем установления **на федеральном уровне** базового оклада по профессиональным квалификационным группам. Это позволит снизить отток кадров в регионы с более высокими показателями оплаты труда.

- Предусмотреть существенное **повышение оплаты труда врачей и расширить социальные льготы для них**. Предлагается заложить следующие темпы роста среднемесячной номинальной начисленной заработной платы (без начислений): базовый рост – **10% в год** в текущих ценах до 2024 г., что позволит мотивировать существующих медицинских работников продолжать работать в субъектах ПМСП; повышение базового оклада **в 1,5 раза** участковым врачам, которые прошли переподготовку по специальности «врач общей практики» и сдали экзамен независимой комиссии, подтверждающий уровень их квалификации. Это позволит стимулировать приток дополнительных квалифицированных кадров в первичное звено.
- Предусмотреть субсидии **на снижение ставки ипотечного кредитования** по приобретению жилья для тех, кто нуждается в нем.
- Ввести повышающий коэффициент **1,3** (к базовому окладу по соответствующей профессиональной квалификационной группе) **за работу в сельской местности** всем медицинским работникам, также предусмотреть для них **через 5–7 лет** работы в сельской местности льготные кредиты на приобретение жилья в городских условиях.
- Рассчитать необходимое финансовое обеспечение для достижения всех результатов проекта. Предварительные расчеты показывают, что с учетом индексации базового оклада врачей-педиатров участковых, которые прошли обучение по программе «Врач общей практики» (**в 1,5 раза**), и при условии, что с 2019 по 2024 г. в первичное звено будет привлечено дополнительно **52,6 тыс.** врачей (см. рисунок) и **78,9 тыс.** средних медицинских работников (работающих на разукрупненных участках), потребуется около **1800 млрд руб. за 6 лет**. Это в среднем около 150 млрд руб. ежегодно дополнительно в ценах 2018 г. (табл. 4).

Обеспеченность участковыми врачами на 10 тыс. населения в год (2018)



Обеспеченность участковыми врачами в регионах РФ в 2018 г.

ЦФО – Центральный федеральный округ; СЗФО – Северо-Западный федеральный округ; ЮФО – Южный федеральный округ; СФО – Сибирский федеральный округ; ДФО – Дальневосточный федеральный округ; ПФО – Приволжский федеральный округ; УФО – Уральский федеральный округ; ЮФО – Южный федеральный округ; СФО – Сибирский федеральный округ; ДФО – Дальневосточный федеральный округ.

Источник: ФТБУ «Центральный научно-исследовательский институт организации и информатизации здравоохранения» Минздрава России. Расчет ВШОУЗ – КМК.

Таблица 4. Расчеты фонда оплаты труда врачей участковой службы на период 2019–2024 гг. с учетом индексации оплаты труда всех работников на 10% ежегодно и индексации базового оклада дополнительных врачей в 1,5 раза [с расширенными функциями и врачами общей практики (ВОП)]

Исходные показатели	2018 г. (факт)	2019 г.	2020 г.	2021 г.	2022 г.	2023 г.	2024 г.	Итого
Расчет дополнительной численности врачей (с расширенными функциями и ВОП) и среднего медицинского персонала до 2024 г. с учетом разукрупнения участков до 1200 человек								
Дополнительная численность врачей участковой службы (с расширенными функциями и ВОП), тыс. чел.	74,7	1,6	9,0	10,0	10,0	11,0	11,0	127,3
Дополнительная численность среднего медицинского персонала (на дополнительную численность врачей), тыс. чел.	82,8	2,4	13,5	15,0	15,0	16,5	16,5	161,7
Расчет расходов на оплату труда дополнительной численности врачей и среднего медицинского персонала участковой службы (с расширенными функциями и ВОП), с повышающим коэффициентом 1,5 к базовому окладу								
Расходы на оплату труда дополнительной численности врачей (с расширенными функциями и ВОП) с начислениями на оплату труда, с повышающим коэффициентом 1,5 к базовому окладу (исходя из пропорции 60% – базовый оклад, 40% – стимулирующие надбавки), нарастающим итогом, млрд руб.	-	2,43	16,12	31,33	46,54	63,27	80,00	239,71
Расходы на оплату труда дополнительной численности среднего медицинского персонала (на дополнительную численность врачей) с начислениями на оплату труда, с повышающим коэффициентом 1,5 к базовому окладу (исходя из пропорции 60% – базовый оклад, 40% – стимулирующие надбавки), нарастающим итогом, млрд руб.	-	1,80	11,93	23,19	34,44	46,82	59,20	177,39
Итого, расходы на оплату труда дополнительной численности медицинских работников участковой службы (с расширенными функциями и ВОП), млрд руб.	-	4,23	28,05	54,52	80,98	110,10	139,21	417,09

Окончание табл. 4

Исходные показатели	2018 г. (факт)	2019 г.	2020 г.	2021 г.	2022 г.	2023 г.	2024 г.	Итого
Расчет общих расходов на оплату труда медицинских работников участковой службы с дополнительной численностью врачей и среднего медицинского персонала участковой службы (с расширенными функциями и ВОП) и с повышающим коэффициентом 1,5 к базовому окладу, с ежегодным увеличением оплаты труда медицинских работников на 10%								
Расходы на оплату труда действующей численности врачей (фактическая, 2018 г.) с начислениями на оплату труда, с ежегодным увеличением оплаты труда на 10%, млрд руб.	87,40	96,14	105,75	116,33	127,96	140,76	154,83	741,77
Расходы на оплату труда действующей численности среднего медицинского персонала (фактическая, 2018 г.) с начислениями на оплату труда, с ежегодным увеличением оплаты труда на 10%, млрд руб.	47,79	52,57	57,83	63,61	69,97	76,97	84,67	405,62
Расходы на оплату труда дополнительной численности врачей (с расширенными функциями и ВОП) с начислениями на оплату труда, с повышающим коэффициентом 1,5 к базовому окладу (исходя из пропорции 60% – базовый оклад, 40% – стимулирующие надбавки), с ежегодным увеличением оплаты труда на 10%, млрд руб.	-	2,68	19,51	41,70	68,14	101,90	141,73	375,67
Расходы на оплату труда дополнительной численности среднего медицинского персонала (на дополнительную численность врачей) с начислениями на оплату труда, с повышающим коэффициентом 1,5 к базовому окладу (исходя из пропорции 60% – базовый оклад, 40% – стимулирующие надбавки), с ежегодным увеличением оплаты труда на 10%, млрд руб.	-	1,98	14,44	30,86	50,43	75,41	104,88	277,99
Итого, общие расходы на оплату труда медицинских работников участковой службы, млрд руб.	-	153,4	197,5	252,5	316,5	395,0	486,1	1 801,1
Итого дополнительные расходы на ФОТ в 2019–2024 гг., млрд руб.	-	-	-	-	-	-	-	989,9

2. Повысить квалификацию медицинских кадров.

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

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

- Предусмотреть поэтапное сокращение (пересмотр) норматива обеспеченности врачами-специалистами в субъектах ПМСП

при условии опережающего роста обеспеченности участковыми врачами и ВОП, работающих на разукрупненных участках и прошедших специальное обучение.

- Целесообразно сконцентрировать врачей-специалистов, ведущих амбулаторный прием, в специально созданных для этого клиничко-диагностических отделениях крупных больниц.
- С учетом современных технологий оказания медицинской помощи и прогнозируемых потоков пациентов рассчитать нормативы обеспеченности этими врачами-специалистами.
- Актуализировать и утвердить профессиональные стандарты врачей-специалистов субъектов ПМСП к 2020 г.
- Актуализировать и утвердить порядки оказания первичной специализированной медицинской помощи к 2020 г.
- С 2021 г. поэтапно внедрить в практику новые организационные подходы к оказанию первичной специализированной медицинской помощи.

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

- Предусмотреть в Федеральном законе от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в РФ» **ответственность муниципальных и региональных властей** по созданию условий для оказания медицинской помощи в сельской местности, таких как предоставление жилья медицинским работникам, организация транспортной доступности медицинских организаций для граждан, организация средств связи и требуемых каналов передачи данных для медицинских организаций.
- Обеспечить **транспортную доступность** медицинских организаций в соответствии с утвержденными нормативами (приказ Минздрава России от 27.02.2016 № 132н) с учетом особенностей сельской местности, климатических и иных региональных факторов (по плановым показателям, а не только по экстренным, как

это предусмотрено в действующем федеральном проекте).

- Продлить выплаты по программе «Земский доктор» до 2024 г., при этом установить увеличение субсидии на приобретение (строительство) до уровня рыночной стоимости жилья в каждом конкретном муниципалитете (регионе).

5. Укомплектовать все субъекты ПМСП и центральные районные больницы (ЦРБ) **в соответствии с порядками оказания медицинской помощи.**

- Провести **оценку потребности** в медицинском оборудовании субъектов ПМСП, ЦРБ и межрайонный медицинский центр (ММЦ) в сроки до 2020 г. В федеральном бюджете и консолидированных бюджетах субъектов РФ **заложить средства** на поэтапное (до 2024 г.) дооснащение (переоснащение) медицинским оборудованием субъектов ПМСП, ЦРБ и ММЦ.
- В ЦРБ и ММЦ подготовить площадки для размещения медицинского оборудования, соответствующим специалистам пройти повышение квалификации для работы на этом оборудовании.
- Законодательно ввести **ответственность собственников** субъектов ПМСП, ЦРБ и ММЦ за исполнение таблиц оснащения медицинских организаций согласно порядкам оказания медицинской помощи.
- Разработать и утвердить **требования к функционалу МИС** в субъектах ПМСП. В федеральном бюджете и консолидированных бюджетах субъектов РФ предусмотреть средства на приобретение МИС, соответствующего установленным требованиям.

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

- Ввести только подушевой принцип оплаты всех субъектов ПМСП с учетом качества работы на участке, устранить все дополнительные виды оплаты – за посещение по неотложным показаниям и с профилактической целью как приводящие к ненужному дополнительному документообороту.
- Предусмотреть оплату ЦРБ и их структурных подразделений по бюджету с поправ-

ками на объемы и качество работ, фиксированный бюджет должен покрывать постоянные издержки этих учреждений (содержание зданий, сооружений и ФОТ медицинских работников).

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

8. **Провести масштабную работу в СМИ по повышению имиджа медицинского работника**, уважения к его труду, важности профилактических осмотров, приверженности населения принципам здорового образа жизни (ЗОЖ).

- Предусмотреть в центральных и местных газетах, журналах колонки врачей, посвященные вопросам гигиенического воспитания населения, пропаганде рационального питания и профилактики заболеваний, искоренению курения, алкоголизма, наркомании и других вредных для здоровья привычек.
- На радио и телевидении в прайм-тайм предусмотреть пропаганду ЗОЖ, чтобы вооружить население конкретными знаниями причин, приводящих к ухудшению здоровья, потере трудоспособности, научить каждого сознательно относиться к своему здоровью и здоровью окружающих, провести разъяснительную работу о роли физических упражнений в профилактике заболеваний, формировании, укреплении и сохранении здоровья. Проект названия серии программ – «Здоровье – в движении!».
- Министерству цифрового развития, связи и массовых коммуникаций РФ предусмотреть план выхода серии документальных фильмов «Истории врачей» с целью повышения престижа профессии врача среди населения, укрепить доверие между врачами и пациентами с акцентом на врачах участковой службы.

Выводы

1. Сегодня дефицит врачей участковой службы (врачей-терапевтов участковых, врачей-педиатров участковых и ВОП) составляет **36,7 тыс. человек**, или **в 1,5 раза** меньше необходимого числа, дефицит участковых медицинских сестер, работающих с врачами участковой службы, – **65,7 тыс. человек (в 1,8 раза** меньше необходимого), дефицит фельдшеров – **20 тыс. человек (в 1,9 раза** меньше необходимого). Такой дефицит на фоне роста потребности населения в медицинской помощи приводит к высокой трудовой нагрузке медицинских работников и снижению качества оказания ПМСП населению.

2. Сложившаяся система организации ПМСП в сочетании с дефицитом врачей участковой службы приводит к **фрагментации** оказания медицинской помощи населению и **снижению ответственности** врачей за здоровье населения.

3. Представленные в госпрограмме «Развитие здравоохранения» целевые показатели по устранению дефицита медицинских работников позволят покрыть его **только в первичном звене здравоохранения** (без учета убыли числа медицинских кадров и разукрупнения участков). Требуется уточнить объем средств, заложенный в ФОТ, для привлечения дополнительных медицинских работников с учетом темпов их прироста по годам и в разрезе специальностей, по которым имеется дефицит.

4. Основные предложения по повышению доступности и качества ПМСП:

- для полноценного выполнения трудовых функций и обеспечения высокого качества работы врачей участковой службы численность прикрепленного населения на одну должность врача первичного контакта (врача-терапевта участкового с расширенными функциями и ВОП) не должна превышать **1200 человек**. На одну должность врача участковой службы должно приходиться не менее **двух должностей** медицинской сестры. Все расчеты требуемой численности медицинских кадров должны проводиться **без учета коэффициента совместительства**;

- для привлечения дополнительных медицинских кадров в первичное звено потребуется увеличить оплату труда **на 10% ежегодно** всем медицинским работникам и провести индексацию базового оклада **в 1,5 раза для врачей**, прошедших обучение по специальным программам и в ординатуре по общей врачебной практике, а также предусмотреть комплекс **дополнительных льгот**, в том числе по льготному ипотечному кредитованию;
- существенно повысить квалификацию врачей участковой службы путем оснащения их специально разработанными для них руководствами, системами поддержки принятия клинических решений, регулярного проведения заседаний лечебно-контрольных комиссий;
- **расширить трудовые функции** врачей участковой службы путем обучения их по специальным программам или прохождения ординатуры по общей врачебной практике;
- по мере укрупнения разукрупненных участков ВОП и врачами-педиатрами участковыми необходимо пересмотреть подходы **к организации первичной специализированной медицинской помощи**, в том числе поэтапно сконцентрировать врачей-специалистов в клинко-диагностических отделениях при крупных больницах;
- законодательно закрепить за государственными и муниципальными властями создание **конкретных условий** для оказания медицинской помощи: предоставление социального жилья, увеличение выплат для работы в сельских условиях, льготное ипотечное кредитование и др.;
- проводить информационные кампании в СМИ, направленные **на укрепление доверия** между пациентами и медицинскими работниками.

Конфликт интересов. Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

ПРИЛОЖЕНИЕ 1

Расчет дефицита числа врачей и средних медицинских работников участковой службы

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

В среднем численность населения на одном терапевтическом участке (при условии, что в расчет не берется плотность проживания населения) составляет 1700 человек взрослого населения (18 лет и старше) в городских условиях (приказ Минздравсоцразвития России от 15.05.2012 № 543н)¹. Это означает, что врачей-терапевтов участковых в городе необходимо **51,62 тыс.** (без учета совместительства) ($87\,756\,613 \div 1700$, где 87,76 млн – численность городского населения от 18 лет и старше²).

Для сельской местности норматив обслуживаемого населения составляет 1300 человек взрослого населения (приказ Минздравсоцразвития России от 15.05.2012 № 543н). Соответственно врачей-терапевтов участковых в сельской местности необходимо **22,54 тыс.** ($29\,308\,460 \div 1300$, где 29,31 млн – численность сельского населения от 18 лет и старше).

Соответственно всего необходимо **74,2 тыс. врачей-терапевтов участковых.** По данным Минздрава России³, в 2018 г. их численность составляла **47,1 тыс.**, включая врачей общей практики (ВОП). Это в **1,6 раза ниже норматива**, или дополнительно необходимо **27,1 тыс. врачей-терапевтов участковых.**

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

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

Численность прикрепленного детского населения от 0 до 17 лет на одном педиатрическом участке по нормативам составляет 800 человек (приказ Минздравсоцразвития от 16.04.2012 № 366н)⁴. Тогда **врачей-педиатров участковых** необходимо **37,2 тыс.** ($29\,777\,329 \div 800$, где 29,78 млн – численность детского населения в возрасте от 0 до 17 лет). По данным Минздрава России, в 2018 г. их численность составляла **27,6 тыс. человек.** Это в **1,3 раза ниже норматива**, или дополнительно необходимо **9,6 тыс.** врачей-педиатров участковых. Численность врачей-педиатров участковых

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

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

³ Статистический сборник Минздрава России за 2018 г. Электронный доступ: <https://www.rosminzdrav.ru/ministry/61/22/stranitsa-979/statisticheskie-i-informatsionnye-materialy/statisticheskiy-sbornik-2018-god>.

⁴ Приказ Минздравсоцразвития от 16.04.2012 № 366н «Об утверждении Порядка оказания педиатрической помощи».

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 одну должность врача-педиатра участкового приходится одна должность участковой медицинской сестры. Соответственно численность **участковых медицинских сестер врачей-педиатров участковых** должна составить **37,2 тыс.** (37,2 тыс. – численность необходимых врачей-педиатров участковых × 1). По данным Минздрава России, в 2018 г. их численность составляла **29,5 тыс. человек**. Это **в 1,3 раза ниже норматива**, или дополнительно необходимо **7,7 тыс.** участковых медицинских сестер.

Фельдшеры

В 2004 г., до начала массовых сокращений фельдшерско-акушерских пунктов (ФАП), в РФ их было **42,5 тыс.** В 2004 г. численность постоянного сельского населения составляла 38,46 млн человек. Соответственно на одну должность фельдшера приходилось **900 человек** прикрепленного сельского населения (38,46 млн ÷ 42,5 тыс.).

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

Действующая нормативная база по рекомендуемому штатному нормативу фельдшеров в сельской местности (приказ Минздравсоцразвития России от 15.05.2012 № 543н) содержит требование, что на одну должность фельдшера должно приходиться **не менее 1300** прикрепленного населения⁵. Для выполнения указа Президента РФ от 07.05.2018 № 204 по обеспечению шаговой доступности медицинской помощи в сельской местности численность фельдшеров должна рассчитываться исходя из норматива 900 человек прикрепленного сельского населения на одну должность фельдшера.

Сводная фактическая и необходимая численность медицинского персонала участковой службы

Врачей первичного звена по нормативам необходимо **111,4 тыс.** (74,2 + 37,2 тыс.) (см. таблицу). По данным Минздрава России, в 2018 г. их численность составляла 74,7 тыс. (включая 35,5 тыс. врачей-терапевтов участковых, 27,6 тыс. врачей-педиатров участковых и 11,6 тыс. ВОП⁶; данные без учета малокомплектных участков). Это **в 1,5 раза ниже норматива**, или дополнительно необходимо **36,7 тыс. участковых врачей и ВОП**.

⁵ Приказ Минздравсоцразвития России от 15.05.2012 № 543н «Об утверждении Положения об организации оказания первичной медико-санитарной помощи взрослому населению». На 700–900 жителей приходится 0 должности фельдшера, от 900 до 1300 жителей – 0,5 должности, от 1300 до 1800 жителей – 1 должность, от 1800 до 2400 жителей – 1,5 должности, от 2400 до 3000 жителей – 2 должности.

⁶ Данные с учетом Республики Крым и г. Севастополя.

Расчеты необходимого и фактического числа медицинского персонала участковой службы

Показатель	Необходимая численность согласно нормативу, тыс. чел.	Фактическая численность (2018), тыс. чел.	Дефицит, тыс. чел.	Дефицит, %
Врачи-терапевты участковые [включая врачей общей практики (ВОП)]	74,2	47,1	27,1	58
Участковые медицинские сестры врачей-терапевтов участковых (включая ВОП)	111,3	53,3	58,0	109
Врачи-педиатры участковые	37,2	27,6	9,6	35
Участковые медицинские сестры врачей-педиатров участковых	37,2	29,5	7,7	26
Фельдшеры	41,8	21,9	19,9	91
Итого участковых врачей	111,4	74,7	36,7	49
Итого участковых медицинских сестер	148,5	82,8	65,7	79

ПРИЛОЖЕНИЕ 2

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

Согласно приказу Минздрава России от 26.06.2014 № 322 «О методике расчета потребности во врачебных кадрах», основой расчета необходимого числа врачей, оказывающих медицинскую помощь в амбулаторных условиях, служат объемы медицинской помощи с профилактической и иными целями (число посещений на одного жителя), в связи с заболеваниями (число обращений на одного жителя), установленные в программе государственных гарантий (ПГГ). Функция врачебной должности носит рекомендательный характер (письма Минздрава России «О формировании и экономическом обосновании территориальной программы государственных гарантий»⁷) – **20 мин на одного пациента**. Однако, согласно приказу Минздрава России от 06.06.2015 № 290н, нормы времени на одно посещение пациентом врача-специалиста в связи с заболеванием, необходимые для выполнения в амбулаторных условиях трудовых действий по оказанию медицинской помощи (в том числе затраты времени на оформление медицинской документации), следующие: врача-педиатра участкового – 15 мин, врача-терапевта участкового – 15 мин, врача общей практики (семейного врача) – 18 мин. Мы взяли за расчеты норму времени – **20 мин**.

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

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

Таблица 1П. Расчет норматива посещений на одного человека в год по программе государственных гарантий (ПГГ) в 2018–2021 гг.

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

⁸ Постановление Правительства РФ от 08.12.2017 № 1492.

⁹ Постановление Правительства РФ от 10.12.2018 № 1506.

Таблица 2П. Расчет дефицита врачей по специальностям по данным ЦНИИОИЗ (2014)

Персонал, чел.		Число штатных единиц	Число занятых единиц	Физические лица на занятых должностях	Дефицит без коэффициента совместительства	Коэффициент совместительства	Дефицит с коэффициентом совместительства
Поликлиника, врачи, тыс.		465,8	406,0	300,5	165,3	1,35	59,8
Кардиологи		6655	5612	4361	2294	1,29	1043
Онкологи		5501	4723	3112	2389	1,52	778
Педиатры		59 037	53 266	39 955	19 082	1,33	5771
Участковые	Терапевты	48 970	42 944	35 460	13 510	1,21	6026
	Педиатры	31 159	29 330	25 748	5411	1,14	1829
	ВОП	13 185	11 610	9789	3396	1,19	1575
Всего участковых		93 314	83 885	70 997	22 317		9430
Стационар, врачи, тыс.		359,6	325,7	216,7	142,9	1,50	33,9

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

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

Согласно приказу Минздрава России № 322, потребность во врачах, оказывающих медицинскую помощь в амбулаторных условиях, включает расчетное число врачей лечебной и параклинической групп (включая диагностическую подгруппу и подгруппу управления). Расчет численности врачей параклинической группы по ее подгруппам проводится на основе метода соотношения с учетом расчетных коэффициентов: диагностическая подгруппа – 16,6% и подгруппа управления – 5,8%. Соответственно рекомендуемый норматив врачей диагностической подгруппы составляет 47,5 тыс. человек ($286 \times 16,6\%$), а врачей подгруппы управления – 16,6 тыс. человек ($286 \times 5,8\%$). Таким образом, рекомендуемый норматив врачей, оказывающих медицинскую помощь в амбулаторных условиях (с учетом врачей параклинической группы), составляет **350 тыс. человек** ($286,0 + 47,5 + 16,6$).

Дополнительно приводим данные по дефициту всех врачей с разбивкой на работающих в амбулаторных условиях (по отдельным специальностям) и в стационарных условиях. Расчеты сделаны исходя из данных статистической отчетности (форма ФСН № 47 от 2014 г.) по штатным (норматив) и занятым должностям (с учетом и без учета коэффициента совместительства), (табл. 2П). Дефицит без коэффициента совместительства рассчитан как разница между штатными единицами и физическими лицами. Дефицит с коэффициентом совместительства рассчитан как разница между штатными и занятыми единицами. С 2014 г. дефицит вряд ли сильно изменился, так как общее число врачей лечебной группы с 2014 по 2018 г. увеличилось только на 6,3 тыс. человек (с 542,5 до 548,8). Со-

гласно табл. 2П, фактическое число врачей, работающих в поликлиниках, в 2014 г. составляло 300,5 тыс. человек. В 2013 г. по форме ФСН № 30 число этих врачей составляло 264,7 тыс. человек. Данные расхождения, возможно, связаны с изменениями в учете статистических данных.

По данным ЦНИИОИЗ, дефицит врачей, работающих в медицинских организациях, предоставляющих медицинскую помощь в амбулаторных условиях, составляет **165 тыс. человек**, из них врачей участковой службы – **22,3 тыс.**, в стационарных условиях – **216 тыс. человек**, т.е. всего **381 тыс. человек**. Таким образом, полученные данные по дефициту всех врачей, по сведениям ЦНИИОИЗ, получились выше, чем по расчетам ВШОУЗ (50 тыс.), а по врачам участковой службы несколько ниже, чем у ВШОУЗ (36,7 тыс.).

СВЕДЕНИЯ ОБ АВТОРАХ

Прохоренко Николай Федорович (Prokhorenko Nikolay F.) – кандидат экономических наук, первый проректор Высшей школы организации и управления здравоохранением – Комплексного медицинского консалтинга (ВШОУЗ–КМК), сомодератор направления «Демография» и эксперт центрального штаба Общероссийского народного фронта, Москва, Россия

E-mail: medsovet@vshouz.ru

<http://orcid.org/0000-0001-9636-6178>

Гапонова Елена Анатольевна (Gaponova Elena A.) – кандидат технических наук, ведущий научный сотрудник Научно-исследовательского центра по анализу деятельности системы здравоохранения Высшей школы организации и управления здравоохранением – Комплексного медицинского консалтинга (ВШОУЗ–КМК), Москва, Россия

E-mail: gaponova@vshouz.ru

Петрачков Иван Валерьевич (Petrachkov Ivan V.) – заместитель главного врача по медицинскому обслуживанию населения ГБУЗ Московской области «Егорьевская центральная районная больница», Московская область, г.о. Егорьевск

E-mail: ecrb2007@yandex.ru

Улумбекова Гузель Эрнстовна (Ulumbekova Guzel E.) – доктор медицинских наук, МВА Гарвардского университета (Бостон, США); руководитель Высшей школы организации и управления здравоохранением – Комплексного медицинского консалтинга (ВШОУЗ–КМК), 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, Россия

E-mail: vshouz@vshouz.ru

<https://orcid.org/0000-0003-0986-6743>

ЛИТЕРАТУРА

1. Государственная программа РФ «Развитие здравоохранения», утверждена постановлением Правительства РФ от 15.04.2014 № 294. М., 2014.

2. Государственный доклад о реализации государственной политики в сфере охраны здоровья за 2014–2016 гг. М. : Минздрав России, 2016.

3. Паспорт Национального проекта «Здравоохранение». М. : Минздрав России, 2019. 55 с.

4. Приказ Минздравсоцразвития России от 16.04.2012 № 366н «Об утверждении Порядка оказания педиатрической помощи». М., 2012.

5. Приказ Минздравсоцразвития России от 15.05.2012 № 543н «Об утверждении Положения об организации оказания первичной медико-санитарной помощи взрослому населению». М., 2012.

REFERENCES

1. The state program of the Russian Federation “Development of health care”, approved by decree of the Government of the Russian Federation of 04.15.2014 No. 294. Moscow, 2014. (in Russian)
2. State report on the implementation of state health policy for 2014–2016. Moscow: Ministry of Health of Russia, 2016. (in Russian)
3. Passport of the National Healthcare project. Moscow: Ministry of Health of Russia, 2019. 55 p. (in Russian)
4. Order of the Ministry of Health and Social Development of Russia dated 04.16.2012 No. 366n “On approval of the Procedure for the provision of pediatric care”. Moscow, 2012. (in Russian)
5. Order of the Ministry of Health and Social Development of Russia dated 05.15.2012 No. 543n “On approval of the Regulation on the organization of primary health care for adults”. Moscow, 2012. (in Russian)

Онкозаболевания – главная угроза жизни людей в перспективе

Аганбегян А.Г.

Российская академия народного хозяйства
и государственной службы при Президенте РФ,
Москва, Россия

В статье проведен сравнительный анализ показателей смертности от сердечно-сосудистых (ССЗ) и онкологических заболеваний в Российской Федерации и других странах мира, указывающий на катастрофическое положение в России в борьбе с ССЗ, которые в 3–3,5 раза выше, чем в развитых странах, и в 1,5–1,6 раза выше, чем в передовых постсоциалистических странах Центральной и Восточной Европы и передовом десятке стран из числа развивающихся. Анализ затрат на сокращение смертности от ССЗ и онкологических заболеваний, согласно национальному проекту «Здравоохранение», показал, что на главную причину смертности в России – ССЗ обращается второстепенное внимание и выделены минимальные средства – всего 79,2 млрд руб. Цена сокращения смертности от ССЗ в расчете на одного больного за 2019–2024 гг. по нацпроекту составляет 135 тыс. руб., а от онкологических заболеваний – 12,9 млн руб. (в 95 раз больше). Для достижения национальной цели по росту ожидаемой продолжительности жизни до 78 лет к 2024 г., как это установил Президент РФ В.В. Путин в Указе № 204 от 7 мая 2018 г., необходимо увеличивать расходы на борьбу с ССЗ в десятки раз. Согласно расчетам автора, если в России из 30 млн человек 10 млн подвергнуть серьезной диагностике на предмет выявления отдельных видов рака в клиниках, оснащенных соответствующим оборудованием и приборами, а также высококвалифицированными врачами, будут выявлены злокачественные новообразования примерно у 50 тыс. новых больных, причем у значительной части на первых стадиях. Это потребует до 150 млрд руб. дополнительных затрат на столь сложную и массовую диагностику. Но из-за дешевого лечения начальных стадий рака и сохранения жизни значительной части выявленных больных будет сэкономлено 230 млрд руб., и это окупится. Предлагается также коренным образом улучшить организацию учета раковых больных, слежения за ними, своевременного и качественного лечения. Для этого целесообразно построить управление противораковыми мероприятиями по программно-целевому принципу.

Ключевые слова:

национальный проект «Здравоохранение», смертность от сердечно-сосудистых заболеваний, смертность от онкологических заболеваний, цена сокращения смертности, ожидаемая продолжительность жизни

Для цитирования: Аганбегян А.Г. Онкозаболевания – главная угроза жизни людей в перспективе // ОРГЗДРАВ: новости, мнения, обучение. Вестник ВШОУЗ. 2019. Т. 5, № 4. С. 43–54. doi: 10.24411/2411-8621-2019-14003

Статья поступила 05.11.2019. **Принята в печать** 01.12.2019.

Neoplastic diseases – the main threat to human life in perspective

Aganbegyan A.G.

Russian Presidential Academy of National
Economy and Public Administration,
Moscow, Russia

In the article comparative analysis of mortality rates from cardiovascular and oncological diseases in the Russian Federation and other countries of the world is represented. It points to catastrophic situation in Russia in regards to cardiovascular diseases control (the incidence is 3–3.5 times higher than in developed countries, and 1.5–1.6 times higher than in advanced post-socialist countries from Central and Eastern Europe and top ten developing countries). Cost analysis of reducing mortality rate due to cardiovascular and oncological diseases, according to the Healthcare national project, elucidated that the main cause of mortality in Russia (cardiovascular diseases) is of secondary importance and minimal funds have been allocated for it (only 79.2 billion rubles). The cost of reducing cardiovascular mortality per patient for 2019–2024 (according to the National project) is 135 thousand rubles, and from oncological diseases is 12.9 million rubles (95 times more). To achieve the national goal of increasing life expectancy to 78 years by 2024 (Decree of the President of the Russian Federation of May 7, 2018 No. 204) it is necessary to increase expenses on protection from cardiovascular diseases by ten folds. According to the author's calculations if in the Russian Federation out of 30 million people 10 million are subjected to serious diagnostics for detection of certain types of cancer in clinics equipped with the appropriate equipment and devices, as well as highly skilled doctors, then malignant tumors will be detected in approximately 50 thousand new patients, moreover in a significant part in the first stages. This will require up to 150 billion rubles of additional costs for such a complex and massive diagnosis. But due to the cheap treatment of the initial stages of cancer and preservation of life of a significant part of identified patients, 230 billion rubles will be saved, which will make it possible to recoup the costs. It is also proposed to radically improve organization of cancer patients accounting, their condition monitoring, and optimize organization of timely and high-quality treatment. To do this, it is advisable to formulate management of anti-cancer measures according to the program-targeted principle.

Keywords:

national project "Health", mortality from cardiovascular disease, mortality from neoplastic diseases, mortality reduction cost, life expectancy

For citation: Aganbegyan A.G. Neoplastic diseases – the main threat to human life in perspective. Vestnik VSHOUZ [HEALTHCARE MANAGEMENT: News, Views, Education. Bulletin of VSHOUZ]. 2019; 5 (4): 43–54. doi: 10.24411/2411-8621-2019-14003 (in Russian)

Received 05.11.2019. **Accepted** 01.12.2019.

В настоящее время наибольшее число людей на Земле – 17,8 млн человек, в том числе в России, умирают от сердечно-сосудистых заболеваний (ССЗ) (32% всех умерших в мире и 47% – в России). В странах с низким и средним уровнем дохода 37% всех летальных исходов приходится на сердечно-сосудистые заболевания, причем 85% смертей происходит в результате сердечного приступа и инсульта. На втором месте со значительным отставанием (9,6 млн человек) – смертность от онкологических заболеваний (16,6 и 16,4% в России). Как видно, в мире число умерших от ССЗ в 1,85 раза превышает смертность от онкологических заболеваний [1, 2].

В связи с успехами медицины, повышением уровня жизни, более ответственным отношением к своему здоровью и здоровью семьи смертность от ССЗ быстро сокращается, особенно в развитых странах. И в самых передовых из них по состоянию здоровья населения смертность от сердечно-сосудистых патологий стала ниже, чем от злокачественных новообразований, которые выдвинулись здесь на первое место в мире. С каждым годом таких стран становится все больше. По статистике 2018 г. насчитал 17 стран, где онкозаболевания вышли на первое место по смертности (стандартизованному коэффициенту смертности на 100 тыс. человек населения), а ССЗ стали второй, менее значимой, причиной летальности. К таким странам относятся Великобритания, Франция, Италия, Испания, Канада, Япония, Австралия, Израиль, Южная Корея, Бельгия, Нидерланды, Норвегия, Португалия, Швей-

цария, Новая Зеландия, Таиланд и Чили. Суммарно в этих странах проживают примерно 650 млн человек.

В ближайшие 5–10 лет к ним наверняка присоединятся США и Германия. А из развивающихся стран, возможно, Мексика. Так что к 2025–2030 гг. в странах, где онкозаболевания по смертности выйдут на первое место, будет насчитываться около 1,3 млрд человек. В дальнейшем к ним будут присоединяться и другие страны. Так что до 2050 г. от половины до $\frac{2}{3}$ всей численности населения Земного шара будут проживать в странах с резко сниженной численностью умерших от ССЗ, которые уступят первое место по смертности злокачественным новообразованиям.

Рассмотрим соотношение смертности по указанным двум главным патологиям в России (табл. 1).

Как видно из табл. 1, за последние почти 20 лет удельный вес смертности от ССЗ снизился более чем на 15%, а доля смертности от злокачественных новообразований, напротив, увеличилась более чем на 20%. Если эти тренды продолжатся, то через 40–50 лет и в России онкозаболевания выйдут на первое место как причина смертности. При этом надо учесть, что количество умерших от ССЗ в России больше, чем от онкологических, в 2,9 раза, что является высшим показателем среди значимых стран мира.

Совсем другое положение в 28 странах Европейского Союза, как видно из табл. 2. Здесь эта разница не 2,9, а 1,3. И она столь же интенсивно сокращается. Так что через 10–15 лет в целом по этим странам, суммарная численность которых более чем в 3,5 раза превышает население

Таблица 1. Доля смертности от сердечно-сосудистых и онкологических заболеваний в общей смертности в России

Показатель	2000 г.	2018 г.	Изменение в 2018 г. по сравнению с 2000 г., %
Сердечно-сосудистые заболевания	55,3	46,8	84,6
Онкологические заболевания	13,4	16,3	121,7
Отношение: 3=1/2, разы	4,1	2,9	-

Источник: Федеральная служба государственной статистики. Число умерших по основным классам и отдельным причинам смерти за год. URL: <https://fedstat.ru/indicator/31620>.

Таблица 2. Доля смертности от сердечно-сосудистых и онкологических заболеваний в общей смертности по 28 европейским странам (ЕС-28)

Показатель	1999 г.	2016 г.	Изменение в 2016 г. в сравнении с 1999 г., %
Сердечно-сосудистые заболевания	45,9	35,7	77,9
Онкологические заболевания	23,9	27,0	112,5
Отношение: 3=1/2, разы	1,9	1,3	-

Источник: European mortality database (MDB). URL: https://appsso.eurostat.ec.europa.eu/nui/show.do?dataset=hlth_cd_aro&lang=en.

ние России, при сохранении указанных трендов смертность от ССЗ с первого места переместится на второе, пропустив вперед онкологию. К тому же в Европе сокращение смертности от ССЗ идет более интенсивно, чем в России.

В табл. 3 представлены данные по основной группе развитых стран, где уже на сегодня онкологические заболевания лидируют среди причин смертности и где достигнута самая низкая смертность от ССЗ.

Среди стран с самой низкой смертностью от ССЗ – менее 100 на 100 тыс. человек населения по скорректированному по возрасту показателю – можно выделить Францию (70,9), Японию (71,9), Южную Корею (73,0), Канаду (87,9), Израиль (76,7), Австралию (85,6), Ис-

панию (89,4) и т.д. Такой уровень смертности от этих заболеваний в этой группе стран в 4–4,5 раза ниже, чем в России, где в рассматриваемые годы (2014–2015) этот показатель был равен 380,8.

Смертность от ССЗ уступит свое место смертности от онкологических заболеваний также в Бельгии, Нидерландах, Норвегии, Португалии, Швейцарии и Новой Зеландии. Всего в странах с суммарной численностью населения – 650 млн человек.

Уровень смертности от онкологических заболеваний также по скорректированному по возрасту показателю на 100 тыс. человек населения по странам отличается не столь разительно. У развитых стран самый низкий показатель око-

Таблица 3. Стандартизованные коэффициенты смертности (СКС) на 100 тыс. человек населения от сердечно-сосудистых (ССЗ) и онкологических заболеваний

Страна	Год	СКС от ССЗ	СКС от онкологических заболеваний	% к СКС от онкологических заболеваний
Франция	2014	70,9	120,8	58,7
Япония	2015	71,9	101,3	71,0
Южная Корея	2015	73,0	98,7	74,0
Канада	2013	87,9	117,8	74,6
Израиль	2015	76,7	102,6	74,8
Австралия	2015	85,6	109,9	77,9
Великобритания	2015	99,7	125,9	79,2
Испания	2015	89,4	111,5	80,2
Италия	2015	110,1	116,5	94,5
Германия	2015	139,0	119,3	116,5
США	2016	131,8	109,8	120,0

Источник: WHO Mortality Database (MDB). URL: <http://apps.who.int/healthinfo/statistics/mortality/whodpms>.

ло 100 – у Японии, Израиля и Южной Кореи. А самый высокий, в районе 120–125 – у Канады, Италии, Франции и Великобритании.

На самую большую величину смертность от ССЗ по отношению к смертности от онкологических заболеваний снизилась у Франции (59), Японии (71), Южной Кореи (74), Израиля и Канады (по 75), Австралии (78), Великобритании (79), Испании (80) и Италии (95). В ближайшие годы онкологические заболевания выйдут на первое место по смертности в США и Германии.

Вслед за развитыми странами на этот путь вступят передовые постсоциалистические страны Центральной и Восточной Европы (ЦВЕ), где смертность от ССЗ в среднем 1,5 раза выше, чем от онкологических заболеваний (табл. 4).

Этим странам, по-видимому, потребуется примерно 20 лет, для того чтобы снизить смертность от ССЗ по отношению к онкологическим заболеваниям. Заметим, что смертность от ССЗ на 100 тыс. населения по скорректированному по возрасту показателю в этих странах в 2–2,5 раза выше, чем в развитых странах. Соответствующая смертность от злокачественных новообразований тоже выше, но только на 30–40%.

Передовые развивающиеся страны имеют показатели не хуже, а некоторые из них даже намного лучше, чем постсоциалистические страны ЦВЕ, что видно на примере 5 наиболее крупных и значимых развивающихся стран, представленных в табл. 4.

По ССЗ здесь выделяется Китай, где смертность по этой причине практически вдвое выше, чем в Мексике, и в 2,5–3 раза выше, чем в развитых странах. В других передовых развивающихся странах эта смертность выше в районе 2 раз, и она на 20–30% ниже, чем в передовых постсоциалистических странах ЦВЕ. Ниже здесь и смертность от онкологии, кроме Китая. Она составляет 100 или немного меньше, что является самым низким показателем среди приведенных групп стран, даже ниже, чем в развитых странах. Частично это связано, возможно, с отставанием в диагностике трудных злокачественных новообразований.

В этих странах показатели смертности от ССЗ в среднем в 1,9 раза превышают данные о смертности от онкологических заболеваний. И только в Южной Африке показатель поднимается выше 2 раз. Так что этим странам потребуется, вероятно,

Таблица 4. Стандартизованный коэффициент смертности (СКС) на 100 тыс. человек населения от сердечно-сосудистых (ССЗ) и онкологических заболеваний в передовых постсоциалистических странах Центральной и Восточной Европы (ЦВЕ) и в некоторых передовых развивающихся странах мира

Страна	Год	СКС от ССЗ	СКС от онкологических заболеваний	СКС от ССЗ, % к СКС от онкологических заболеваний
<i>Передовые постсоциалистические страны ЦВЕ</i>				
Словакия	2014	239,2	155,2	154,1
Венгрия	2016	274,1	175,4	156,3
Польша	2015	223,8	152,6	146,7
Чехия	2016	195,0	131,5	148,3
<i>Передовые развивающиеся страны</i>				
Бразилия	2015	167,5	100,7	166,3
Турция	2015	199,5	100,0	199,5
Мексика	2015	144,7	77,6	186,5
Китай	2015	271,2	140,8	195,9
ЮАР	2015	231,3	107,0	216,2

Источник: WHO Mortality Database (MDB). URL: <http://apps.who.int/healthinfo/statistics/mortality/whodpms>.

Таблица 5. Итоговая таблица по средним значениям смертности от сердечно-сосудистых (ССЗ) и онкологических заболеваний по странам мира, 2015 г.

Страны	СКС от ССЗ на 100 тыс. человек населения	СКС от онкозаболеваний на 100 тыс. человек населения	Процентное отношение СКС от ССЗ к СКС от онкозаболеваний	Через сколько лет смертность от онкозаболеваний выйдет на первое место
Россия	368,8	130,0	285	40–50 лет
Передовые развитые страны	84,0	111,5	75	–
Отстающие развитые страны*	133,3	111,7	120	5–10 лет
Передовые постсоциалистические страны ЦВЕ	228,1	152,9	150	Около 20 лет
Передовые развивающиеся страны	253,9	131,5	190	Около 30 лет

* Развитые страны, отстающие по международному рейтингу качества здоровья населения (США и Германия).
 Источник: WHO Mortality Database (MDB). URL: <http://apps.who.int/healthinfo/statistics/mortality/whodpms>.

но, 25–30 лет, для того чтобы достичь здесь низкого уровня смертности, опустив его на второе место после онкологических заболеваний.

Чтобы закончить с ранжированием стран, приведем итоговую табл. 5 по средним показателям смертности от ССЗ и онкологических заболеваний по названным выше группам стран.

Приведенная динамика причин смертности населения связана с трендом быстрого сокращения смертности от ССЗ и, напротив, крайне медленным снижением смертности от онкологических заболеваний. Этот тренд характерен для всех без исключения стран.

В последние 20 лет был сделан крупный прорыв в лечении ССЗ и кардинальном сокращении смертности от них. Во-первых, этому способствовал прогресс в области биохимии и фармакологии. Вместо применяемых ранее лекарств, которые были направлены на устранение симптомов ССЗ, появились действенные лекарства, нацеленные на устранение причин этих заболеваний.

Речь идет прежде всего о гипертонии, наличие которой в значительной мере является

причиной ишемической болезни сердца и инфарктов, а также инсультов. Раньше применялись лекарства, которые временно снижали давление, расширяя сосуды и улучшая кровоток. Но как только действие этих лекарств ослабевало, давление опять повышалось. И эти ежедневные скачки давления вверх и вниз приводили к ускоренному ухудшению сосудистой системы и приближали инфаркты и инсульты.

Только после запрещения ежедневного приема подобных лекарств и замены их на щадящие лекарственные препараты на органической основе, устраняющие гипертонию, стало возможным постепенно нормализовать кровяное давление и тем самым кардинально сократить смертность от этих заболеваний.

Одновременно в медицину пришли высокотехнологичные методы, связанные с лучевой диагностикой, операциями на открытом сердце и прежде всего операциями шунтирования. Масовое применение получили стенты, отдаляющие закупорку сосудов и возникновение инфарктов. И поэтому смертность от ССЗ сократилась в разы.

На эту смертность повлияло также существенное изменение образа жизни людей в передовых странах. Люди стали жить зажиточнее, и на первое место у них выдвинулась проблема сохранности здоровья, поддержание активного долголетия. Люди стали больше заниматься спортом, вести более активный образ жизни, совершать прогулки, бегать трусцой, резко увеличилось посещение бассейнов, фитнес-центров, возникла важнейшая индустрия поддержания здоровья.

Одновременно резко сократилось курение, в Америке, например, вдвое, благодаря официальной государственной политике запрещения курения в общественных местах, удорожанию сигарет. Прошла мода на употребление алкоголя. Жестокая борьба ведется против наркотиков. Это тоже оздоровило население целых стран. Люди стали лучше и правильнее питаться. Резко усилился контроль за качеством продуктов питания в ряде стран мира. Многие страны выдвинули свои программы, добились крупных результатов. Это касается Финляндии и других скандинавских стран, совершивших буквально скачок к здоровому образу жизни.

В Японии проводятся активные профилактические мероприятия против распространения рака желудка. Здесь достигнуты фантастические результаты: в Японии и ряде других стран улучшилась медицина для продления жизни населения. Специальные системы страхования, разного рода льготы во многих странах установлены для лечения престарелых пациентов. Все это увеличило продолжительность жизни населения и сократило смертность.

Немаловажное значение здесь имела организация скорой неотложной медицинской помощи. Поэтому смертность от происшедшего инфаркта снизилась в разы, и в большинстве клиник развитых стран не превышает 5% поступивших инфарктников. Удалось сильно снизить и смертность от инсультов, которая тоже сократилась в разы и составляет в большинстве клиник не более 7%.

В России лишь одно из этих направлений исторически получило определенное развитие. Речь идет о совершенствовании лечения ССЗ.

В передовых клиниках России уровень операционного вмешательства не уступает зарубежным клиникам. Но отстает уход, медикаментозное сопровождение, отстает скорая и неотложная помощь. К этой помощи не привлечены лучшие лечебные силы соответствующего профиля, которые сосредоточены в больницах федерального значения и не принимают больных, поступающих по скорой помощи. Число установленных стентов, операций шунтирования в разы на 100 тыс. населения в России производится меньше, чем даже в постсоциалистических странах ЦВЕ, не говоря уже о развитых странах.

Самое уязвимое наше место – старое фармобеспечение. Для нормализации артериального давления врачи выписывают те же лекарственные средства в форме таблеток, что и 20–30 лет назад, в число производителей которых входят иностранные фармкомпании с высоким уровнем доверия среди потребителей. При этом многие препараты уже запрещены к назначению в развитых странах, а в России они находятся в свободной продаже, в отличие от западных стран, где их трудно получить даже по рецепту, поскольку врач несет персональную ответственность за неправильное лечение, чего у нас нет.

В России намного выше, чем в других странах, численность бедного населения, живущего в неподобающих для здоровья условиях. Пропаганда здорового образа жизни в России крайне слаба. До 40,5% мужчин и 14,4% женщин в возрасте 15 лет и старше продолжают курить [3], сокращается, но все еще крайне высоко потребление алкоголя, причем сильного, вредного в виде водки, в трудоспособном возрасте. Поэтому в России смертность трудоспособного населения в 3–4 раза выше, чем в развитых странах, и 80% умерших в этом возрасте – мужчины. Только в России ожидаемая продолжительность жизни мужчин на 10 лет меньше, чем женщин. В то время как в большинстве стран эта разница ограничивается 3–4 годами.

По уровню смертности мужчин Россия занимает 125-е место среди 183 стран, по общей продолжительности жизни – в районе 105-го места [4]. Всемирная организация здравоохранения оценила уровень здоровья россиян по

международному рейтингу на 119-м месте. Поэтому ничего удивительного нет в том, что смертность от ССЗ в России в 3 раза и более выше, чем в развитых странах, в 1,6 раза выше, чем в постсоциалистических странах ЦВЕ, в 1,5 раза выше, чем в передовых развивающихся странах. При таком положении вещей глубоко закономерно, что смертность от ССЗ в России почти втрое превышает смертность от онкологических заболеваний, а это является одним из худших показателей в мире.

В отличие от борьбы с ССЗ, тренды в борьбе со злокачественными новообразованиями другие. Хотя и здесь есть крупнейшие научно-технологические достижения благодаря развитию лучевой терапии, ядерной медицины, биохимии, фармакологии, а также генетических разработок. Но сам объект онкологических заболеваний с его чрезмерной разнообразностью, ибо он объединяет более 300 различных разновидностей онкозаболеваний, крайне сложен для лечения. Наиболее опасные виды онкологических заболеваний характеризуются мелкоклеточностью и плохо диагностируются даже на томографах. Требуется диагностика на дорогостоящих установках позитронно-эмиссионной томографии (ПЭТ) с использованием изотопов, которых в России считанные единицы. Ввиду сложности этого заболевания и крайне дорогой диагностики многих его разновидностей число выявленных онкологических заболеваний с каждым годом растет просто из-за того, что раньше их не умели выявлять.

В 2014 г. в мире было выявлено 14,1 млн новых больных раком. Эксперты Всемирной организации здравоохранения рассчитали, что через 20 лет число выявленных онкологических заболеваний вырастет на 70%. Фактически в 2018 г. этот показатель увеличился до 18,1 млн человек. И такой темп намного выше предсказаний, которые положены были в основу 20-летнего прогноза. Если выявляемость раковых больных сохранит тренд то на 70% число выявляемых раковых больных увеличится не за 20 лет, а всего за 14 лет [5].

Другой своеобразный тренд заключается в том, что число онкологических заболеваний растет по экспоненте при увеличении продол-

жительности жизни. Злокачественные новообразования – это в подавляющей части болезни престарелых. Она зависит от мутаций клеток, которая увеличивается с возрастом. Ожидаемая продолжительность жизни людей довольно быстро возрастает. В начале XX века средняя продолжительность жизни составляла 30 лет, к 1970 г. у передовых стран она выросла до 70 лет, а сегодня превысила 80 лет [6, 7].

И с каждым годом по экспоненте растет число новых онкобольных. А с ними растет при прочих равных условиях и смертность. Количество умерших на 100 тыс. человек населения уменьшается по мере совершенствования методов лечения рака. Но одновременно растет число больных. Смертность, казалось бы, должна существенно снижаться. Но этому противостоит тенденция увеличения числа раковых больных и за счет улучшения диагностики, и за счет увеличения продолжительности жизни, которые инициируют рост числа больных злокачественными новообразованиями. Поэтому показатель смертности, скорректированный по возрасту, конечно, сокращается, но весьма медленно.

В Указе Президента РФ от 7 мая 2018 г., посвященном перспективному социально-экономическому развитию до 2024 г., содержится задание по сокращению смертности от новообразований с 200 человек на 100 тыс. населения в России до 185 тыс. человек в 2024 г., т.е. на 7,5% за 6 лет. Это соответствует тренду ежегодного снижения числа смертей от новообразований в районе 1%, максимум 1,5% [8].

Сложность выявления рака заключается в том, что его скрининг возможен только по нескольким видам. Притом не самым опасным видам рака с наибольшей смертностью. Основные же виды рака, вызывающие 75% всей смертности, не подлежат скринингу, а требуют высокотехнологичных методов диагностики, что весьма дорого. И ни в одной стране сколь-нибудь широкой диагностики трудных видов рака нет.

По одному из видов рака, раку желудка, который получил наибольшее распространение в Японии, такая диагностика как государственная задача, несмотря на дороговизну, стала осуществляться, и это позволило большинство

случаев рака желудка выявлять на I и II стадии, когда процент излечения наиболее высок. Но это – исключение.

Доказана зависимость рака легкого от распространенности курения, зависимость рака желудка и кишечника от качества питания, рака гинекологических органов у женщин от микробов папилломы. И по всем этим линиям при всех трудностях нужно проводить интенсивную работу с нарастающими усилиями. И это самый эффективный, самый дешевый способ сокращения опасных видов рака легкого, желудка, кишечника.

31 млн человек в России ежегодно проводят в среднем 10–15 дней в клиниках для лечения различных заболеваний. В это время можно было бы проводить диагностику рака у больных того возраста, где число случаев рака достаточно велико, т.е. у престарелых или склонных к этому виду рака по тем либо иным причинам – курение, алкоголь, условия труда, загрязненность среды и др.

Я сделал расчет, согласно которому, если, скажем, из 30 млн человек 10 млн подвергнуть серьезной диагностике на предмет выявления отдельных видов рака в клиниках, оснащенных соответствующим оборудованием и приборами, а также высококвалифицированными врачами, то будут выявлены злокачественные новообразования примерно у 50 тыс. новых больных, при том у значительной части на ранних стадиях. Это потребует до 150 млрд руб. дополнительных затрат на столь сложную и массовую диагностику. Но из-за дешевого лечения начальных стадий рака и сохранения жизни значительной части выявленных больных будет сэкономлено 230 млрд руб., и это окупится. Чтобы осуществить эту меру, такая диагностика, естественно, должна проводиться за счет средств ОМС и быть обязательной для входящих в группы риска по возрасту и условию.

На онкологические цели в национальном проекте «Здравоохранение» на период 2019–2024 гг. выделяется почти 1 трлн руб., что позволит дооснастить высокотехнологичным оборудованием для диагностики и лечения рака наши медицинские учреждения. Речь идет прежде всего о ПЭТ, оборудовании для радиологической

терапии, создании еще одного центра протонной терапии под Москвой, производстве препаратов для лечения злокачественных новообразований на базе ядерной медицины, ликвидации нашего 15-кратного отставания по использованию ПЭТ-диагностики для обнаружения мелкоклеточного рака.

Особые усилия должны быть предприняты по усилению развития биохимии, генной инженерии, ядерной медицины и фармацевтики для лечения рака. Должна быть коренным образом улучшена организация учета раковых больных, слежения за ними, своевременного и качественного лечения.

Для этого целесообразно построить управление противораковыми мероприятиями по программно-целевому принципу, создав жесткую вертикаль власти вместо существующей самостоятельности регионов, которые по своему усмотрению меняют руководство онкологических центров, мало понимая в этом деле, и т.д. Власть в лечении раковых больных снизу доверху должна принадлежать только профессионалам, а не должностным лицам без специализированного онкологического образования [9].

В стране нужно создать единую сверху донизу иерархическую систему организаций, занятых онкоболезнями. Такие предложения во многом содержатся в федеральном проекте по борьбе с онкологическими заболеваниями в рамках национальной программы «Здравоохранение». Но там нет властных полномочий научных руководителей противораковых мероприятий, которыми должны являться главные онкологи. Нет полномочий профессиональной организации онковрачей. Нет ответственности должностных лиц за переносы сроков выделения средств на оплату онкобольных в случае их лечения независимо от того, государственное это лечение или частное, при оплате по ОМС. Уже действуют протонные центры в России, но больше года не решен вопрос оплаты за их деятельность. И никто ответственности не несет. Хотя из-за этого умирают сотни людей, которым не предоставляется эта помощь.

От того, что не предоставляется государственная помощь при лечении радиологическим

высокотехнологичным оборудованием больных с мозговой опухолью, ежегодно умирают сотни и сотни больных, у которых нет денег на это лечение. А частные организации, существующие в России, хотели бы удвоить и утроить объемы радиологической помощи, но они не могут загрузить даже существующее у них оборудование из-за того, что средства на лечение опухоли мозга уже много лет государство финансирует только при лечении их в государственных клиниках, для которых у государства нет денег на покупку достаточного числа необходимого высокотехнологичного дорогостоящего оборудования.

Нужно обязательно дообучать врачей тех специальностей, которые при выполнении своих функциональных обязанностей могут столкнуться со случаями рака. Они должны уметь эти случаи распознать, сообщить и получить за это значительное вознаграждение. Но для этого их нужно обучить и узаконить вознаграждение.

Речь идет, например, о зубных врачах, которые часто не распознают рак гортани. Дерматологи не всегда распознают рак кожи. При терапевтическом осмотре женщин терапевт недостаточно обучен, чтобы выявить предрасположенность к раку груди, а гинекологи тоже недостаточно обучены, чтобы в зародыше обнаружить рак в этих органах. До сих пор, в отличие от других стран, в России отсутствуют уколы, противодействующие вирусу папилломы, которая ведет к раку. И этот перечень можно продолжать.

Исследуя соотношение в смертности больных онкологическими и сердечно-сосудистыми заболеваниями, нужно обратить внимание на катастрофическое положение в России в борьбе с ССЗ, которые выявляются в 3–3,5 раза чаще на 100 тыс. жителей, чем в развитых странах, и в 1,5–1,6 раза чаще, чем в постсоциалистических странах ЦВЕ и передовом десятке стран из числа развивающихся. Нельзя мириться со столь высокой смертностью от ССЗ, причем в самом молодом возрасте. Мало того, что на 100 тыс. жителей втрое больше умирают, они умирают в возрасте, на 10 лет младше, чем могли бы умирать, если бы их условия жизни и здравоохранение были на уровне западноевропейских стран.

В этом отношении удивление вызывает национальный проект «Здравоохранение» в части борьбы с ССЗ. На главную причину смертности в России – смертность от рассматриваемых заболеваний, а это около 800 тыс. человек в год, обращено, как ни странно, второстепенное внимание и выделены минимальные средства – всего 79,2 млрд руб. (табл. 6). Так что в расчете на одного человека, который умрет в 2019–2024 гг. от ССЗ и прежде всего от инфаркта или инсульта, выделяется 135 тыс. руб., т.е. ничего. В то время как жизнь человека в России имеет реальную ценность 10–12 млн руб., по нашим расчетам, 5,8 млн руб. – по предложениям обследованного в 2019 г. населения, 4,4 млн руб., по данным Росстата, используемым в национальных проектах, и 2 млн руб. – по уровню выплаты в отдельных случаях гибели людей, установленных законом России.

В табл. 6 представлен сравнительный анализ затрат на онкологию и сердечно-сосудистые болезни согласно национальному проекту «Здравоохранение». В расчете на одну смерть от онкологических заболеваний в национальном проекте выделяется 12,9 млн руб., а от ССЗ – 135 тыс. руб., т.е. цена сокращения смертности от онкологических заболеваний в расчете на одного больного за 2019–2024 гг. по нацпроекту обойдется в 95 раз дороже, чем от ССЗ.

12,9 млн руб. – правильная сумма. И нельзя на онкологию давать меньше. А вот сумма 135 тыс. руб. применительно к ССЗ является попросту анекдотичной. Она должна быть увеличена в десятки раз. И только тогда мы сможем достичь ожидаемой продолжительности жизни 78 лет в 2024 г., как это установил Президент РФ В.В. Путин в своем Указе.

В заключение отметим, что в России в 2018 г. впервые число инвалидов от онкологических заболеваний превысило численность их от ССЗ, которые с первого места по инвалидности перешли на второе. Инвалидность от ССЗ из года в год сокращается: в 2008 г. их было 431 тыс. человек, в 2015 г. – 221 тыс., а от злокачественных новообразований численность инвалидов, напротив,

Таблица 6. Эффективность национального проекта «Здравоохранение» на 2019–2024 гг. по сокращению смертности от сердечно-сосудистых и онкологических заболеваний (в соответствии с Указом Президента РФ от 7 мая 2018 г.)

Показатель	Сердечно-сосудистые заболевания	Онкологические заболевания
Поставленные цели по смертности от этих заболеваний на 100 тыс. человек населения		
2018 г.	557	200
2024 г.	450	185
Число сохраненных жизней при наличии 146,6 млн человек населения в 2024 г.	157 тыс. человек	22 тыс. человек
За период 2019–2024 гг.	557 тыс. человек	75 тыс. человек
Финансирование на борьбу с рассматриваемыми болезнями, млрд руб.	75,2	969
«Цена» сокращения смертности в расчете на одного больного	135 тыс. руб.	12,9 млн руб.

Источник: составлено автором согласно национальному проекту «Здравоохранение».

увеличилась с 170 до 213 тыс. человек. Снизилось и число инвалидов от костно-мышечных травм за 10 лет в 1,5 раза. И только число инвалидов с психическими расстройствами остается весьма стабильным – по 30–35 тыс. человек в год.

Самое ценное, что есть в нашем мире, – это жизнь человека. Поэтому рассматриваемые вопросы жизни и смерти являются вопросами первостепенной важности. И все должны понять, что онкозаболевания – главная угроза нашей

жизни в перспективе. Говоря «нашей», я больше имею в виду жизни детей и особенно внуков. Заботиться об их будущей жизни надо сегодня, разрабатывая методы снижения смертности, инвалидности, заболеваний, продлевая горизонты ожидаемой продолжительности жизни и прежде всего ожидаемой продолжительности здоровой жизни.

Конфликт интересов. Автор заявляет об отсутствии конфликта интересов.

СВЕДЕНИЯ ОБ АВТОРЕ

Аганбегян Абел Гезевич (Aganbegyan Abel G.) – академик РАН, заведующий кафедрой Российской академии народного хозяйства и государственной службы при Президенте РФ, Москва, Россия
E-mail: aganbegyan@ranepa.ru
<https://orcid.org/0000-0002-9689-7005>

ЛИТЕРАТУРА

1. Федеральная служба государственной статистики. Число умерших по основным классам и отдельным причинам смерти за год. URL: <https://fedstat.ru/indicator/31620>.
2. Institute for Health Metrics and Evaluation (IHME), Global Burden of Disease Study 2017 (GBD 2017). Results. URL: <http://ghdx.healthdata.org/gbd-results-tool>.
3. OECD Health Statistics: Non-medical determinant of health. URL: <https://data.oecd.org/healthrisk/daily-smokers.htm>.
4. World Health Organization. Global Health Observatory (GHO) Data. URL: <http://apps.who.int/gho/data/node.imr>.
5. World Health Organization. Global Cancer Observatory (GCO). URL: <http://gco.iarc.fr/>.

6. Human Mortality Database. URL: www.mortality.org.
7. Human Lifetable Database. URL: www.lifetable.de.
8. Указ Президента РФ от 07.05.2018 № 204. URL: <http://static.kremlin.ru/media/acts/files/0001201805070038.pdf>.
9. Аганбегян А.Г. Демография и здравоохранение России на рубеже веков. М.: Дело, 2016. 192 с.
10. European mortality database (MDB). URL: https://appsso.eurostat.ec.europa.eu/nui/show.do?dataset=hith_cd_aro&lang=en.
11. WHO Mortality Database (MDB). URL: <http://apps.who.int/healthinfo/statistics/mortality/whodpms>.

REFERENCES

1. Federal State Statistics Service. The number of deaths due to main classes and individual causes of death per year. URL: <https://fedstat.ru/indicator/31620>. (in Russian)
2. Institute for Health Metrics and Evaluation (IHME), Global Burden of Disease Study 2017 (GBD 2017). Results. URL: <http://ghdx.healthdata.org/g/gbd-results-tool>.
3. OECD Health Statistics: Non-medical determinant s of health. URL: <https://data.oecd.org/healthrisk/daily-smokers.htm>.
4. World Health Organization. Global Health Observatory (GHO) Data. URL: <http://apps.who.int/gho/data/node.imr>.
5. World Health Organization. Global Cancer Observatory (GCO). URL: <http://gco.iarc.fr/>.
6. Human Mortality Database. URL: www.mortality.org.
7. Human Lifetable Database. URL: www.lifetable.de.
8. Decree of the President of the Russian Federation of 05.07.2018 No. 204. URL: <http://static.kremlin.ru/media/acts/files/0001201805070038.pdf>. (in Russian)
9. Аганбегян А.Г. Демография и healthcare of Russia at the turn of the century. Moscow: Delo, 2016. 192 p. (in Russian)
10. European mortality database (MDB). URL: https://appsso.eurostat.ec.europa.eu/nui/show.do?dataset=hith_cd_aro&lang=en.
11. WHO Mortality Database (MDB). URL: <http://apps.who.int/healthinfo/statistics/mortality/whodpms>.

Организация работы Центра здорового ребенка с применением инструментов бережливого производства

Тюлькова М.П.,
Жукова С.И.,
Шипачев К.В.

ГБУЗ Ленинградской области «Всеволожская
клиническая межрайонная больница»,
Всеволожск, Россия

В 2018 г. детская консультация ГБУЗ Ленинградской области «Всеволожская клиническая межрайонная больница» вступила в проекты «Бережливая поликлиника», «Создание новой модели медицинской организации, оказывающей первичную медико-санитарную помощь» и «Организация внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности». И уже 12 марта 2018 г. открылись двери нового детского Центра здорового ребенка, для которого было выделено отдельное здание. Проведена реорганизация структуры с выделением 3 больших подразделений: консультативно-диагностического, педиатрического, профилактического. При посещении поликлиники ребенком любого возраста возможно выполнение вакцинации в рамках национального календаря профилактических прививок, а также проведение туберкулин-диагностики. Разработана и реализованная маршрутизация проведения профилактических осмотров детей.

Ключевые слова:

Центр здорового ребенка, детская поликлиника, маршрутизация, медико-санитарная помощь, дети

Для цитирования: Тюлькова М.П., Жукова С.И., Шипачев К.В. Организация работы Центра здорового ребенка с применением инструментов бережливого производства // ОРГЗДРАВ: новости, мнения, обучение. Вестник ВШОУЗ. 2019. Т. 5, № 4. С. 55–60. doi: 10.24411/2411-8621-2019-14004

Статья поступила 03.06.2019. **Принята в печать** 01.12.2019.

Center for Healthy Children work organization using lean production tools

*Tyulkova M.P., Zhukova S.I.,
Shipachev K.V.*

Vsevolozhsk Clinical Interdistrict Hospital,
Vsevolozhsk, Leningrad Region, Russia

In 2018, the children's consultation office of the "Vsevolzhsk Clinical Inter-district Hospital" entered the "Economical Polyclinic", "Creation of a New Model of Medical Organization Providing Primary Health Care", and "Organization of Internal Quality Control and Security of Medical Care" projects. On March 12, 2018 the doors of a new child health center "Center for Healthy Children" opened. A separate building was allocated for it. Unbundling was carried out with allocation of 3 large divisions: consultative and diagnostic; pediatric; preventional. During a visit to the clinic, a child of any age can be vaccinated under the program of the national vaccination schedule. It is also possible to carrying out the tuberculin diagnostics. In addition, routing of periodic screening of children was designed and implemented.

Keywords:

Center for Healthy Children, child health center, routing, health care, children

For citation: Tyulkova M.P., Zhukova S.I., Shipachev K.V. Center for Healthy Children work organization using lean production tools. *ORGZDRAV: novosti, mneniya, obuchenie. Vestnik VSHOUZ [HEALTHCARE MANAGEMENT: News, Views, Education. Bulletin of VSHOUZ]*. 2019; 5 (4): 55–60. doi: 10.24411/2411-8621-2019-14004 (in Russian)

Received 03.06.2019. **Accepted** 01.12.2019.

Детская консультация вступила в проект «Вежливая регистратура» в 2017 г., на тот период ее помещения находились на втором этаже городской поликлиники. Сотрудники детской консультации испытывали выраженный дефицит площадей и с трудом справлялись с потоком пациентов, прикрепленных к ГБУЗ Ленинградской области «Всеволожская клиническая межрайонная больница» (ГБУЗ ЛО «Всеволожская КМБ»). Разделить потоки пациентов при посещении лечебного учреждения было сложно. В этих условиях проект «Вежливая регистратура» был реализован частично: снесены перегородки регистратуры, организована запись на прием к врачам через Интернет (официальный сайт больницы) и терминал самозаписи, но невозможно было организовать картохранилище и выделить зоны для комфортного пребывания маленьких пациентов.

В 2018 г. детская консультация, преобразованная в детскую поликлинику, вступила в проекты «Бережливая поликлиника», «Создание новой модели медицинской организации, оказывающей первичную медико-санитарную помощь» и «Организация внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятель-

ности». Это совпало с долгожданным окончанием строительства нового отдельно стоящего здания детской поликлиники. Проект нового здания был утвержден в 2010 г. и не соответствовал современным трендам пациентоориентированного сервиса, заложенного как в реализуемых проектах, так и во вступивших в силу новых нормативных актах (приказ МЗ РФ от 07.03.2018 № 92н «Об утверждении Положения об организации оказания первичной медико-санитарной помощи детям»). Еще на этапе строительства в конце 2017 г. – начале 2018 г. в рамках реализации проектов руководство детской поликлиники и хозяйственные подразделения ходатайствовали перед администрацией ГБУЗ ЛО «Всеволожская КМБ» о необходимости перепланировки первого и второго этажей нового здания. Инициатива была полностью поддержана главным врачом ГБУЗ ЛО «Всеволожская КМБ» и комитетом по здравоохранению Ленинградской области. Основной целью перепланировок было разделение потоков пациентов с выделением потока здоровых детей, проходящих профилактические осмотры, и диспансеризация детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей,

в том числе усыновленных (удочеренных), принятых под опеку (попечительство) в приемную или патронатную семью в рамках приказов МЗ РФ от 10.08.2017 № 514н «О порядке проведения профилактических медицинских осмотров несовершеннолетних» и от 11.04.2013 № 216н «Об утверждении Порядка диспансеризации детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей, в том числе усыновленных (удочеренных), принятых под опеку (попечительство) в приемную или патронатную семью», проведение вакцинации в рамках Национального календаря прививок и диагностических исследований, а также потока детей, получающих вакцинопрофилактику в рамках Национального календаря прививок, детей, требующих экстренной и неотложной помощи, и детей, получающих лечение у педиатров и специалистов детской поликлиники.

Инициативная группа, работающая над перепланировкой, изучив опыт детских медицинских учреждений Санкт-Петербурга, Москвы и других городов, пришла к выводу о необходимости создания новой структуры детской поликлиники – Центра здорового ребенка. К сожалению, в медицинских учреждениях Ленинградской области и других субъектов Российской Федерации опыта организации отдельного, автономного Центра здорового ребенка практически не было. Проект нового подразделения был составлен исходя из собственного опыта медицинских сотрудников больницы, основываясь на положении приказа Минздрава России от 10.08.2017 № 514н. На первом этаже нового здания были запланированы помещения под консультативные кабинеты узких специалистов (по принципу универсального кабинета), прививочный кабинет, кабинеты врача-педиатра, УЗИ, Школы здоровья, выделены удобный холл для ожидания родителей с детьми с игровой зоной, гардероб и регистратура. Основными требованиями сотрудников Центра при перепланировке являлись отдельный вход и возможность автономного функционирования подразделения. С целью разведения потоков в помещениях детской поликлиники на первом этаже были запланированы инфекционный бокс и кабинет врача-фтизиатра с отдельными входами с улицы.

В течение 1 мес весь объем перепланировок силами сотрудников нашего учреждения был воплощен полностью. Наряду с перечисленными изменениями были организованы зоны комфортного пребывания и игровые зоны на первом и втором этажах здания; открытая регистратура на 2 рабочих места на первом этаже с электронной очередью и возможностью записи к врачам через терминал самозаписи; закрытое картохранилище; помещения колл-центра на 4 рабочих места операторов и т.д. Следует отметить, что строительные работы не задержали ввод в эксплуатацию новой детской поликлиники, и 12 марта 2018 г. открылись двери для первых маленьких пациентов и их родителей.

В рамках реализации проектов при разработке маршрутизации детей в новом здании с целью снижения нагрузки на участковую службу открыт кабинет «Справка в 1 шаг», в котором ведет прием фельдшер в течение всего рабочего дня детской поликлиники. Разработаны четкие показания для обращения пациентов в данный кабинет. Это позволило сократить поток обращений к участковым врачам-педиатрам Всеволожска на 35%.

Введение электронной записи через официальный сайт больницы (при активной инфор-





мационной работе с населением), при помощи терминала самозаписи в любом подразделении ГБУЗ ЛО «Всеволожской КМБ» и через операторов колл-центра на прием к врачам-педиатрам поликлиники снизило количество очных обращений в регистратуру в 3 раза (с 446–540 до 150 обращений). Завершающим этапом комплексной перепланировки стал переезд кабинета травматолога-ортопеда со 2-го на 1-й этаж детской поликлиники, ближе к рентгенологическому кабинету. Это завершило комплекс перепланировок в полном объеме.

При переезде в отдельное здание в рамках реализации проекта потребовалось провести реорганизацию структуры детской поликлиники с выделением 3 больших подразделений:

- *консультативно-диагностическое*, представленное узкими специалистами различных профилей. В детской поликлинике имеются все необходимые узкие специалисты для проведения профилактических осмотров и диспансеризации несовершеннолетних детей;
- *педиатрическое*, представлено 10 педиатрическими участками, обслуживающими детское население города Всеволожска;

- *профилактическое*, представленное отделением медицинской помощи детям в образовательных учреждениях района и новым подразделением – Центром здорового ребенка в здании детской поликлинике.

Одна из актуальных проблем, которую требовалось решить в рамках реализации проектов, – обеспечить 100% охват профилактическими осмотрами несовершеннолетних детей и диспансеризацией детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей, в том числе усыновленных (удочеренных), принятых под опеку (попечительство) в приемную или патронатную семью в рамках приказов Минздрава России от 10.08.2017 № 514н «О порядке проведения профилактических медицинских осмотров несовершеннолетних» и от 11.04.2013 № 216н «Об утверждении Порядка диспансеризации детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей, в том числе усыновленных (удочеренных), принятых под опеку (попечительство) в приемную или патронатную семью».

Общая численность детского населения Всеволожского района на 01.01.2019 составляет 33 530 человек; зарегистрированных во Всеволожском районе в зоне обслуживания ГБУЗ ЛО «Всеволожская КМБ», прикрепленное по данным СМК около 34 000 детей, данные по подворным обходам – детское население составляет около 37 тыс. Происходит постоянное увеличение численности детского населения во всех возрастных группах с средним на 2000 детей в год (см. таблицу).

Рост численности детского населения Всеволожского района влечет ежегодный рост количества детей, подлежащих профилактическим осмотрам. Так, в 2015 г. необходимо было осмотреть 11 700 несовершеннолетних детей,

Распределение детского населения по возрастам (по данным Петростата)

Возраст, годы	2014 г.	2015 г.	2016 г.	2017 г.	2018 г.
Всего населения	24 433	25 336	26 303	28 983	33 530
0–1	1633	1976	2059	2259	2631
0–14	20 242	22 070	22 856	25 252	29 846
15–17	3191	3366	3493	3731	3684



в 2018 г. – 28 188. Особенно остро встал вопрос с профилактическими осмотрами узкими специалистами детей раннего возраста, до 1 года. Рост рождаемости за последние 5 лет с 1633 новорожденных в 2014 г. до 2631 в 2018 г. и негативное отношение родителей к осмотрам (осмотры неорганизованных детей раннего возраста проходили в детской консультации в общем потоке пациентов по выделенным талонам, создавая неудобства маленьким пациентам и их родителям, количество посещений медицинского учреждения для прохождения осмотров доходило до 5–6 раз) побудили полностью пересмотреть и выстроить новую маршрутизацию проведения профилактических осмотров несовершеннолетних.

Задачи, которые пришлось решать в ходе реализации проекта, – выделить здоровых детей в отдельный поток, снизить кратность посещений детской поликлиники до 2 раз (профилактический осмотр в 2 шага), упорядочить приемы узких специалистов.

Еще в 2014 г. в отдельную группу были выделены организованные дети, посещающие дошкольные и образовательные учреждения, проведение профилактических осмотров осуществляется выездными бригадами узких специалистов, включая забор крови, выполнение УЗИ и ЭКГ прикрепленными педиатрами.

Вторая группа – неорганизованные дети. Основная нагрузка по проведению профилактических детей раннего возраста рабочей группой была возложена на Центр здорового ребенка.

Грамотное планирование и расположение помещений Центра здорового ребенка позво-

лили полностью исключить риск контакта ребенка, проходящего профилактический осмотр, с маленьким пациентом с признаками острого инфекционного заболевания.

Основой новой маршрутизации стал возраст ребенка при прохождении профилактического осмотра. Для декретированных возрастов неорганизованных детей (1 мес, 3 мес, 12 мес и 3 года) выделен определенный день недели, в который, согласно приказу Минздрава России от 10.08.2017 № 514н «О порядке проведения профилактических медицинских осмотров несовершеннолетних» присутствуют все узкие специалисты, необходимые для осмотра ребенка определенного возраста. Согласно графику работы Центра здорового ребенка, осмотр детей 1 мес жизни проводится по вторникам, 3 мес – по средам, 12 мес – по четвергам, 3-летних – по пятницам. Наличие компьютеризированных рабочих мест врачей-специалистов позволяет записывать пациента на необходимые обследования и консультации при проведении профилактического осмотра в рамках 2-го этапа. Разработаны унифицированные вкладыши в 112у форму «История развития ребенка» с фиксацией результатов и рекомендаций врачей. В выездные бригады узких специалистов и на приемы в Центр здорового ребенка привлекаются врачи-специалисты консультативно-диагностического подразделения детской поликлиники по графику, утвержденному главным врачом ГБУЗ ЛО «Всеволжская КМБ», что важно для обеспечения преемственности при выявлении патологии и ее лечения, диспансерного наблюдения врачами-специалистами. При соз-

дании новой маршрутизации рабочей группой было важно сохранить принцип участковости, это было достигнуто путем сохранения дня здорового ребенка по четвергам в педиатрическом отделении детской поликлиники, где проводится осмотр неорганизованных детей в возрастах, не требующих осмотра узких специалистов (2 мес, 4–11 мес), а также проведение вакцинации и прием диспансерных пациентов.

Таким образом, для удобства родителей (законных представителей) профилактический осмотр неорганизованных детей проводится в 2 шага. 1-й шаг – проведение необходимых лабораторных и диагностических исследований, 2-й шаг – осмотр узких специалистов и заключение врача-педиатра Центра здорового ребенка. Запись на профилактические осмотры детей проводится по спискам, поданным с педиатрических участков участковой службой в регистратуру Центра здорового ребенка. Перед посещением Центра участковой службой организуется проведение всего необходимого объема лабораторных и инструментальных обследований в соответствии с возрастом ребенка. О дате и времени проведения осмотров родителей маленьких пациентов информирует регистратор Центра здорового ребенка. После проведения осмотров заключения специалистов заносят в приложение к форме 112у, разработанной специалистами профилактического отде-

ления и утвержденной приказом главного врача ГБУЗ ЛО «Всеволожская КМБ», с последующей передачей на педиатрический участок.

При посещении ребенком любого возраста Центра здорового ребенка возможно выполнение вакцинации в рамках Национального календаря профилактических прививок и проведение туберкулин-диагностики, что позволило отойти от практики выделенных дней для проведения вакцинации и проводить ее 5 дней в неделю.

Разработанная и реализованная маршрутизация проведения профилактических осмотров детей в Центре здорового ребенка позволила обеспечить максимальное число неорганизованных детей осмотрами узких специалистов, снизить число негативных обращений родителей на работу детской поликлиники (в течение 2018 г. негативных обращений на организацию проведения профилактических осмотров несовершеннолетних не было), упорядочить приемы узких специалистов с четким разделением потока пациентов и полностью выполнить плановые показатели по проведению профилактических осмотров: так, в 2018 г. было осмотрено 28 678 детей, в Центре здорового ребенка – 6760 детей.

Конфликт интересов. Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

СВЕДЕНИЯ ОБ АВТОРАХ

Тюлькова Мария Павловна (Tyulkova Mariya P.) – заместитель главного врача по детству и родовспоможению ГБУЗ Ленинградской области «Всеволожская клиническая межрайонная больница», Всеволожск, Россия

E-mail: tyulkovaMP@vkmb.ru

Жукова Светлана Ивановна (Zhukova Svetlana I.) – врач-педиатр, заведующая детской поликлиникой ГБУЗ Ленинградской области «Всеволожская клиническая межрайонная больница», Всеволожск, Россия

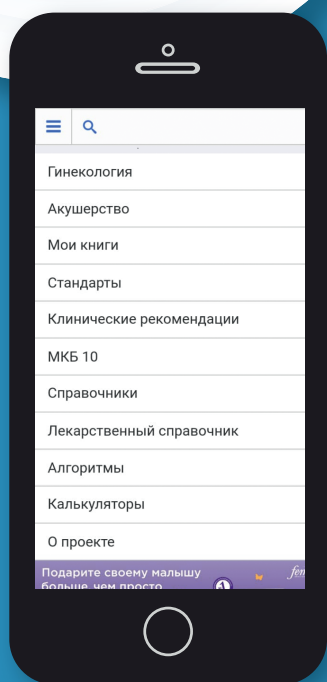
Шипачев Константин Викторович (Shipachev Konstantin V.) – доктор медицинских наук, профессор, главный врач ГБУЗ Ленинградской области «Всеволожская клиническая межрайонная больница», Всеволожск, Россия

E-mail: smo@vkmb.ru

<https://orcid.org/0000-0002-2400-6269>



БЕСПЛАТНОЕ МОБИЛЬНОЕ ПРИЛОЖЕНИЕ «Акушерство и гинекология. ГЭОТАР»



- ✓ краткие описания основных нозологий по акушерству и гинекологии (на основе Национальных руководств);
- ✓ лекарственный справочник;
- ✓ клинические рекомендации;
- ✓ стандарты оказания специализированной медицинской помощи МЗ РФ;
- ✓ МКБ-10;
- ✓ сборник анализов с референтными значениями;
- ✓ алгоритмы и калькуляторы, упрощающие принятие клинических решений.

**Подарок при загрузке: электронный доступ к книге
Е.В. Ших «Фармакотерапия во время беременности»**



МЕД КНИГА
С Е Р В И С
8-800-555-999-2
www.medknigaservis.ru

ГИПЕРМАРКЕТ ДЛЯ МЕДИКОВ

**ЭЛЕКТРОННЫЕ
БИБЛИОТЕКИ**

ИНСТРУМЕНТЫ

**МЕДИЦИНСКАЯ
ЛИТЕРАТУРА
(КНИГИ,
ЖУРНАЛЫ)**

**АНАТОМИЧЕСКИЕ
МОДЕЛИ**

**ОДЕЖДА,
ОБУВЬ
ДЛЯ ВРАЧЕЙ**

- ⊗ **Заказ товара 24 часа в сутки 7 дней в неделю**
- ⊗ **Акции, скидки и подарки покупателям**
- ⊗ **Быстрая доставка**
- ⊗ **Разные способы оплаты**

Нужна информация
по лекарственному препарату?

Мы ее вам предоставим!

БЫСТРЫЙ • УМНЫЙ • ТОЧНЫЙ



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

МКБ-10 +

Входит в состав:

Трибестан® таблетки внутрь

Янтарная кислота

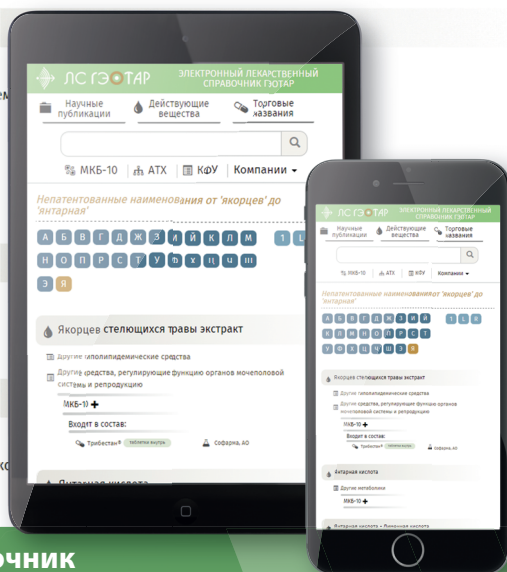
- Другие метаболиты

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.lsgeotar.ru

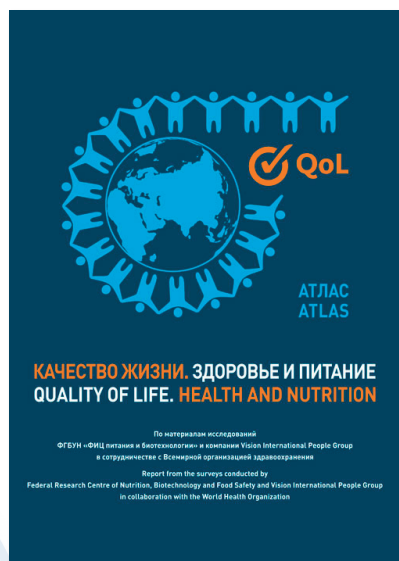
КАЧЕСТВО ЖИЗНИ ЗДОРОВЬЕ И ПИТАНИЕ

АТЛАС НА РУССКОМ И АНГЛИЙСКОМ ЯЗЫКАХ

QUALITY OF LIFE HEALTH AND NUTRITION

ATLAS IN RUSSIAN AND ENGLISH LANGUAGES

Тутельян В.А., Никитюк Д.Б., Буряк Д.А., Акользина С.Е., Батурин А.К., Погожева А.В., Камбаров А.О.,
Кишко О.Н., Абалина А.Л., Слободянина М.С.
Пер. на англ. О.Н. Кишко



ISBN 978-5-225-10039-1

Год: 2018

Кол-во страниц: 696

Переплет: твердый

Настоящее русско-английское издание является первым графическим путеводителем по качеству жизни населения России. Более 170 графиков наглядно демонстрируют российский стандарт качества жизни в разрезе различных социально-демографических характеристик и в сравнении с показателями качества жизни других стран.

Параметры качества жизни населения России представлены в атласе во взаимосвязи с показателями функционирования и здоровья, а также оценкой фактического питания. Качество жизни, здоровье и питание изучено с использованием методологии Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ) и в сотрудничестве с ВОЗ.

Наряду с результатами исследования в атласе демонстрируется работа интернет-портала, с помощью которого проводится сбор данных. Каждый пользователь сайта может неоднократно (бесплатно и анонимно) пройти исследование, увидеть в интерактивном режиме свои результаты по качеству жизни, здоровью и питанию и изучить их динамику.

Книга будет интересна организаторам здравоохранения, специалистам по вопросам питания, медицинским работникам, социологам, экономистам, а также широкому кругу читателей.

This Russian-English publication is the first graphical guide to the quality of life in Russia. More than 170 graphs clearly demonstrate the Russian standard of quality of life in the context of various socio-demographic characteristics and in comparison with the indicators of quality of life in other countries.

Parameters of the quality of life of the Russian population are presented in the atlas in conjunction with the health and functioning indicators, as well as the assessment of actual nutrition. The quality of life, health and nutrition is studied using the methodology of the World Health Organization (WHO) and in cooperation with WHO.

Along with the results of the study, the atlas demonstrates the work of the Internet website, through which data collection is carried out. Each user of the website can repeatedly (free of charge and anonymously) go through the research, see the results on quality of life, health and nutrition in interactive mode and study their dynamics.

The book will be of interest to health care organizers, nutrition specialists, medical professionals, sociologists, economists, as well as a wide range of readers.

Где купить книгу

Интернет-магазин «Медкнигасервис»: www.medknigaservis.ru, телефон 8-800-555-999-2

Магазины в Москве:

м. «Новокузнецкая», м. «Третьяковская»
г. Москва, ул. Садовническая, д. 13, стр. 11.
тел. +7 (495) 921-39-07, доб. 602, 603
Пн. – Вс. с 9.00 – 20.00

м. «Фрунзенская»
г. Москва, Комсомольский просп., д. 28
тел. +7 (916) 877-06-84
тел. +7 (499) 685-12-47
Пн. – Вс. с 9.00 – 20.00

м. «Савеловская»,
ул. Сушевский Вал, д. 9, стр. 1
тел. +7 (985) 387-14-57
тел. +7 (495) 921-39-07, доб. 729
Пн. – Вс. с 9.00 – 20.00