

ОРГЗДРАВ

НОВОСТИ • МНЕНИЯ • ОБУЧЕНИЕ

Вестник ВШОУЗ

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

№ 1 (7), 2017

HEALTHCARE MANAGEMENT:
news, views, education

Bulletin of VSHOUZ



ИЗДАТЕЛЬСКАЯ ГРУППА
«ГЭОТАР-Медиа»

Тема номера:Российское здравоохранение в 2017–2018 гг.: неотложные меры.
Рейтинги эффективности здравоохранения регионов РФ**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. (Самара)**Стародубов В.И. (Москва)**
Хабриев Р.У. (Москва)
Хальфин Р.А. (Москва)
Хайруллин И.И. (Набережные Челны)
Черепов В.М. (Москва)**Ответственный секретарь редакции**

Акбердиева Елена, orgzdrav2015@mail.ru

Научно-практический рецензируемый журнал
ОРГЗДРАВ: новости, мнения, обучение.
Вестник ВШОУЗScientific and practical peer-reviewed journal
HEALTHCARE MANAGEMENT: news, views, education.
Bulletin of VSHOUZ

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
80375 (каталог Агентства «Роспечать»);
93587 (каталог Агентства «Пресса России»)**Издатель**Издательская группа «ГЭОТАР-Медиа»
115035, г. Москва,
ул. Садовническая, д. 9, стр. 4
Телефон: (495) 921-39-07
www.geotar.ru**Верстка:** Килимник А.И.**Корректор:** Макеева Е.И.**Выпускающий редактор:**Попова Ольга, popova@geotar.ru

Подписано в печать 23.03.2017.

Тираж 1000 экземпляров.

Формат 70 x 100^{1/16}.

Печать офсетная. Печ. л. 3,5.

Отпечатано в АО «Первая Образцовая типография».

Филиал «Чеховский Печатный Двор»:

142300, Московская область, г. Чехов,

ул. Полиграфистов, д. 1.

Заказ №

СОДЕРЖАНИЕ

- 4 **ОТ РЕДАКЦИИ**
ГЛАВНОЕ
- 6 **Заседание Совета по стратегическому развитию и приоритетным проектам**
АКТУАЛЬНО СЕГОДНЯ
- 8 *Улумбекова Г.Э.*
Здравоохранение России: итоги деятельности 2012–2016 гг. Неотложные меры в 2017–2018 гг.
- 23 *Гиноян А.Б., Улумбекова Г.Э., Чабан Е.А.*
Индекс эффективности 85 регионов РФ по здравоохранению
ЭФФЕКТИВНОЕ УПРАВЛЕНИЕ
- 29 *Прохоренко Н.Ф.*
Реформа системы обязательного медицинского страхования: время не ждет
НАБОЛЕЛО
- 36 *Гончарова Т.А.*
Оплата труда работников здравоохранения за 12 месяцев 2016 г.: анализ ситуации
- 41 *Улумбекова Г.Э.*
Об оплате труда медицинских работников в 2013–2016 гг.
НА СТЫКЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ И ЭКОЛОГИИ
- 45 *Ойноткинова О.Ш.*
Организация профилактических мероприятий при коррекции антропогенных и экологических факторов развития неинфекционных заболеваний

CONTENT

- 4 **EDITORIAL**
ABOVE ALL
- 6 **Presidential Council for Strategic Development and Priority Projects meeting**
ACTUALLY TODAY
- 8 *Ulumbekova G.E.*
Healthcare system of Russian Federation: the results of activities in the years 2012–2016. Urgent measures for 2017–2018
- 23 *Ginoyan A.B., Ulumbekova G.E., Chaban E.A.*
Efficiency index on health care at 85 regions of the Russian Federation
EFFECTIVE MANAGEMENT
- 29 *Prokhorenko N.F.*
Reform of the compulsory medical insurance system: time is now five minutes to twelve
BECAME PAINFUL
- 36 *Goncharova T.A.*
Labor compensation of healthcare workers for 12 months of 2016 year: analysis of a situation
- 41 *Ulumbekova G.E.*
On payment of labor of medical workers in 2013–2016
AJOINT OF HEALTHCARE AND ECOLOGY
- 45 *Oynotkinova O.Sh.*
Organization of preventive measures in the correction of anthropogenic and environmental factors in the development of noncommunicable diseases

Дорогие коллеги!

Главный редактор
Гузель Эрнстовна
Улумбекова,
 доктор медицинских наук, руководитель Высшей школы организации и управления здравоохранением (ВШОУЗ), председатель правления Ассоциации медицинских обществ по качеству медицинской помощи и медицинского образования (АСМОК)

Первый номер журнала в 2017 г. открывается выдержками из выступления **Президента РФ В.В. Путина** на заседании Совета по стратегическому развитию по приоритетным проектам, состоявшемся 21 марта 2017 г. На нем президент поставил основные цели системе здравоохранения: увеличить к 2025 г. ожидаемую продолжительность жизни (ОПЖ) российских граждан до 76 лет и снизить смертность трудоспособного населения. А для их достижения, используя эффективные управленческие подходы, необходимо создать современную систему здравоохранения на уровне мировых стандартов.

Исходя из поставленных целей сформировано содержание этого номера. Три основные статьи с участием специалистов Высшей школы организации и управления здравоохранением (ВШОУЗ) посвящены вопросам эффективного управления отраслью на ближайшие годы. В первой статье Г.Э. Улумбекова на основе анализа итогов развития российского здравоохранения за 2012–2016 гг. предлагает **неотложные меры на 2017–2018 гг. и приоритетные направления развития здравоохранения до 2025 г.** В статье также изложены меры по повышению эффективности деятельности отрасли и исправлению противоречий в действующей нормативной базе. Ранее в научных работах Г.Э. Улумбековой уже было обосновано, что показатель ОПЖ, равный 76 годам, в России достижим, но для этого потребуются поэтапное повышение государственного финансирования здравоохранения как минимум в 1,5 раза – с 3,5 до 5% внутреннего валового продукта.

Вторая статья ВШОУЗ – о **рейтинге эффективности здравоохранения в регионах РФ**. Главный вывод из нее – при имеющихся финансовых, кадровых и материально-технических ресурсах в большинстве субъектов РФ ОПЖ может возрасти как минимум на 1 год за счет повышения эффективности управления здравоохранением.

В рубрике «Эффективное управление» представлен материал кандидата экономических наук Н.Ф. Прохоренко **«Реформа системы обязательного медицинского страхования: время не ждет»**, в котором автор рассматривает предпосылки реформирования системы отечественного медицинского страхования.

В рубрике «Наболело» представлены **данные профсоюзов о динамике заработных плат в здравоохранении** в целом и врачей в частности. ВШОУЗ подготовлена справка **«Об оплате труда медицинских работников в 2013–2016 гг.»**. Из нее следует, что при снижении уровня государственного финансирования здравоохранения в 2017 г. на 3% по сравнению с 2016 г. для увеличения

оплаты труда медицинских работников (в соответствии с Указом Президента от 07.05.2012 № 597) потребуются дополнительные финансовые средства.

Завершает номер статья профессора О.Ш. Ойноткиновой о том, как важно учитывать, что **на здоровье населения влияют не только деятельность системы здравоохранения**, но и экологические факторы.

Ждем ваших отзывов и предложений.

Заседание Совета по стратегическому развитию и приоритетным проектам



21 марта 2017 г. Владимир Владимирович Путин провел заседание Совета при Президенте РФ по стратегическому развитию и приоритетным проектам. Участники обсудили ход реализации приоритетных проектов в сфере здравоохранения, а также меры, направленные на повышение производительности труда. «Эти вопросы напрямую влияют на качество жизни людей, благополучие российских семей, формирование сильной, конкурентоспособной экономики» – отметил Президент РФ. Ниже приведены основные тезисы.

Ожидаемая продолжительность жизни – главный показатель здоровья населения

В.В. Путин: «За последние годы в здравоохранении удалось добиться существенных изменений к лучшему. Ключевой показатель – это, безусловно, рост продолжительности жизни: сегодня он составляет почти 72 года. Напомню, что за 12 лет продолжительность жизни в России выросла на 6,5 лет – с 65,4 в 2005 г. до 71,87 в 2016-м. У мужчин рост составил 7,7 лет, у женщин – 4,6 года. За это же время младенческая смертность, как вы знаете, снизилась с 10,2 до 6 на 1000 родившихся, а в январе была зафик-

сирована цифра 5,1. Что касается материнской смертности, здесь ситуация еще лучше: смертность снизилась более чем втрое.

Создана эффективная система охраны материнства и детства, значительно обновлена материально-техническая база медицинских учреждений, широкое развитие получила высокотехнологичная медицина.

Напомню, что в 2005 г. эту помощь могли получить 60 тыс. пациентов, в 2016 – 963,1 тыс., т.е. рост почти в 15 раз. Число медучреждений, оказывающих высокотехнологичную медицинскую помощь, выросло более чем в 10 раз – с 90 до 932 учреждений.

Мы, безусловно, должны и дальше идти вперед. Есть все возможности, для того чтобы к 2025 г. увеличить продолжительность жизни в России до 76 лет, значительно снизить смертность в трудоспособном возрасте.

Хочу сказать и о некоторых настораживающих моментах: в 2015 г. возросла смертность лиц трудоспособного возраста. Ничего критического здесь пока нет, тем не менее на это следует обратить внимание».

«Нужно создать действительно современную систему здравоохранения...»

В.В. Путин: «Для того чтобы ситуация и дальше развивалась в нужном нам ключе, предстоит создать действительно современную систему здравоохранения, причем на всех уровнях: от первичного звена до федеральных клиник, – систему, которая соответствует самым высоким мировым стандартам.

Нужно прямо сказать, несмотря на очевидные изменения, у нас еще много, очень много нерешенных проблем. Люди справедливо и обоснованно говорят о нехватке врачей, особенно в небольших городах и населенных пунктах.

Сложно записаться к нужному специалисту, быстро пройти обследование, а в регистратурах еще часто встречается хамство. В Послании Федеральному Собранию об информатизации медицинских учреждений тоже говорилось отдельно, но это лишь механизм решения проблемы.

Вновь обращаю внимание, следует не просто обеспечить поликлиники и больницы Интернетом, а добиваться того, чтобы граждане попадали на прием и проходили обследование без нервов и очередей, в том числе пожилые люди, которые не всегда разбираются в таких понятиях, как информационные технологии и электронная запись. А врачи избавились бы от ненужной бумажной работы и больше времени могли бы уделять пациенту, непрерывно улучшать свою квалификацию, в онлайн-режиме обращаться за советом к коллегам из региональных и федеральных центров».

«Эффективности от системы ждут и врачи, и пациенты...»

В.В. Путин: «Нужно повышать престиж, статус, материальное положение медицинских работников, укреплять их защиту, в том числе правовую. Здравоохранение, как и образование, – это не просто сфера услуг: врачи и учителя выполняют важнейшую для будущего страны и общества работу.

Подчеркну, главный критерий успеха всех проектов в сфере здравоохранения – значимые, ощутимые результаты, которых ждут люди. Это точная и быстрая диагностика и действенное лечение, доброжелательное, человеческое отношение к пациенту, доступность, качество и эффективность лекарственных препаратов.

В Послании Федеральному Собранию также была поставлена задача о развитии санитарной авиации. Это вопрос справедливости и равных возможностей на получение своевременной ме-

дицинской помощи на всей территории страны, а имея в виду нашу огромную территорию – это особенно важно.

Конечно, мы должны смотреть и на длительную перспективу, использовать потенциал отечественной науки и добиваться прорывных результатов в сфере генетики, персональной и биомедицины, обработки больших данных, обеспечить практическое применение передовых разработок на всех уровнях здравоохранения.

И еще одно. Важны не только качество лечения, но и профилактика заболевания, популяризация здорового образа жизни. Здесь также нужно продолжать активную работу.

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

«Прошу от формализма уходить...»

В.В. Путин: «Важно текущее состояние здравоохранения... Нужно, чтобы была объективная, независимая оценка. Прошу вас от формализма уходить. Нам не нужны направления деятельности, нам нужен результат по каждому направлению. Есть и другие вопросы, просто обращаю внимание, как мне кажется, на самые существенные вещи, которые волнуют граждан. Это первое.

Второе – стандарты. Мы уже давно говорим об этих стандартах, еще прежний состав правительства говорил об этом. Нужно это согласовывать с экономическим блоком... Мы оскомину набили этими стандартами... И действовать поступательно – настолько, насколько это возможно, исходя из того положения, в котором мы находимся. Конечно, действовать в этом направлении нужно».

<http://www.kremlin.ru/events/president/news/54079>

Здравоохранение России: итоги деятельности 2012–2016 гг. Неотложные меры в 2017–2018 гг.

Улумбекова Г.Э.

Высшая школа организации и управления
здравоохранением (ВШОУЗ), Москва

В статье представлены основные показатели результатов деятельности системы здравоохранения России с 2012 по 2016 г., в том числе динамика демографических показателей и показателей здоровья населения, обеспеченность медицинскими кадрами и стационарными койками, объемы медицинской помощи, нормативная база здравоохранения. Проанализирован объем государственного финансирования системы здравоохранения России в 2016 и 2017 гг., описаны экономические условия и демографические тенденции на предстоящие годы. Показано, что за последние годы в системе здравоохранения России произошло снижение объемов медицинской помощи по программе государственных гарантий и мощностей системы здравоохранения. Автор делает вывод, что в 2017–2018 гг. в условиях снижения объемов государственного финансирования здравоохранения необходимо выделить приоритеты расходов и реализовать неотложные меры, направленные на повышение эффективности использования ресурсов отрасли. Это позволит избежать дальнейшего снижения доступности медицинской помощи для населения России.

Ключевые слова:

показатели здоровья населения, эффективность расходов в здравоохранении, итоги деятельности системы здравоохранения, указы и поручения Президента РФ, экономические и демографические условия в России, неотложные меры в системе здравоохранения

ОРГЗДРАВ: новости, мнения, обучение. Вестник ВШОУЗ. 2017. № 1. С. 8–22.

Статья поступила в редакцию: 15.02.2017. Принята в печать: 01.03.2017.

**Healthcare system of Russian Federation: the results of activities
in the years 2012–2016. Urgent measures for 2017–2018**

Ulumbekova G.E.

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

The article presents the main things that were done in the healthcare system of the Russian Federation from 2012 to 2016, including: demographic and health indicators, supply of health personnel and hospital beds, the volume of medical

care, the regulatory framework of health. The article analyses healthcare financing in the Russian Federation in 2016 and 2017, describes economic conditions and demographic trends in the coming years. It is shown that the medical care of state guarantees and capacity of the health system have decreased in the healthcare system of the Russian Federation in recent years. The author concludes that in 2017–2018 in conditions of decreasing state financing of healthcare, it's necessary to prioritize spending and to implement urgent measures aimed to increase efficiency of using industry resource. This will prevent further reduction in the availability of medical care for the population of the Russian Federation.

Keywords:

healthcare indicators, effectiveness of healthcare expenditures, results of activities in the healthcare system, the orders and assignments of the President of the Russian Federation, the economic and demographic conditions in Russia, urgent measures in the healthcare system

HEALTHCARE MANAGEMENT: news, views, education.

Bulletin of VSHOUZ. 2017; (1): 8–22.

Received: 15.02.2017. Accepted: 01.03.2017.

I. Что волнует население и медицинских работников в части здравоохранения

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

Напряженность растет и **среди медицинских работников**. Главные проблемы, которые волнуют медицинских работников: недостаточные **зарботные платы, переработки**, неэффективные проверки и излишняя отчетность.

Например, врачам, для того чтобы достигнуть уровня заработной платы 155% по отношению к средней в экономике региона, приходится трудиться **на 1,5** и более ставки.

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

II. Цели и задачи, которые поставил Президент РФ перед системой здравоохранения

В 2012 г. Президент РФ В.В. Путин поставил цели и задачи перед системой здравоохранения, а также дал соответствующие поручения:

- обеспечить к 2018 г. увеличение ожидаемой продолжительности жизни до 74 лет¹;
- обеспечить к 2018 г. снижение младенческой смертности до 7,5 случаев на 1 тыс. родившихся живыми²;

¹ Указ Президента РФ от 7.05.2012 № 606 «О мерах по реализации демографической политики Российской Федерации».

² Указ Президента РФ от 7.05.2012 № 598 «О совершенствовании государственной политики в сфере здравоохранения».

- повысить к 2018 г. среднюю заработную плату работников медицинских организаций, имеющих высшее медицинское (фармацевтическое) образование – до 200% от средней заработной платы в соответствующем регионе; преподавателей образовательных учреждений высшего профессионального образования и научных сотрудников – до 200%; среднего медицинского (фармацевтического) персонала – до 100%³;
- создать прозрачный механизм оплаты труда руководителей организаций, финансируемых за счет бюджетных ассигнований федерального бюджета, установив соотношение средней заработной платы руководителей и работников этих организаций⁴;
- до 1 мая 2013 г. разработать комплекс мер по обеспечению системы здравоохранения РФ медицинскими кадрами, предусмотрев принятие в субъектах РФ программ, направленных на повышение квалификации медицинских кадров, проведение оценки уровня их квалификации, поэтапное устранение дефицита медицинских кадров, а также дифференцированные меры социальной поддержки медицинских работников⁵;
- уточнить в Программе государственных гарантий (ПГГ) бесплатного оказания гражданам медицинской помощи показатели сроков ожидания гражданами медицинской помощи;

- разработать и утвердить комплекс мер, направленных на развитие первичной медико-санитарной помощи, предусмотрев оснащение и укомплектование медицинских организаций в соответствии с порядками оказания медицинской помощи⁶;
- предусмотреть в бюджетах субъектов Российской Федерации бюджетные ассигнования на финансирование системы здравоохранения субъектов Российской Федерации не ниже уровня, установленного на 2015 г.⁷.

III. Главное, что было сделано в системе здравоохранения

1) Принята Государственная программа «Развитие здравоохранения» (утверждена Распоряжением Правительства РФ от 24.12.2012 № 2511-р). В этой программе расписаны показатели по годам и сформированы 11 подпрограмм. Однако в ней **не выделены** важнейшие приоритеты (здоровье детей и подростков, здоровье мужчин трудоспособного возраста), **недостаточно** представлены механизмы реализации, показатели программы **не сбалансированы с требуемыми ресурсами** (кадровыми, финансовыми и др.) и с другими нормативными документами. Часть подпрограмм представляет описание текущей деятельности Минздрава.

2) Приняты «дорожные карты» (Распоряжение Правительства РФ от 28.12.2012 № 2599-р и соответствующие письма и приказы Минздрава⁸), которые предусматривали

³ Указ Президента РФ от 7.05.2012 № 597 «О мероприятиях по реализации государственной социальной политики».

⁴ Там же.

⁵ Указ Президента РФ от 7.05.2012 № 598 «О совершенствовании государственной политики в сфере здравоохранения».

⁶ Поручение Президента РФ от 9.11.2015 № Пр-2335.

⁷ Там же.

⁸ Приказ Минздрава России от 29.12.2012 № 1706 «Об утверждении Методических рекомендаций по разработке органами исполнительной власти субъектов Российской Федерации планов мероприятий (“дорожных карт”) “Изменения в отраслях социальной сферы, направленные на повышение эффективности здравоохранения в субъекте Российской Федерации”». Письмо Минздрава России от 11.03.2014 № 16-3/10/1-1084 «Рекомендации по внесению изменений в региональные “дорожные карты”, направленные на повышение эффективности здравоохранения».

сокращение объемов скорой и стационарной медицинской помощи, **снижение** числа коек и наращивание платных медицинских услуг в государственных медицинских организациях.

3) Построено и находится в процессе строительства 32 перинатальных центра (Распоряжение Правительства РФ от 9.12.2013 № 2302-р). На это с 2013 г. из федеральных средств было выделено около **50 млрд руб.**⁹, что вместе со средствами субъектов РФ составило около **80 млрд руб.** Однако стоимость спасения жизни одного младенца с низкой массой тела в РФ оказалась **в 3 раза выше**, чем в США в сопоставимых ценах¹⁰.

4) Введена диспансеризация [Приказы Минздрава от 21.12.2012 № 1346н и от 03.02.2015 № 36ан (ранее приказ от 03.12.2012 № 1006н)]. Идеологически это было сделано правильно, однако на ее реализацию и на последующее лечение заболевших **не предусмотрены необходимые ресурсы**. Так, средства на проведение диспансеризации были выделены из общего объема финансирования первичной медико-санитарной помощи (около **107 млрд руб.** за 3 года). А обеспеченность врачами первичного звена, которые должны оказывать помощь и потоку заболевших, и потоку проходящих диспансеризацию, **сократилась на 2%** (см. таблицу). В результате еще больше возросла трудовая нагрузка на медицинский персонал. Дополнительных средств на оказание специализированной медицинской помощи для лечения вновь выявленных случаев заболеваний также **не выделено** (с 2012 по 2016 г. общий объем финансирования бесплатной медицинской помощи сократился на 7% в ценах 2012 г.).

5) Приняты Приказы Минздрава, однако многие из них **не согласованы** между собой и с нормами действующих федеральных зако-

нов, **не сбалансированы** с имеющимися кадровыми и материально-техническими ресурсами здравоохранения, а также они увеличивают **непроизводительный** документооборот и **неэффективные** проверки. Установленные нормативными документами тарифы ОМС по оплате медицинской помощи **не позволяют** сохранить имеющиеся маломощные учреждения в сельской местности и труднодоступных районах (см. Приложение 1).

IV. Объективные показатели результатов деятельности системы здравоохранения в 2016 г.

Показатели здоровья населения

Ожидаемая продолжительность жизни при рождении в России с 2012 по 2015 г. выросла на 1,2 года и составила 71,4 года. Это **на 6,2 года ниже**, чем в «новых-8» странах ЕС¹¹, сопоставимых с Россией по уровню экономического развития (рис. 1).

Общий коэффициент смертности (ОКС) последние 4 года стагнирует на уровне 13,0 случаев на 1 тыс. населения (2013 г. – 13,0 случаев на 1 тыс. населения, 2014 г. – 13,1 случая, 2015 г. – 13,0 случаев, 2016 г. – 12,9 случая). По данным Росстата, за 2 мес 2017 г. число умерших от всех причин на 100 тыс. населения выросло на 1,1% по сравнению с аналогичным периодом прошлого года.

Младенческая смертность (число умерших в возрасте до 1 года на 1 тыс. родившихся живыми) **существенно снизилась** с 2012 по 2016 г. – **на 30%** (с 8,6 до 6,0 случаев). Однако следует отметить, что этот показатель по-прежнему **в 1,5 раза выше**, чем в «новых-8» странах ЕС, и в 1,8 раза выше, чем в «старых» странах ЕС (рис. 2).

⁹ <https://ria.ru/society/20161020/1479664141.html>.

¹⁰ Беккер Ч., Нигматулина Дж. Стоит ли использовать высокотехнологичную медицину в стране со средним уровнем дохода? Перинатальные центры России // ОРГЗДРАВ: новости, мнения, обучение. Вестник ВШОУЗ. 2016. № 3–4. С. 64–82.

¹¹ «Новые-8» страны ЕС включают Венгрию, Латвию, Литву, Польшу, Словакию, Словению, Чехию и Эстонию, которые имеют сопоставимый с РФ ВВП на душу населения – 25–26 тыс. \$ ППС на душу населения.

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

Наименование показателя	2012 г. (без Крыма)	2015 г. (с Крымом)	2015 г. к 2012 г.
<i>Амбулаторно-поликлиническая помощь</i>			
Число самостоятельных амбулаторно-поликлинических учреждений	2718	1412	-48%
Число посещений на одного жителя в год (всего)	9,5	8,8	-7%
Общая заболеваемость, число случаев	232,97 (с учетом Крыма**)	234,33	+1,4 млн
Численность врачей первичного контакта (участковые врачи-терапевты, участковые врачи-педиатры и врачи общего профиля)	70 895 (с учетом Крыма)	70 894	-1
Обеспеченность врачами первичного контакта на 1 тыс. населения	0,49	0,48	-2%
<i>Стационарная помощь</i>			
Число больничных учреждений (больницы и диспансеры)	5268	4688	-11%
Численность коечного фонда	1 220 995 (с учетом Крыма)	1 097 134	-123 861
Обеспеченность коечным фондом на 10 тыс. населения	8,4	7,5	-11%
Средняя занятость койки, число дней	323	319	-1%
Внутрибольничная летальность	1,55%	1,71%	+10%
Число госпитализаций на 100 человек в год	21,0	19,1	-9%
Численность врачей (по данным Минздрава России)	550 648 (с учетом Крыма)	543 604	-7044
Обеспеченность врачами на 10 тыс. населения	37,8	37,1	-2%
Число лиц, которым оказана медицинская помощь, при выездах скорой медицинской помощи на 1 жителя	0,310	0,314	+1%
<i>Медицинская помощь в сельской местности</i>			
Врачебные амбулатории	4109	4264	+4%
Участковые больницы	1719	1307	-24%
Фельдшерско-акушерский пункт (ФАП)	34 733	32 803	-6%
Фельдшерский пункт (ФП)	1868	2073	+11%
ФАП и ФП	36 601	34 876	-5%
Численность среднего медицинского персонала, работающего в ФАПе, ФП	41 275	37 446	-9%
из них: фельдшеры	24 510	22 894	-7%

* По данным ЦНИИОИЗ. ** Для сопоставимости данные за 2012 г. представлены с учетом Крыма и Севастополя путем прибавления значения показателя по Крыму и Севастополю за 2014 г. или 2015 г. к базе 2012 г.

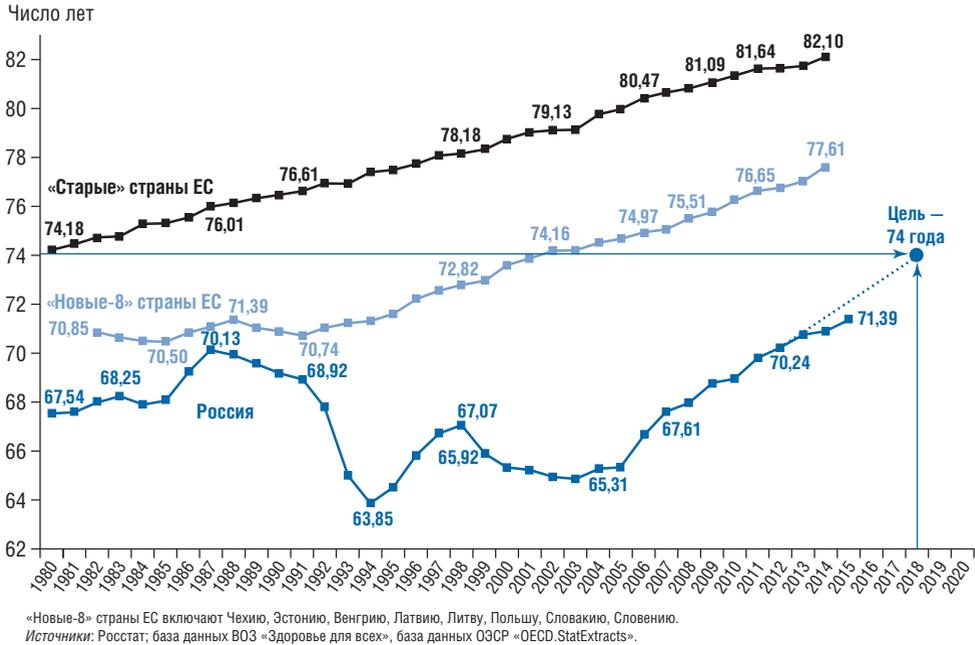


Рис. 1. Динамика ожидаемой продолжительности жизни при рождении в России, «новых-8» и «старых» странах Евросоюза

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

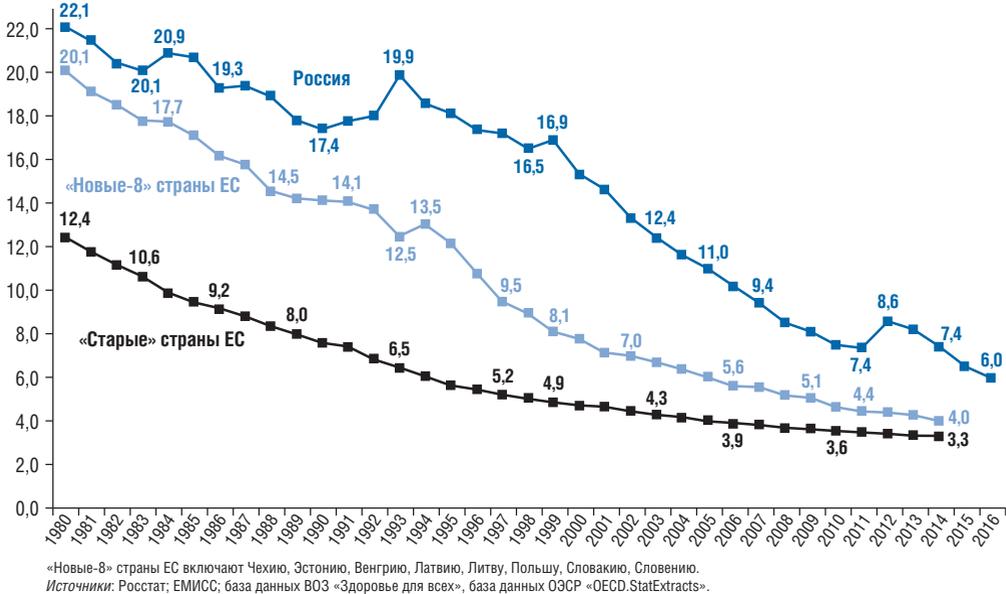


Рис. 2. Динамика коэффициента младенческой смертности в России, «новых-8» и «старых» странах Евросоюза

Необходимо отметить, что младенческая смертность составляет **0,6% в общей** смертности населения РФ (11,4 тыс. из 1,9 млн умерших в 2016 г.). Когда Минздрав России сообщает, что младенческая смертность в РФ ниже, чем в Европе, имеется в виду Европейский регион ВОЗ. В него наряду со странами ЕС входят также страны, в которых сохраняются **очень высокие** показатели младенческой смертности¹²: Азербайджан (9,8 случая на 1 тыс. родившихся живыми), Армения (8,7), Грузия (9,5), Казахстан (9,8), Кыргызстан (19,9), Республика Молдова (9,6), Россия (7,4), Румыния (8,4), Таджикистан (11,8), Туркменистан (18,3), Узбекистан (10,7), Украина (7,9). Это и дает более высокое значение показателя младенческой смертности по Европейскому региону – 6,6 случая на 1 тыс. родившихся живыми.

Вероятность смерти детей до 5 лет (число умерших в возрасте от 0 до 5 лет на 1 тыс. родившихся живыми) в России в 2015 г. была в **1,7 раза выше**, чем в «новых-8» странах ЕС, и в 2 раза выше, чем в «старых» странах ЕС¹³.

Смертность детей от 0 до 14 лет от всех причин смерти в России с 2012 по 2015 г. снижается, однако в 2015 г. она составила 78,1 случая на 100 тыс. населения соответствующего возраста, что в **2 раза выше**, чем в «новых-8» странах ЕС, и в 2,6 раза выше, чем в «старых» странах ЕС.

Общая заболеваемость населения в России в 2015 г. по сравнению с 1990 г. выросла на 50% (рис. 3). Соответственно, вырос поток больных в лечебные учреждения. При этом с 2012 по 2015 г. общая заболеваемость **выросла на 1,4 млн** людей и достигла 234,3 млн чел. (сопоставимые расчеты с учетом Крыма).

Доля инвалидов трудоспособного возраста по сравнению с 1995 г. выросла на **9 п.п.**

и сегодня составляет почти **половину** от всех впервые признанных инвалидами (рис. 4), причем эта тенденция сохраняется.

Первичная заболеваемость детей и подростков в РФ с 1990 г. **существенно выросла** практически по всем классам болезней, а доля детей, рожденных больными или заболевших в период новорожденности по сравнению с советским временем (1990 г.) **выросла в 2 раза**¹⁴.

Эффективность расходов в здравоохранении

С 2012 по 2016 г. общие государственные расходы на здравоохранение в РФ выросли на **37%** в текущих ценах (соответственно – с 2283 до 3124 млрд руб.¹⁵). В постоянных ценах (с учетом инфляции) они сократились **на 7%** (соответственно – с 2283 до 2133 млрд руб. в ценах 2012 г.). В 2016 г. доля государственных расходов на здравоохранение в ВВП в России была в **1,5 раза ниже**, чем в «новых-8» странах ЕС, имеющих сопоставимый с РФ уровень экономического развития (соответственно – 3,6 и 5,4%).

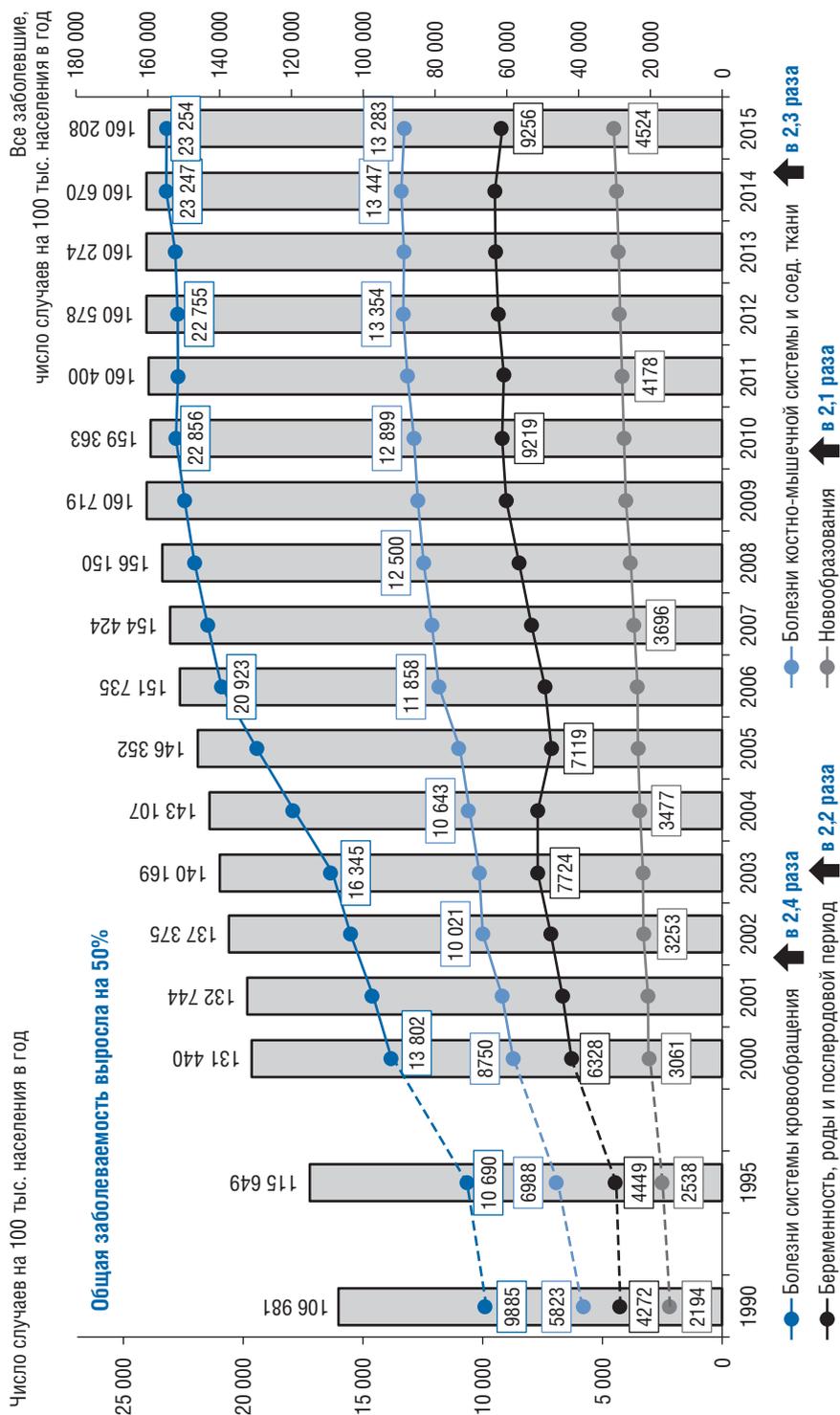
Следует отметить, что имеющиеся финансовые ресурсы здравоохранения **не во всех субъектах РФ тратились эффективно**, т.е. не на приоритетные нужды здравоохранения. Эффективность означает возможность добиться лучших результатов за меньшие средства. Рейтинг, или индекс эффективности, рассчитывали на основании 4 показателей, и каждый из них имеет свой удельный вес при подсчете баллов: ожидаемая продолжительность жизни при рождении, валовой региональный продукт на душу, подушевые государственные расходы на здравоохранение, продажа крепких алкогольных напитков на душу населения. Индекс эффективности деятельности систем здравоохранения в субъектах РФ показал, что большинство регионов могут добиться

¹² Данные представлены за 2014 г., согласно базе данных ВОЗ «Здоровье для всех».

¹³ Улумбекова Г.Э., Калашникова А.В., Мокляченко А.В. Показатели здоровья детей и подростков в России и мощности педиатрической службы // ОРГЗДРАВ: новости, мнения, обучение. Вестник ВШОУЗ. 2016. № 3–4. С. 18–33.

¹⁴ Там же.

¹⁵ По данным Казначейства РФ; <http://www.roskazna.ru/ispolnenie-byudzhetrov/konsolidirovannyj-byudzhzet>.



Данные с 1990 по 2004 г. представлены согласно сборникам Росстата «Здравоохранение России»; с 2005 по 2013 г. – согласно базе ЕМИСС; за 2014–2015 гг. – согласно Государственному докладу Минздрава России (с учетом Крымского ФО).

Рис. 3. Динамика общей заболеваемости населения в России

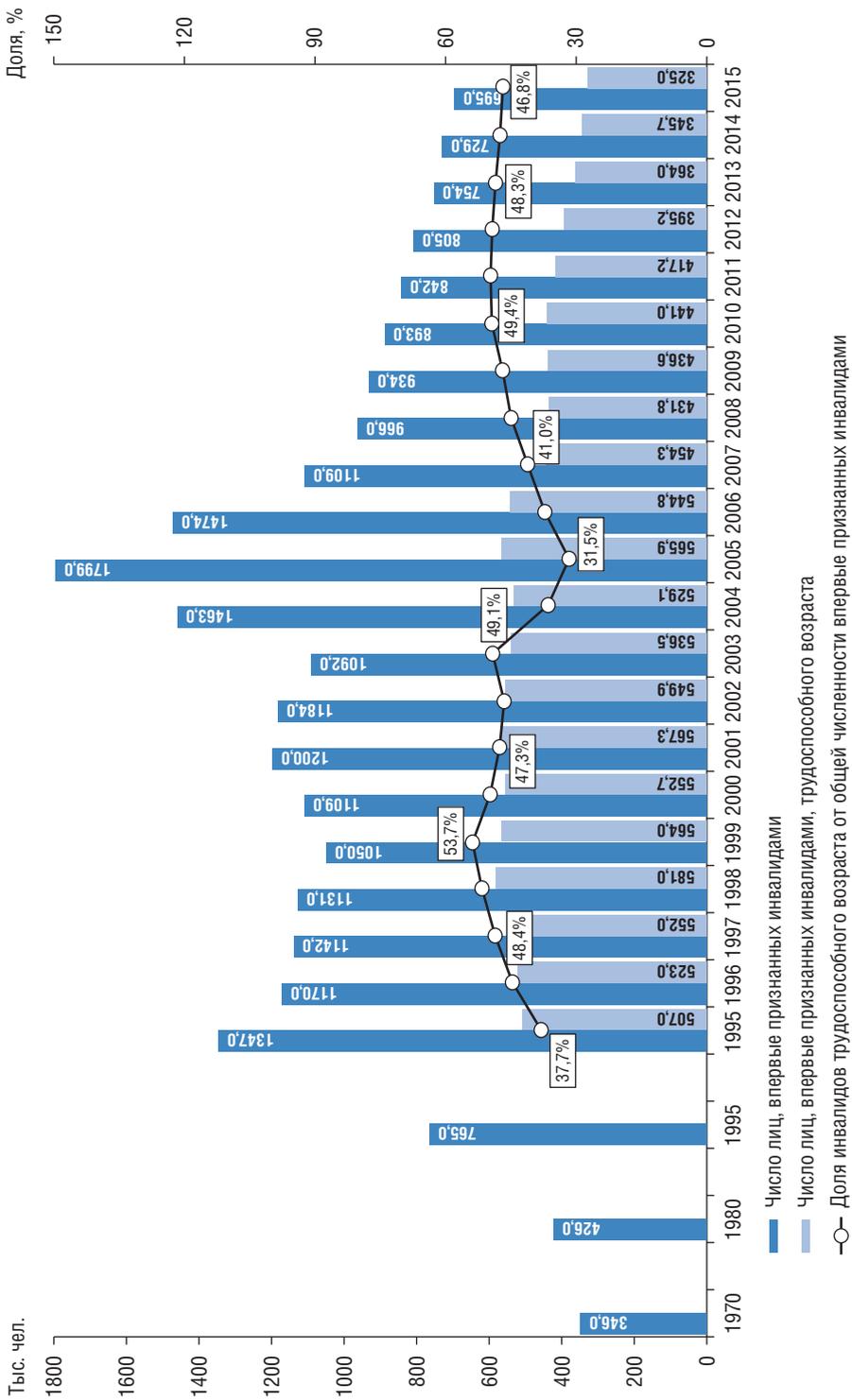


Рис. 4. Динамика числа лиц, впервые признанных инвалидами, в России

более высоких значений ожидаемой продолжительности жизни (как минимум увеличить **на 1 год**) даже при имеющихся финансовых, кадровых и материально-технических ресурсах. Подробнее о рейтинге эффективности читайте в статье «Индекс эффективности 85 регионов РФ по здравоохранению» на с. 23 этого номера журнала.

Объемы медицинской помощи и обеспеченность здравоохранения ресурсами

Данные по объемам медицинской помощи, материально-техническому и кадровому обеспечению здравоохранения России в 2012 и 2015 гг. представлены в таблице.

Из таблицы следует, что с 2012 по 2015 г. практически по всем видам медицинской помощи произошли сокращения ее объемов – число посещений амбулаторно-поликлинических учреждений **сократилось на 7%**, число госпитализаций – **на 9%** (с учетом Крыма в 2015 г.). Сократилась также обеспеченность **практикующими** врачами **на 2%** и стационарными койками – **на 11%** (сопоставимые расчеты с учетом Крыма). Существенные сокращения произошли в здравоохранении сельской местности. При практически той же численности сельского населения (37–38 млн чел.) число участковых больниц **сократилось на 24%**, число ФП и ФАП – **на 5%** (с учетом Крыма в 2015 г.). При этом рост числа врачебных амбулаторий на 4% не может компенсировать эти изменения. На этом фоне в стационарах России существенно возрос показатель внутрибольничной летальности – **на 10%** (с 1,55 до 1,71).

Непрерывное повышение квалификации медицинских кадров

Процесс внедрения системы непрерывного повышения квалификации медицинских кадров,

начатый в 2013 г. по инициативе Минздрава России и профессиональных обществ, в настоящий момент **практически остановился**. В частности, этому мешает то, что Минздрав **не предусмотрел** дополнительные финансовые ресурсы, для того чтобы медицинские работники смогли повышать квалификацию на рабочих местах (доступ к бесплатным дистанционным образовательным материалам), а также посещать региональные и столичные конференции, проводимые профессиональными обществами. Более того, **не приняты** поправки в действующее законодательство, которые позволили бы медицинским работникам повышать квалификацию не только в рамках формальных программ, предоставляемых образовательными организациями, но и путем посещения мероприятий, проводимых профессиональными медицинскими обществами и соответствующих установленному уровню качества¹⁶.

V. Объем государственного финансирования и экономические условия в 2017 г., демографические тенденции к 2020 г.

В 2017 г. объем запланированных финансовых средств на здравоохранение из всех бюджетных источников составляет 3035,4 млрд руб.¹⁷, что **на 3% ниже**, чем фактические расходы в 2016 г. (3124,4 млрд руб.¹⁸). При этом в реальных ценах запланированные расходы сократятся **на 7%** (при условии, что инфляция в 2017 г. составит 4%).

Из фактически расходованных средств в 2016 г. на оказание медицинской помощи (программу государственных гарантий) было потрачено около 85%, или 2656 млрд руб. Из них фонд оплаты труда с начислениями составил около 70% (или 1860 млрд руб.). Из

¹⁶ Улумбекова Г.Э., Балкизов З.З. Непрерывное медицинское образование в России: что уже сделано и пути развития // ОРГЗДРАВ: новости, мнения, обучение. Вестник ВШОУЗ. 2016. № 3–4. С. 37–49.

¹⁷ Согласно выступлению министра здравоохранения РФ; <https://www.rosminzdrav.ru/news/2016/11/01/3244-veronika-skvortsova-konsolidirovannyy-byudzhnet-predusmotrennyy-na-zdravoohranenie-v-2017-godu-budet-uvelichen>.

¹⁸ Предварительные данные по Казначейству РФ (итоги расходов на 1 января 2017 г.).

этого следует, что меры по дальнейшему увеличению заработной платы медицинских работников и повышению доступности медицинской помощи для населения могут осуществляться только за счет перераспределения расходов других статей или дополнительных средств. Для этого необходимо определить приоритетные статьи расходов.

По прогнозам Минэкономразвития, в 2017 г. по сравнению с 2016 г. показатели, характеризующие экономическое положение страны, будут **расти медленными темпами**: ВВП вырастет лишь на **0,6%**, реальные располагаемые доходы населения – на **0,2%**¹⁹.

По демографическим прогнозам Росстата, с 2016 по 2020 г. число граждан трудоспособного возраста снизится на **4%** (с 84,2 до 80,9 млн чел.), число граждан старше трудоспособного возраста возрастет на **7%** (с 36,0 до 38,5 млн чел.), число детей увеличится на **7%** (с 26,3 до 28,2 млн чел.). Это требует соответствующих изменений в объемах медицинской помощи и в кадровых ресурсах системы здравоохранения.

VI. Неотложные меры в системе здравоохранения в 2017–2018 гг. и приоритетные направления стратегического развития до 2025 г.

Предлагаются следующие приоритетные направления политики здравоохранения в 2017–2025 гг.:

1. Сбережение здоровья российских мужчин (совместно с работодателями).
2. Сбережение здоровья детей и подростков (совместно с Минобрнауки).
3. Доступность медицинской помощи на селе (по восстановлению фельдшерских пунктов и врачебных амбулаторий на селе).
4. Программы по охране здоровья российских граждан должны включать пропаганду массовых занятий спортом, улучшение условий

возрождения норм ГТО, что потребует объединения усилий Минздрава, Минспорта, Минобрнауки, МВД, Государственной Думы РФ, крупных работодателей (ОАО «РЖД», Сбербанк, Газпром и др.), объединений работодателей (РСПП, «Опора России», «Деловая Россия»), различных организаций в защиту детей и др.

5. Программы по медико-социальному уходу (в том числе на дому) за старшим поколением российских граждан.

6. Программа по повышению качества медицинской помощи и безопасности пациентов.

В 2017–2018 гг. необходимо сформировать соответствующие вышеназванным приоритетам программы, определив, какие ресурсы нам необходимы для достижения поставленных целей, каким образом мы будем мотивировать и контролировать участников системы, а также определить механизмы реализации программ. Для полномасштабной реализации этих программ с 2019 г. потребуются поэтапное повышение государственного финансирования здравоохранения как минимум до 5% ВВП, или в 1,5 раза по отношению к уровню 2016 г.

Одновременно в 2017–2018 гг. в здравоохранении РФ необходимо **срочно** приступить к реализации следующих мер:

- 1) **Снизить непроизводительные издержки.** Среди этих мер: уменьшить закупки и потребление малоэффективных лекарств; ввести минимальный стандарт назначений по самым распространенным заболеваниям и состояниям, что снизит излишние назначения; ввести финансовый контроль над закупками (создание единой системы учета финансовых затрат и отчетности в лечебно-профилактических учреждениях); устранить излишнюю отчетность в медицинских организациях; устранить страховые медицинские организации из цепочки доведения финансовых средств до ЛПУ.
- 2) **Перераспределить статьи расходов в здравоохранении с менее на более приоритетные.** Например, потребуется временно

¹⁹ Прогноз социально-экономического развития Российской Федерации на 2017 г. и плановый период 2018–2019 гг. (письмо Минэкономразвития России от 10.10.2016 № 30792-АУ/Д03и).

остановить капитальное строительство (кроме ФАП и врачебных амбулаторий); уменьшить расходы на лечение части орфанных заболеваний (выделить для них отдельный фонд за счет средств федерального бюджета); обсудить с медицинскими специалистами акушерами-гинекологами и педиатрами возможность возвращения критерия живорождения с 500 г до 1 кг и тем самым устранить неэффективные расходы на выхаживание 500-граммовых младенцев.

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

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

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

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

Реализация вышеперечисленных мер должна происходить при активном участии всех уровней системы здравоохранения – от федерального министерства и региональных органов управления здравоохранением до головных лечебных учреждений в муниципальных образованиях, проходить **под личным контролем глав субъектов РФ с активным участием глав муниципальных образований и населения.** Все эти меры даже в ситуации **ограниченных** ресурсов системы здравоохранения позволят увеличить ОПЖ российских граждан и **повысить удовлетворенность населения медицинской помощью.**

Приложение 1

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

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

II. Отменить Приказ Минздрава России от 15.07.2016 № 520н «Об утверждении критериев оценки качества медицинской помощи». По этому приказу медицинские организации вынуждены будут отчитываться по **450 показателям.** Этот приказ существенно повысит объем непроизводительной отчетности, поскольку для оценки КМП в медицинских организациях, как правило, используется

не более 10–12 ключевых показателей. И самое главное – без системных мер по обеспечению КМП и безопасности пациентов в медицинских организациях этот приказ не приведет к положительным результатам.

III. Привести в соответствие приказы по обеспечению и контролю КМП. Имеющаяся сегодня нормативная база по контролю КМП **избыточна** – имеется множество действующих нормативных документов (более 14), в которых методики измерения и показатели КМП **не согласованы** между собой и **не соответствуют** международным нормам²⁰.

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

V. Отменить штрафы медицинских организаций по результатам проведенных медико-экономического контроля (МЭК), медико-экономической экспертизы (МЭЭ) и экспертизы качества медицинской помощи (ЭКМП)²¹. Санкции, накладываемые на медицинские организации по результатам ЭКМП, приводят к сокрытию нарушений, а не к позитивным изменениям – уровень нарушений в течение 4 последних лет остается практически на одном и том же уровне – около 30% от всех рассмотренных случаев. Дополнительно деятельность медицинских организаций контролируется Росздравнадзором, по данным которого число нарушений в 2013 г. составляло 40%, в 2016 г. – 49% от числа проверенных случаев²², число административных штрафов с 2013 по 2016 г. выросло **в 6 раз**, а сумма штрафов – в 3,7 раза. Все это говорит об избыточности контрольных мер и **отсутствии профилактики** нарушений.

VI. Отменить норму об обязательности исполнения медицинскими организациями порядков оказания медицинской помощи (Федеральный закон от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в РФ»), поскольку большинство этих порядков не согласованы с нормативами оказания медицинской помощи, рассчитанными на основании ПГГ. Например, при оказании акушерской и гинекологической помощи, согласно Порядкам оказания медпомощи, на одного врача по расчетам приходится 10 коек, а по территориальной ПГГ (ТПГГ) – 15 коек, при оказании оториноларингологической помощи по ТПГГ рекомендовано 12 коек на одного врача, а по Порядкам – 20 коек²³. Более того, неисполнение порядков в большинстве случаев связано с **отсутствием требуемых** кадровых и материально-технических ресурсов, что по большей части не зависит от руководства медицинской организации и упирается в системные проблемы отрасли.

VII. Привести нормативы сроков ожидания различных видов медицинской помощи к реальным возможностям системы здравоохранения РФ. В ПГГ установлены сроки ожидания пациен-

²⁰ Улумбекова Г.Э. Управление качеством медицинской помощи в РФ: от планирования до улучшения. Планирование качества медицинской помощи в РФ: анализ действующей нормативной базы и показатели качества медицинской помощи // ОРГЗДРАВ: новости, мнения, обучение. 2016. № 2. С. 43–62.

²¹ Сегодня эти меры установлены Федеральным законом от 29.11.2010 № 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в РФ» (ст. 28, п. 3) и Приказом ФФОМС от 01.12.2010 № 230 «Об утверждении Порядка организации и проведения контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию».

²² Доля проверок, по итогам проведения которых выявлены правонарушения, среди всех проверок, проведенных в отношении юридических лиц, индивидуальных предпринимателей (по данным Росздравнадзора).

²³ Хабриев Р.У., Шипова В.М., Маличенко В.С. Государственные гарантии медицинской помощи. М. : ГЭОТАР-Медиа, 2017. 232 с.

тами различных видов медицинской помощи (раздел VIII). Например, консультацию врача-специалиста пациенты должны ожидать **14 календарных дней** со дня обращения, плановую госпитализацию – **30 календарных дней** со дня выдачи лечащим врачом направления. Вместе с тем сомнительно, чтобы в России сроки ожидания медицинской помощи были бы короче, чем в Германии, где консультацию врачей-специалистов ожидают **около 30 дней**, а плановую госпитализацию – **не более 35 дней**. Поскольку в Германии, во-первых, потоки больных значительно ниже, чем в нашей стране, а финансирование государственной системы здравоохранения **в 5,2 раза выше** в сопоставимых ценах, обеспеченность практикующими врачами – **на 11% выше**, обеспеченность стационарными койками – **на 12% выше**, чем в России.

VIII. Привести в соответствие Приказ Минздрава № 290н «Об утверждении типовых отраслевых норм времени на выполнение работ, связанных с посещением одним пациентом врача-педиатра участкового, врача-терапевта участкового, врача общей практики (семейного врача), врача-невролога, врача-оториноларинголога, врача-офтальмолога и врача-акушера-гинеколога». В этом приказе указано, что время трудозатрат врача-участкового на прием пациента составляет **15 мин**, а в ПГГ установлено – **20 мин**²⁴. Установленные нормативы трудозатрат врачей не соответствуют реальной численности врачей участковой службы и специалистов в поликлиниках. Очевидно, если нормативно установить время приема пациента (15–20 мин), при той же численности врачей и таком же потоке пациентов это приведет лишь к удлинению сроков ожидания. Однако сроки ожидания, установленные в ПГГ, остались прежними: на прием к участковому врачу пациенты должны попасть в течение 24 ч от момента обращения.

IX. Привести нормативы ПГГ в соответствие с потребностями населения в медицинской помощи и современными технологиями оказания медицинской помощи. Нормативы ПГГ были установлены по объемам помощи, сложившимся в советское время и мало изменились с тех пор. Однако к 2015 г. общая заболеваемость населения выросла на 50%. Это означает, что существенно увеличались и потоки больных, нуждающихся в оказании медицинской помощи. Кроме того, увеличивается доля пожилых граждан, соответственно, для них нужно интенсивно развивать услуги по длительному уходу или медико-социальной помощи.

X. Привести нормативы ПГГ и другие документы Минздрава в соответствие с современными научными данными. Так, мировой медицинской практикой доказано, что занятость больничной койки в году более **310 дней** приводит к росту инфекционных осложнений²⁵. Однако при формировании ТПГГ Минздравом установлено, что этот показатель в российских больницах должен составлять **340 дней в году**²⁶! Более того, по этому показателю определяется эффективность использования коечного фонда. Кроме того, в развитых странах считается, что более **4 коек** на 1 пост медицинской сестры в хирургическом отделении также приводит к росту инфекционных осложнений²⁷. А у нас в ПГГ указан показатель – **15 коек** на пост.

²⁴ Информационное письмо Минздрава России от 23.12.2016 № 11-7/10/2-8304 «О формировании и экономическом обосновании территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2017 г. и плановый период 2018 и 2019 гг.».

²⁵ Jones R. Volatility in bed occupancy for emergency admissions // Br. J. Healthcare Manag. 2011. Vol. 17, N 9. P. 424–430; Tackling healthcare associated infections through effective policy action. London : British Medical Association, 2009. 44 p.

²⁶ Информационное письмо Минздрава России от 23.12.2016 № 11-7/10/2-8304 «О формировании и экономическом обосновании территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2017 год и плановый период 2018 и 2019 годов».

²⁷ Tanasescu M., Leitzmann M.F., Rimm E.B., Willett W.C., Stampfer M.J., Hu F.B. Exercise type and intensity in relation to coronary heart disease in men // JAMA. 2002. Vol. 288 (16): 1994–2000.

СВЕДЕНИЯ ОБ АВТОРЕ

Улумбекова Гузель Эрнстовна – доктор медицинских наук, руководитель Высшей школы организации и управления здравоохранением (ВШОУЗ), председатель правления Ассоциации медицинских обществ по качеству медицинской помощи и медицинского образования (АСМОК), руководитель комиссии по непрерывному медицинскому образованию Национальной медицинской палаты (Москва)
E-mail: nmo@asmok.ru

Индекс эффективности 85 регионов РФ по здравоохранению

Гиноян А.Б.¹,
Улумбекова Г.Э.¹,
Чабан Е.А.^{2, 3}

¹ Высшая школа организации и управления
здравоохранением (ВШОУЗ), Москва
² ФГБУ «Российская академия наук», Москва
³ ФГБУН «Институт биохимической физики
им. Н.М. Эмануэля» РАН, Москва

Высшая школа организации и управления здравоохранением (ВШОУЗ) разработала и составила рейтинг эффективности систем здравоохранения 85 регионов РФ за 2015 г. Этот рейтинг показал, что большинство из них могут добиться более высоких значений ожидаемой продолжительности жизни при имеющихся финансовых, кадровых и материально-технических ресурсах. Все дело в эффективности управления.

Ключевые слова:

рейтинг (индекс) эффективности систем здравоохранения, регионы РФ, ожидаемая продолжительность жизни при рождении

ОРГЗДРАВ: новости, мнения, обучение. Вестник ВШОУЗ. 2017. № 1. С. 23–28.

Статья поступила в редакцию: 03.03.2017. Принята в печать: 21.03.2017.

Efficiency index on health care at 85 regions of the Russian Federation

*Ginoyan A.B.¹,
Ulumbekova G.E.¹,
Chaban E.A.^{2, 3}*

¹ High School Organization and Management
of Health, Moscow

² Russian Academy of Sciences, Moscow

³ Institute of Biochemical Physics named
after N.M. Emanuel, Russian Academy
of Sciences, Moscow

The Higher School of Healthcare Organization and Management (VSHOUZ) was developed and made the rating of efficiency of health care systems at 85 regions of the Russian Federation for 2015 year. This rating has shown that most of them can achieve higher values of life expectancy at available financial, personnel and material and technical resources. It is all about management efficiency.

Keywords:

rating (index) of health systems efficiency, regions of the Russian Federation, life expectancy at birth

HEALTHCARE MANAGEMENT: news, views, education.

Bulletin of VSHOUZ. 2017; (1): 23–8.

Received: 03.03.2017. Accepted: 21.03.2017.

О методике построения рейтинга

Индекс эффективности систем здравоохранения регионов РФ, который разработала аналитическая лаборатория ВШОУЗ, основан на международной практике проведения подобных расчетов. Эффективность означает возможность добиться лучших результатов за меньшие средства. Рейтинг, или индекс эффективности, рассчитывается на основании 4 показателей, и каждый из них имеет свой удельный вес при подсчете баллов (рис. 1).

Для составления рейтинга использовали наиболее актуальные данные Росстата по всем показателям за 2015 г. (с поправкой – делением на коэффициент удорожания, чтобы расходы были сопоставимыми) и данные казначейства. Первый и главный показатель – ожидаемая продолжительность жизни при рождении (ОПЖ).

По нему судят, каково здоровье населения и, соответственно, как работает система здравоохранения. Тот регион, который из всех 85 субъектов РФ имеет самое большое значение ОПЖ, получает 50 баллов, самое низкое ОПЖ – 0 баллов. Самое высокое ОПЖ – в Республике Ингушетия – 80,1 года, соответственно, по этому показателю регион набирает 50 баллов.

Далее, анализируют 3 показателя, влияющие на здоровье населения: валовой региональный продукт (ВРП), подушевые государственные расходы на здравоохранение и уровень потребления крепких алкогольных напитков в расчете на душу населения. ВРП на душу населения отражает уровень экономического развития субъекта РФ, от его значения косвенно зависят региональные расходы на здравоохранение и возможность населения платить за медицинские услуги из своего кармана. Подушевые государственные расходы на здравоохранение определяют объ-

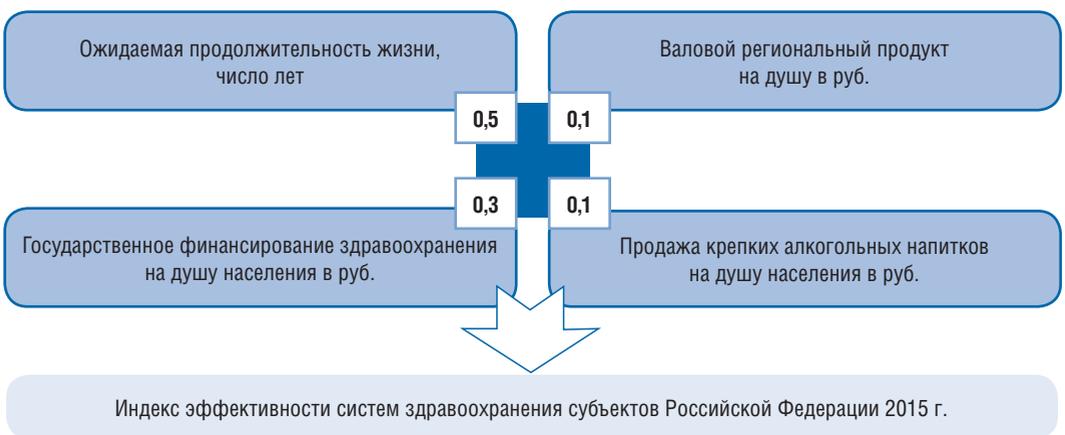


Рис. 1. Методика расчета индекса эффективности систем здравоохранения

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

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

в Дальневосточном и Уральском федеральных округах, соответственно, регионы этих округов набирают большие баллы.

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

Стоит отметить, что устоявшееся мнение о том, что от деятельности системы здравоохранения здоровье населения зависит мало, – это миф. Доказано, что в системах здравоохранения, где расходы на здравоохранение на душу населения меньше 2000 долларов, оцененных по паритету покупательной способности (ППС), есть прямая связь между государственным финансированием здравоохранения и здоровьем населения¹. Для справки: сегодня в России госрасходы на здравоохранение составляют около 850 долларов ППС на душу².

КТО ВЫШЕЛ В ЛУЧШИЕ

В первую десятку рейтинга входит большинство регионов Северо-Кавказского федерального округа (СКФО): республики Дагестан, Кабардино-Балкария и Карачаево-Черкессия, а также Ставропольский край. 3 региона из Приволжского федерального округа (ПФО) – Кировская и Пензенская области, Чувашская Республика. Из Южного федерального округа (ЮФО) в десятку вошли Республика Адыгея и Ростовская область. Из Центрального федерального округа (ЦФО) попала только Рязанская область (рис. 2). На первом месте – Республика Дагестан, в ней граждане живут до 76,4 года, почти

¹ Улумбекова Г.Э. *Здравоохранение России. Что надо делать. Краткая версия 2-го изд.* М. : ГЭОТАР-Медиа, 2016.

² По предварительным данным Казначейства РФ (умоги расходов на 01.01.2017): <http://xn--80aaaglic0an2al0d.xn--p1ai/ispolnenie-byudzhetrov/konsolidirovannyj-byudzhet/>, государственные расходы на здравоохранение (консолидированный бюджет РФ и бюджетов государственных внебюджетных фондов) составили 3124,4 млрд руб. Соответственно, на душу населения расходы составили 21,3 тыс. руб., т.е. 850 \$ППС (данные по курсу ППС представлены согласно базе данных Росстата, ЕМИСС: в 2016 г. 1 \$ППС = 25,1 руб.).

1. Республика Дагестан
2. Ставропольский край
3. Кабардино-Балкарская Республика
4. Кировская область
5. Чувашская Республика
6. Ростовская область
7. Рязанская область
8. Республика Адыгея
9. Пензенская область
10. Карачаево-Черкесская Республика

76. Республика Коми
77. Оренбургская область
78. Пермский край
79. Республика Хакасия
80. Камчатский край
81. Иркутская область
82. Еврейская автономная область
83. Магаданская область
84. Сахалинская область
85. Чукотский автономный округ

Рис. 2. 10 лучших и 10 худших регионов РФ по эффективности здравоохранения в 2015 г.

как в «новых-8» странах ЕС – Чехии, Эстонии, Венгрии, Польше, Словакии, Словении, Латвии и Литве (77,6 года в 2014 г.). При этом на здравоохранение в Дагестане тратится почти на 20% меньше, чем по РФ в среднем, и в 2,5 раза меньше, чем в названных странах ЕС.

Правда, в СКФО и ЮФО теплый климат, и граждане ведут более здоровый образ жизни, в том числе меньше потребляют горячительные напитки. С природно-климатическими условиями гражданам, конечно, повезло, но за низкие значения показателей потребления алкоголя они получили вычет из суммарного балла в рейтинге.

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

В каких регионах есть резервы для повышения эффективности здравоохранения

Удивительно, но существенные резервы эффективности здравоохранения есть в таких обе-

спеченных регионах, как г. Москва (23-е место), Республика Татарстан (24-е место), г. Санкт-Петербург (34-е место), Московская область (36-е место), Самарская область (42-е место), Тюменская область (63-е место), Республика Башкортостан (66-е место), Красноярский край (71-е место), Пермский край (78-е место). В этот список попали те регионы, которые по уровню финансирования здравоохранения и экономическому положению точно могли бы добиться лучших результатов в значении ОПЖ.

Замыкают список 10 самых низких по эффективности здравоохранения регионов – Республика Коми, Оренбургская область, Пермский край, Республика Хакасия, Камчатский край, Иркутская область, Еврейская автономная, Магаданская и Сахалинская области, а также Чукотский автономный округ (рис. 2).

Следует отметить, что некоторые регионы по сравнению с 2013 г. существенно ухудшили свои позиции в рейтинге. Так, Москва опустилась в рейтинге с 20-го на 23-е место, и это на фоне увеличения государственных расходов на 6%. Саратовская область с 12-го места попала на 20-е, Ульяновская область – с 23-го на 47-е место, Челябинская область – с 40-го на 56-е место, Смоленская область сильно ухудшила позиции и попала с 49-е на 73-е место. В основном эти изменения связаны с тем, что увеличение государственного финансирования здравоохранения, произошедшее за этот период, не привело к росту ОПЖ в названных регионах. Значит, что-то пошло не так – как в регионах, так и в целом по стране.

Где находится Россия по эффективности здравоохранения среди других стран мира

Эффективность здравоохранения стран мира ежегодно рассчитывается агентством Bloomberg. Как известно, по методике Bloomberg, в 2014 г. Россия среди 55 стран мира, достигших ОПЖ более 70 лет и имеющих валовой внутренний продукт (ВВП) на душу населения более 5 тыс. долларов США, оказалась на последнем месте. Нас обогнали бывшие страны постсоветского пространства Казахстан, Белоруссия, а также «новые» страны ЕС, близкие к РФ по уровню экономического развития (т.е. по уровню ВВП на душу населения). Среди них – Венгрия, Польша, Словакия, Чехия³.

В чем дело

Рейтинг эффективности здравоохранения регионов РФ – это, конечно, макросрез в анализе деятельности отрасли. Далее мы разделим регионы на группы, близкие по климатогеографическим условиям и плотности проживания населения. Затем нужно искать причины, почему одни регионы за самые скромные средства, потраченные на здравоохранение, смогли добиться более высоких значений продолжительности жизни граждан, а другие – нет. Даже при больших расходах на здравоохранение и при более высоком уровне экономического развития. В чем кроются причины низкой эффективности здравоохранения в регионах?

Первая причина – это неверно выстроенные приоритеты в расходах. Например, дефицитные средства здравоохранения можно потратить на стройки и оказание дорогостоящих видов медицинской помощи, например, ЭКО, или же направить на бесплатные лекарства для большинства населения. Ведь с 2013 по 2015 г. в большинстве регионов государственные расходы на здравоо-

хранение не только не выросли, но и сократились в реальных ценах. А в такой ситуации, если по какой-то статье расходов прибыло, значит, где-то убыло. И надо следить, чтобы расходы шли только по приоритетным статьям, которые будут способствовать улучшению здоровья большинства населения. Для РФ важнейшими приоритетами должны стать улучшение здоровья детей и подростков, среди которых первичная заболеваемость по сравнению с советским временем возросла в разы (в 1,6 и 2,4 раза соответственно). Также приоритетны расходы на снижение смертности российских мужчин, которые живут почти на 8 лет меньше, чем мужчины в «новых» странах ЕС, близких к РФ по уровню экономического развития.

Вторая причина низкой эффективности здравоохранения в регионах – это дефицит врачей, особенно в амбулаторно-поликлиническом звене. Не попадешь к врачу вовремя, значит, есть риски ухудшения здоровья.

Третья причина – неудовлетворительное качество медицинской помощи. А его избыточными и неэффективными контрольными проверками не улучшить. Для этого нужны системные меры по подготовке и повышению квалификации врачей, а также внедрение стандартов безопасности пациентов в лечебных учреждениях. И наконец, чтобы система здравоохранения была эффективной, нужны грамотные управленцы, владеющие современными методами управления лечебными учреждениями. Хотим подчеркнуть: для того чтобы эффективно управлять, недостаточно быть хорошим врачом, управление – это другой вид профессиональной деятельности.

Чему нас учит рейтинг эффективности здравоохранения регионов РФ

При имеющихся ресурсах продолжительность жизни российских граждан можно уве-

³ Улумбекова Г.Э., Гинойан А.Б., Калашникова А.В., Чабан Е.А. Чему нас учит рейтинг эффективности систем здравоохранения регионов РФ // ОРГЗДРАВ: новости, мнения, обучение. 2016. № 1. С. 53–67.

личить с нынешних 71,4 года как минимум на 1 год в краткосрочной перспективе. Но при одном условии – эффективном управлении этими ресурсами. Правда, если мы планируем достичь ОПЖ, равной 74 года, как говорится в майском указе Президента РФ, потребуются увеличить государственное финансирование здравоохранения. Но еще раз подчеркнем, даже если будут дополнительные

средства, чтобы они пошли впрок здоровью населения страны, необходимо эффективное управление⁴.

Более подробно о том, что надо делать в здравоохранении регионов, чтобы подняться в рейтинге, мы поговорим на V международной конференции «Оргздрав–2017. Эффективное управление медицинской организацией», которую ВШОУЗ проводит в Москве 18–19 мая 2017 г.

СВЕДЕНИЯ ОБ АВТОРАХ

Гиноян Аргишти Багратович – аспирант Института государственной службы и управления РАНХиГС при Президенте РФ, старший научный сотрудник Научно-исследовательского центра по анализу деятельности системы здравоохранения Высшей школы организации и управления здравоохранением (ВШОУЗ) (Москва)

E-mail: agrio1q89@hotmail.com

Улумбекова Гузель Эрнстовна – доктор медицинских наук, руководитель Высшей школы организации и управления здравоохранением (ВШОУЗ), председатель правления Ассоциации медицинских обществ по качеству медицинской помощи и медицинского образования (АСМОК), руководитель комиссии по непрерывному медицинскому образованию Национальной медицинской палаты (Москва)

E-mail: nmo@asmok.ru

Чабан Екатерина Александровна – заместитель начальника Научно-организационного управления ФГБУ «Российская академия наук», старший научный сотрудник ФГБУН «Институт биохимической физики им. Н.М. Эмануэля» РАН (Москва)

E-mail: eachaban@gmail.com

⁴ Улумбекова Г.Э. Государственные расходы на здравоохранение в 2017 г., или Что надо делать отрасли в ситуации ограниченных финансовых ресурсов // ОРГЗДРАВ: новости, мнения, обучение. 2016. № 3–4. С. 8–17.

Реформа системы обязательного медицинского страхования: время не ждет

Прохоренко Н.Ф.

Общественная палата Самарской области,
правление Российского общества по организации
здравоохранения и общественного здоровья

В статье обсуждаются актуальность и возможность технологической реализации общественного запроса по прекращению участия страховых медицинских организаций в системе обязательного медицинского страхования (ОМС), рассмотрены его основные предпосылки и мотивы. Предложен вариант оптимального реформирования системы ОМС с ограничением роли страховых медицинских организаций.

Ключевые слова:

обязательное медицинское страхование, страховые медицинские организации, эффективность здравоохранения, реформа системы обязательного медицинского страхования

ОРГЗДРАВ: новости, мнения, обучение. Вестник ВШОУЗ. 2017. № 1. С. 29–35.

Статья поступила в редакцию: 15.12.2016. Принята в печать: 20.01.2017.

Reform of the compulsory medical insurance system: time is now five minutes to twelve

Prokhorenko N.F.

Civic Chamber of Samara region, Russian Society
of Public Health

The article discusses the relevance and feasibility of the technological implementation of the public request for stop of health insurance companies involvement in compulsory medical insurance system, its basic prerequisites and motives are examined. A pattern of the optimal reform of the compulsory medical insurance system with the restricted role of the health insurance companies is proposed.

Keywords:

compulsory medical insurance, health insurance companies, public health efficiency, reform of the compulsory medical insurance system

HEALTHCARE MANAGEMENT: news, views, education.

Bulletin of VSHOUZ. 2017; (1): 29–35.

Received: 15.12.2016. Accepted: 20.01.2017.

Неудовлетворенность результатами деятельности системы обязательного медицинского страхования (ОМС), возникшая через 4–5 лет ее существования, уже два десятилетия служит мотивом к реформам системы вплоть до настоятельных призывов отмены самого ОМС и перехода к бюджетной модели финансирования здравоохранения. Но если, как показано в обстоятельной аналитике [1, 2], в мире пока еще нет однозначных доказательств преимущества той или иной модели финансирования, то сторонников полного прекращения участия страховых медицинских организаций (СМО) в ОМС в нашей стране уже предостаточно.

Степень актуальности этой проблемы в последние 3 года стала так значима, что была затронута в посланиях Президента РФ В.В. Путина

Федеральному собранию 2013–2015 гг. Это стало логичным продолжением активной позиции Общероссийского народного фронта (ОНФ)¹ с вынесением тематики обсуждения на уровень пленарного заседания форума «За качественную и доступную медицину!» (7 сентября 2015 г.) с участием главы государства [3], резолюции форума [4] и конкретным, но слегка смягченным отражением в соответствующем поручении Президента РФ В.В. Путина Пр-2335, п. 1е-2 [5].

В дальнейшем усилиями членов ОНФ и региональной рабочей группы в Москве «Социальная справедливость» была проведена масштабная работа по текущей оценке роли СМО (Р.Х. Натхо, Г.Э. Улумбекова, Э.Л. Гаврилов)^{2–5}, высказано неудовлетворение полнотой исполнения поручения Президента РФ^{6–8} и текущим состоянием дел в си-

¹ В ОНФ обсудили, как преобразовать страховые медорганизации из посредников в эффективных помощников. 10 июля 2015 г. Электронный доступ: <http://onf.ru/2015/07/10/v-onf-obsudili-kak-preobrazovat-strahovye-medorganizacii-iz-nenuzhnyh-posrednikov-v>.

² Натхо Р.Х. Случаи неэффективного использования страховщиками средств системы ОМС являются непозволительными. 19 декабря 2016 г. Электронный доступ: <http://onf.ru/2016/12/19/natho-sluchai-neeftivnogo-ispolzovaniya-strahovshchikami-sredstv-sistemy-oms>.

³ Улумбекова Г.Э. Минздраву надо прекратить замалчивать проблемы и резко повысить эффективность расходования ресурсов отрасли. 16 мая 2016 г. Электронный доступ: <http://onf.ru/2016/05/16/ulumbekova-minzdravu-nado-prekratit-zamalchivat-problemy-i-rezko-povyisit-efektivnost>.

⁴ Улумбекова Г.Э. Частные посредники в реализации средств Фонда ОМС должны быть исключены. 11 ноября 2016 г. Электронный доступ: <http://onf.ru/2016/11/11/ulumbekova-chastnye-posredniki-v-realizacii-sredstv-fonda-oms-dolzhen-byt-isklyucheny>.

⁵ Гаврилов Э.Л. Страховым компаниям пора сосредоточиться не на получении прибыли, а на защите прав пациентов. 7 декабря 2015 г. Электронный доступ: <http://onf.ru/2015/12/07/gavrilov-strahovym-kompaniyam-pora-sosredotochitsya-ne-na-poluchenii-pribyli-na-zashchite>.

⁶ ОНФ проконтролировал исполнение страховыми медицинскими организациями поручения Президента Российской Федерации по расширению их обязанностей в части информирования застрахованных лиц о видах, качестве и условиях предоставления медицинской помощи. Электронный доступ: http://www.iumi.ru/news/mcsc/pr_reliz_onf.

⁷ Эксперты ОНФ: «В нормативной базе страховых компаний в системе ОМС не уточняются их обязательства перед пациентами». 27 сентября 2016 г. Электронный доступ: <http://onf.ru/2016/09/27/eksperty-onf-v-normativnoy-baze-strahovyh-kompaniy-v-sisteme-oms-ne-utochnyayutsya-ih>.

⁸ ОНФ обратится в Минздрав России с просьбой обратить внимание на эффективность работы страховых медорганизаций. 8 декабря 2016 г. Электронный доступ: <http://onf.ru/2016/12/08/onf-obratitsya-v-minzdrav-rf-s-prosбой-obratit-vnimanie-na-efektivnost-raboty-strahovyh>.

стеме ОМС⁹⁻¹¹. Последовательную позицию в обоснованной критике деятельности СМО занимает Национальная медицинская палата и ее руководитель Л.М. Рошаль, который, обращаясь к главе государства в марте 2017 г., в очередной раз призвал устранить в системе ОМС ненужных посредников: «...Давайте уберем ненужную нам систему страховых компаний, которые, как пиявки, сидят на нашем теле и не приводят к улучшению качества и доступности медицинской помощи... Вы, Владимир Владимирович, говорили, что у нас надо создать страховую систему. Согласен. Но я спрашивал у страховщиков, что это такое сегодня, и ни один не ответил, что это такое в наших сегодняшних условиях»¹². Говорилось об этом и на внеочередном съезде палаты 2015 г.¹³: в докладах экспертов на съезде были сделаны выводы о необходимости ограничения участия СМО в системе ОМС (Л.Д. Попович) или кардинального перехода к бюджетно-сметному финансированию отрасли, возможно, с сохранением вертикали ФОМС–ТФОМСы (Н.А. Кравченко). Интересны данные интерактивного опроса участников съезда (около 2000 делегатов из 83 регионов РФ): 84% против 10,3% считают, что работа СМО не приводит к улучшению качества медицинской помощи, 91% против 1,1% уверены в нецелесообразности существова-

ния СМО в сегодняшнем виде, 70,8% против 12,5% считают, что ТФОМСы без СМО способны организовать контроль качества и оплату медицинской помощи. Солидарен с мнениями врачей и президент Лиги защитников пациентов А.В. Саверский, говоря о том, что СМО это «навязанная нам услуга, лишнее звено».

Отдельное место в оценке обоснованности критического подхода к деятельности СМО в системе ОМС занимают наделавшие немало медийного шума результаты предметных экспертно-аналитических и контрольных мероприятий Счетной палаты РФ в 2014–2016 гг., представленные на тематических коллегиях^{14, 15}.

Уже 2 года подряд делается вывод о неэффективной работе СМО, распространенных дефектах информирования застрахованных, отсутствии единых подходов к проведению экспертизы и анализа первичной медицинской документации. Закономерным итогом стала рекомендация Минздраву России и ФОМС принять системные меры по перераспределению функций в системе ОМС от СМО к ТФОМСам. Так, комментируя данные Счетной палаты РФ, журналисты резюмируют: «...Нынешняя крайне косвенная роль страховщиков в здравоохранении делает их работу малоосмысленной и не влияющей на работу всей

⁹ По данным ОНФ, каждый пятый россиянин сталкивается с проблемами при получении медпомощи по ОМС. 8 июня 2016 г. Электронный доступ: <http://onf.ru/2016/06/08/po-dannym-onf-kazhdyy-pyatyy-rossiyanim-stalkivaetsya-s-problemami-pri-poluchenii>.

¹⁰ В ОНФ считают, что столичная система ОМС остается закрытой для граждан. 10 марта 2016 г. Электронный доступ: <http://onf.ru/2016/03/10/v-onf-schitayut-cto-stolichnaya-sistema-oms-ostaetsya-zakrytoy-dlya-grazhdan>.

¹¹ Попович Л.Д. В здравоохранении масса зон неэффективности. 17 ноября 2016 г. Электронный доступ: <http://mosapteki.ru/material/l-popovich-v-zdravoohranenii-massa-zon-neeftivnosti-7879-20170409>.

¹² Заседание Совета по стратегическому развитию и приоритетным проектам: Стенограмма. 21 марта 2017 г. Электронный доступ: <http://kremlin.ru/events/president/news/54079>.

¹³ Внеочередной съезд Национальной медицинской палаты. 22–23 мая 2015 г. Электронный доступ: <http://www.namedpalata.ru/?action=show&id=19551>.

¹⁴ Страховые медорганизации, получив за два года доходы свыше 50 млрд руб. из системы ОМС, не справляются с задачей защиты прав пациентов. 4 декабря 2015 г. Электронный доступ: http://www.ach.gov.ru/press_center/news/24922.

¹⁵ В 2015 г. на деятельности страховых медорганизаций система ОМС потеряла 30,5 млрд рублей, которые не пошли на оплату медпомощи. 16 декабря 2016 г. Электронный доступ: <http://www.ach.gov.ru/activities/control/29021>.

системы. Исследование СП [Счетной палаты. – *Авт.*] лишь показывает, как разнообразно страховые компании выполняют неуместную роль в нестраховом по факту здравоохранении» [6].

Все возможные перспективные подходы к развитию и оптимизации системы ОМС так или иначе затрагивают необходимость достижения большей медико-социальной и экономической эффективности системы. Наиболее простым и наглядным представляется подход, устраняющий затраты на ненужные или дублирующиеся функции. В этом плане возможность возобновления в настоящее время дискуссии о роли и месте СМО в системе ОМС выглядит наиболее актуальной.

За последние годы система учета застрахованных, планирования и оплаты медицинской помощи в рамках программ ОМС, а также проведение разноуровневой экспертизы страховых случаев приобрели весьма четкие очертания, отразив требования Федерального закона № 326-ФЗ и соответствующих подзаконных актов. Роль СМО в этой системе де-факто оказалась существенно редуцирована. Это подтверждается и тем, что даже такая новация, как свободный выбор СМО, не приобрела общегражданской значимости и не стала драйвером качественной перестройки деятельности СМО.

Основными предпосылками реформирования системы ОМС именно в этом направлении являются:

1. Номинальное присутствие представителей СМО в комиссиях по разработке территориальных программ ОМС, в то время как центры принятия решений об объемах заданий медицинским организациям (МО) и особенностях итогового тарифообразования с порядком оплаты ожидаемо находятся в региональных минздравах или в ТФОМСах (в регионах сложились индивидуальные конфигурации административных влияний и профессиональных компетенций). Это и понятно: СМО не проводят заметных самостоятельных исследований в сфере организации здравоохранения, определения фактической потребности в видах и объемах медицинской помощи, выработке научно обоснованных подходов к сравнительной оценке результативности/эффективности деятельности медицинских организаций.

2. Роль СМО как технического посредника при реализации центральной оси финансового обеспечения медицинских организаций: обработка счетов, принятие решение об оплате, оплата счета. Функции СМО при этом минимальны и практически никак не влияют на итоговую оплату медицинской помощи. Некие вариации с размером авансовых ежемесячных платежей могут быть критичны лишь для небольшой доли медицинских организаций.

3. Отсутствие возможности у СМО самостоятельного планирования объемов годового задания для МО или его изменения с привлечением собственных или дополнительных средств (запасного резерва, например, как было раньше) делают любое предметное общение МО с ними по вопросам экономического планирования пустой тратой времени и сил.

4. СМО реально влияют только на проведение медико-экономической экспертизы (зачастую демонстрируя при этом формальный подход и непрофессионализм штатных экспертов). Медико-экономический контроль в основном управляется ТФОМСами. Экспертиза качества медицинской помощи проводится экспертами из регионального реестра, которым абсолютно все равно, кто будет заказчиком этой работы.

5. Институт страховых представителей (поверенных) не демонстрирует ни эффективности, ни видимого присутствия и влияния на состояние или тенденции изменений практики оказания медицинской помощи. В целом идея индивидуального сопровождения реализуется только в топовом сегменте любых коммерческих услуг и в силу высокой себестоимости не может достичь даже минимального уровня эффективности в системах популяционного масштаба.

6. Законодательные меры по разделению финансовых рисков в системе ОМС были лишь частично обозначены в требованиях к размеру уставного капитала СМО. Однако отсутствие до сих пор правовой и технологической реализации такого риск-шеринга с использованием собственных средств СМО демонстрирует фактическую цель таких нормативных требований: ограничение конкуренции на рынке в пользу наиболее крупных СМО. Косвенным, но окончательным официальным подтверждением нестрахового

характера СМО, осуществляющих деятельность только по ОМС, послужили недавние изменения в законодательстве (Федеральный закон № 194-ФЗ от 23.07.2016), исключившие такие СМО из объектов обязательного актуарного оценивания. В справке государственно-правового управления к этому закону прямо указаны основания такого решения: «...В системе ОМС такая страховая организация не выполняет роли страховщика. В рамках ОМС СМО не заключают договоров страхования, не получают страховых премий (взносов), не рассчитывают страховых тарифов, не формируют страховых резервов и не инвестируют средств страховых резервов. Таким образом, в отношении СМО нет необходимости в анализе и количественной, финансовой оценке рисков и (или) обусловленных наличием рисков финансовых обязательств, что является предметом актуарного оценивания»¹⁶.

7. Выполнение справочно-информационной функции каждой СМО в отдельности создает основу для множества правовых и организационных неточностей, фиксируя локальные дефекты восприятия и реализации федеральных нормативных актов. Конечный результат такого информирования по результатам федерального опроса Счетной палаты РФ в настоящее время признан неудовлетворительным¹⁷. Оптимальным было бы создание электронного федерального сервиса, причем не обязательно в виде дорогостоящего колл-центра. Достаточно единого специализированного сайта с тщательно продуманной структурой меню и гипертекста. Такой электронный ресурс со временем мог бы стать основным интегратором обратной связи по технологичности и клиентоориентированности системы ОМС в целом.

8. Минимальная предполагаемая затрата и риски негативной деформации системы оказания медицинской помощи по сравнению с другими вариантами реформ.

Кроме того, номинальное присутствие СМО в неконтролируемых ими, дублирующихся и ненужных процессах утяжеляет систему ОМС, увеличивает потребление ресурсов, трудоемкость, создает лишние циклы коммуникаций, документооборота, отчетности, вносит дополнительные административные барьеры на пути решения вопросов.

Ярким примером подобной бесцельной функции до 2011 г. (более 15 лет!) было использование резерва предупредительных мероприятий: решение о его выделении на запрашиваемые МО цели принимали региональные ТФОМС или, еще чаще, орган управления здравоохранения субъекта РФ, но заявку МО обязаны были направлять только через СМО. В такой же степени бесцельной была траектория движения заявки на выделение субвенций.

Все это, а также искреннее непонимание текущей роли СМО в системе ОМС среди населения и медперсонала может служить технологической и социальной основой изменения роли и места СМО де-юре.

Безусловно, кардинальным решением комплекса подобных проблем было бы масштабное переформатирование системы ОМС с полным прекращением участия в ней СМО. Но такой подход:

- требует относительно длительного подготовительного периода, существенных дополнительных затрат [7] и не может ответить как минимум на 2 вопроса: что делать с первичным/текущим учетом застрахованных и как проводить экспертизу;
- традиционно встретит резкое сопротивление лобби СМО с популистскими кампаниями в СМИ: «куда же пойдет простой человек со своими проблемами», «некому защитить права застрахованных», «все рухнет, а мы вам говорили» и т.п.

¹⁶ В законодательство внесены изменения, отменяющие обязательную актуарную оценку деятельности страховых медицинских организаций. 23 июня 2016 г. Электронный доступ: <http://kremlin.ru/acts/news/52223>.

¹⁷ Результаты опроса «Деятельность страховых медицинских организаций как участников обязательного медицинского страхования в 2014–2015 гг. и истекшем периоде 2016 г.». Электронный доступ: <http://portal.audit.gov.ru/surveys/passedsurvey?surveykey=1120142&prevPage=%2Fsurveys%2Farchive>.

Таким образом, в настоящее время наиболее взвешенным и технологичным предложением можно считать сохранение у СМО двух и сейчас существующих функций:

1. Сбор первичных учетных данных застрахованных и их текущих изменений. Для этого уже создана и работает инфраструктура территориально удаленных подразделений СМО во всех муниципальных образованиях РФ, разработаны регламенты и каналы передачи информации в электронной и документарной форме. Уровень заработной платы сотрудников таких подразделений очень небольшой – ниже оплаты неквалифицированных работников других отраслей экономики.

2. Проведение медико-экономической экспертизы. Проведение медико-экономического контроля и экспертизы качества медицинской помощи, в том числе по жалобам застрахованных в отношении процесса оказания медицинской помощи, технологически легко выполнимо ТФОМСами. Кроме того, отпадает необходимость значительной доли реэкспертиз, а предметное взаимодействие по тематическим/целевым экспертизам ТФОМС и региональных минздравов выглядит проще и логичнее.

При реализации данного предложения можно обоснованно уменьшить прямые затраты по средствам на ведение дела СМО лишь на 25–30% (экономисты, часть операторов и сервисных работников ИТ-служб компаний, технические работники и часть сотрудников информационных служб). Такая экономия может выглядеть небольшой [7], но позитивный общественно-социальный отклик, совокупный эффект уменьшения затрат у контрагентов СМО в системе и технологическое упрощение без потери качества в итоге будут значительными. Предлагаемые изменения могут стать первым

шагом к образно сформулированному В.В. Власовым «рациональному отказу от имитационной страховой модели финансирования системы здравоохранения в виде ОМС» [8].

Предлагаемые меры достаточно просты и понятны, но для уменьшения риска досадных мелких правовых или технологических дефектов предварительно можно провести научно-исследовательские работы с тщательным пошаговым обоснованием реформы и/или, как уже предлагалось ранее, пилотные проекты в регионах, предварительно поддерживающих эту инициативу.

Сроки принятия решения относительно сжаты, так как по совокупности факторов крайне выгодно, чтобы пилотные проекты начались до ключевых общественно-политических событий 2018 г. (оптимально провести научное обоснование – во второй половине 2017 г., региональные пилоты – с января 2018 г.), а выводы по их практической применимости и целесообразности делались бы несколько позже.

Впоследствии с развитием федеральных систем персонального учета и идентификации, а также полной реализации Единой государственной информационной системы в сфере здравоохранения с повсеместным ведением медицинской документации в виде электронных медицинских карт, вопрос о целесообразности присутствия СМО в системе ОМС должен быть поднят снова.

Заключение

Подавляющее большинство общественных институтов здравоохранения выступает за устранение ненужных посредников в системе ОМС. В самое ближайшее время необходимо начать подготовительный период к ограничению участия СМО в системе ОМС.

СВЕДЕНИЯ ОБ АВТОРЕ

Прохоренко Николай Федорович – кандидат экономических наук, врач, член правления Российского общества по организации здравоохранения и общественного здоровья, Общественной палаты Самарской области, Самарской областной ассоциации врачей (Самара)

E-mail: medsovnet@lenta.ru

ЛИТЕРАТУРА

1. Улумбекова Г.Э. Здравоохранение России. Что надо делать. 2-е изд. М. : ГЭОТАР-Медиа, 2015. С. 317–327.
2. Шишкин С.В., Шейман И.М. и др. Российское здравоохранение в новых экономических условиях: вызовы и перспективы. Доклад Национального исследовательского университета «Высшая школа экономики». М., 2016. С. 55–66. Электронный доступ: <https://www.hse.ru/data/2016/06/21/1116116168/Здравоохранение.pdf>.
3. Форум Общероссийского народного фронта «За качественную и доступную медицину!». Стенограмма пленарного заседания 7 сентября 2015 г. Электронный доступ: <http://kremlin.ru/events/president/news/50249>.
4. Материалы форума ОНФ «За качественную и доступную медицину!» 6–7 сентября 2015 г. Резолюция дискуссионной площадки «Экономика и управление системой охраны здоровья: устойчивость и развитие». Электронный доступ: <https://onf.ru/docs/2651>.
5. Перечень поручений по итогам форума Общероссийского народного фронта «За качественную и доступную медицину!». 9 ноября 2015 г. 10:30. Электронный доступ: <http://kremlin.ru/acts/assignments/orders/50666>.
6. Бутрин Д., Гришина Т. Убытки в белых халатах // Коммерсант. № 235 от 19.12.2016. С. 1. Электронный доступ: <http://kommersant.ru/doc/3175048>.
7. Шишкин С.В. Застраховано ли наше здоровье? // Ведомости. № 3878 от 22.07.2015. Электронный доступ: <http://www.vedomosti.ru/opinion/articles/2015/07/22/601593-zastrahovano-li-nashe-zdorove>.
8. Власов В.В. Почему в России нет реформы здравоохранения? Электронный доступ: regconf.hse.ru/uploads/1abb86a192d749503822c225ea3e9b7e3fccd6b1.doc.

REFERENCES

1. Ulumbekova G.E. Health care in Russia. What to do. 2nd ed. Moscow: GEOTAR-Media, 2015. P. 317–27. (in Russian)
2. Shishkin S.V., Sheiman I.M., et al. Russian health in the new economic conditions: challenges and prospects. Report of the National Research University "Higher School of Economics." Moscow, 2016: 55–66. Electronic access: <https://www.hse.ru/data/2016/06/21/1116116168/Health.pdf>. (in Russian)
3. Forum of the All-Russian People's Front "For Quality and Affordable Medicine!". Transcript of the plenary meeting September 7, 2015 Electronic access: <http://kremlin.ru/events/president/news/50249>. (in Russian)
4. Materials of the All-Russian People's Front Forum "For Quality and Affordable Medicine!" September 6–7, 2015 Resolution of the discussion platform "Economics and Management of the Health Care System: Sustainability and Development". Electronic access: <https://onf.ru/docs/2651>. (in Russian)
5. List of instructions on the results of the forum of the All-Russian People's Front "For Quality and Affordable Medicine!". November 9, 2015 10:30. Electronic access: <http://kremlin.ru/acts/assignments/orders/50666>. (in Russian)
6. Butrin D., Grishina T. Losses in white coats. Kommersant [Kommersant Daily]. No. 235 of December 19, 2016. P. 1. Electronic access: <http://kommersant.ru/doc/3175048>. (in Russian)
7. Shishkin S.V. Is our health insured? Vedomosti [Gazette]. No. 3878 of 22.07.2015. Electronic access: <http://www.vedomosti.ru/opinion/articles/2015/07/22/601593-zastrahovano-li-nashe-zdorove>. (in Russian)
8. Vlasov V.V. Why is there no health care reform in Russia? Electronic access: regconf.hse.ru/uploads/1abb86a192d749503822c225ea3e9b7e3fccd6b1.doc. (in Russian)

Оплата труда работников здравоохранения за 12 месяцев 2016 г.: анализ ситуации

Гончарова Т.А.

Центральный комитет Профсоюза работников здравоохранения РФ, Москва

Отдел экономической работы и оплаты труда аппарата Профсоюза работников здравоохранения РФ провел статистический анализ размеров среднемесячной заработной платы в сфере здравоохранения, в том числе среди 3 категорий работников учреждений здравоохранения, сложившихся по Российской Федерации и в разрезе ее субъектов. Анализ выполнения «дорожных карт» по достижению контрольных показателей, обозначенных Указами Президента РФ от 12.05.2012, по категориям медицинских работников в целом и по субъектам РФ будет проведен дополнительно по окончательным данным, представленным Росстатом, так как в настоящее время представлены оценочные показатели среднемесячного дохода от трудовой деятельности, которые могут быть скорректированы по результатам дополнительно уточнения данных показателей.

Ключевые слова:

статистический анализ, среднемесячная заработная плата, работники учреждений здравоохранения

ОРГЗДРАВ: новости, мнения, обучение. Вестник ВШОУЗ. 2017. № 1. С. 36–40.

Статья поступила в редакцию: 13.03.2017. Принята в печать: 23.03.2017.

Labor compensation of healthcare workers for 12 months of 2016 year: analysis of a situation

Goncharova T.A.

Central Committee of the Russian Federation healthcare workers' labour union, Moscow

Department of economic work and labor compensation of the office of Russian Federation healthcare workers' labour union was carried out the statistical analysis of the average monthly salary sizes in health care, including among three categories of employees of the healthcare institutions which have developed across the Russian Federation and in a section of her subjects. The analysis of implementation of "road maps" on achievement of the control indicators

designated by Decrees of the Russian President from 12.05.2012 on categories of health workers in general and on territorial subjects of the Russian Federation will be carried out in addition according to the final data submitted by Federal State Statistics Service as now estimated indicators of the average monthly income from work which can be corrected by results of additional specification of these indicators are presented.

Keywords:

statistical analysis, average monthly wages, health care workers

HEALTHCARE MANAGEMENT: news, views, education.

Bulletin of VSHOUZ. 2017; (1): 36–40.

Received: 13.03.2017. Accepted: 23.03.2017.

I. Анализ среднемесячной заработной платы работников учреждений здравоохранения России

По данным Росстата, размер **среднемесячной заработной платы на 1 работника в здравоохранении** за 2016 г. составил **30 991,5 руб.** (по полному кругу организаций), что **на 6,6% выше** аналогичного показателя за **2015 г.** (29 079,3 руб.) (табл. 1).

В **разрезе регионов** по сравнению с **2015 г.** отмечается **снижение** уровня оплаты труда **в 2 регионах:** в Амурской области (на 0,4%) и в Республике Ингушетии (на 0,8%).

По сравнению с **9 мес 2016 г.** размер среднемесячной заработной платы **увеличился на 2,1%.**

В **разрезе регионов** за этот период отмечается **снижение** уровня оплаты труда **в 7 субъектах РФ:** в Воронежской (на 0,4%) и Костромской (на 0,1%) областях, а также в республиках Карелия (на 0,3%), Коми (на 0,1%), Карачаево-Черкессии (на 0,2%), на Алтае (на 0,6%) и в Магаданской области (на 1%).

Если оценивать размер среднемесячной заработной платы в разрезе регионов за 2016 г., он варьирует **от 17 586,2 руб.** (Республика Калмыкия) **до 63 867,7 руб.** (г. Москва).

В пределах указанного диапазона ее размеры в субъектах РФ складываются следующим образом:

- **от 17,6 тыс. руб. до 20 тыс. руб. – в 6 субъектах РФ (8%);**
- **от 20 тыс. руб. до 25 тыс. руб. – в 40 субъектах РФ (49%);**
- **от 25 тыс. руб. до 30 тыс. руб. – в 18 субъектах РФ (22%);**
- **от 30 тыс. руб. до 45 тыс. руб. – в 10 субъектах РФ (12%);**
- **от 45 тыс. руб. до 63,9 тыс. руб. – в 7 субъектах РФ (9%).**

При этом в 65 субъектах РФ из 81 анализируемого региона уровень средней заработной платы ниже общероссийского показателя в сфере здравоохранения.

Самый низкий уровень среднемесячной заработной платы в здравоохранении – до 19 тыс. руб. – отмечен в 3 субъектах РФ (республики Карачаево-Черкессия, Марий Эл, Калмыкия).

Сравнительный анализ размеров среднемесячной заработной платы в сфере здравоохранения **в разрезе федеральных округов** показывает, что в 5 федеральных округах РФ наблюдается стабильное отставание от общероссийского показателя по здравоохранению за 2016 г.:

- по **Северо-Кавказскому** федеральному округу на **31%**, размер среднемесячной заработной платы – 21 318,7 руб.;
- по **Приволжскому** федеральному округу на **23%**, размер среднемесячной заработной платы – 23 793,0 руб.;

Таблица 1. Динамика сравнительных данных по размерам средней заработной платы работников здравоохранения в целом по Российской Федерации

Период	Размер средней заработной платы в здравоохранении, руб.	Динамика средней заработной платы к предыдущему периоду, %	Диапазон размеров средней заработной платы, руб.	
			минимум	максимум
2012 г.*	21 807,8			
2013 г.*	25 730,5	117,5	14 478,1	52 049,2
2014 г.*	28 243,4	110	16 891,0	53 717,5
2015 г.	29 079,3	103	17 014,3	58 229,4
2016 г.	30 991,5	106,6	17 586,2	63 867,7

* Без учета регионов Крымского федерального округа.

- по Южному федеральному округу на 22%, размер среднемесячной заработной платы – 24 201,3 руб.;
- по Крымскому федеральному округу на 21%, размер среднемесячной заработной платы – 24 332,5 руб.;
- по Сибирскому федеральному округу на 13%, размер среднемесячной заработной платы – 26 944,5 руб.

II. Анализ средней заработной платы по категориям работников

1. Врачи

По данным Росстата, размер средней заработной платы **врачей за 2016 г. по РФ** составил **50 667,3 руб.**

При сравнении с показателями **2015 г. (47 873,6 руб.)** размер средней заработной платы за 2016 г. **вырос на 5,8%.**

В разрезе регионов по сравнению с 2015 г. отмечается **снижение** уровня оплаты труда **в 5 регионах.** Так, незначительное снижение – от 0,1% до 1% – отмечается в республиках Адыгея, Дагестан, Ингушетия и в Архангельской области, а в Еврейской АО среднемесячная зарплата уменьшилась на 3,2%.

По сравнению с **9 мес 2016 г.** размер среднемесячной заработной платы за 2016 г. **вырос на 3,6%.**

В разрезе регионов по сравнению с 9 мес 2016 г. отмечается **снижение** среднемесячного размера оплаты труда **в 10 регионах.** Так, незначительное снижение – от 0,04% до 0,7% – отмечается в 8 субъектах РФ, однако в Магаданской области и в Республике Алтай размер снижения составляет 1,7 и 2,5% соответственно.

Сопоставляя сложившийся уровень средней заработной платы **врачей** в регионах с общероссийским показателем, следует отметить, что **в 64 субъектах РФ** (из 81 анализируемых регионов) он **ниже, чем по России.**

Если оценивать величину средней заработной платы **в разрезе регионов** за 2016 г., она варьирует **от 27 331,5 руб.** (Республика Калмыкия) **до 96 990,3 руб.** (Камчатский край, с учетом региональных выплат).

В пределах указанного диапазона средняя заработная плата врачей в субъектах РФ складывается следующим образом:

- **от 27,3 тыс. руб. до 30 тыс. руб. – в 3 субъектах РФ (3,7%);**
- **от 30 тыс. руб. до 35 тыс. руб. – в 16 субъектах РФ (19,8%);**
- **от 35 тыс. руб. до 45 тыс. руб. – в 33 субъектах РФ (40,7%);**
- **от 45 тыс. руб. до 55 тыс. руб. – в 17 субъектах РФ (21%);**
- **от 55 тыс. руб. до 65 тыс. руб. – в 4 субъектах РФ (4,8%);**
- **от 65 тыс. руб. до 96,9 тыс. руб. – в 8 субъектах РФ (10%).**

2. Средний медицинский персонал

Средняя заработная плата **среднего медицинского персонала** по РФ за 2016 г. составляет **28 173,9 руб.**

При сравнении с показателями **2015 г.** (**27 000,6 руб.**) размер средней заработной платы за 2016 г. **вырос на 4,3%.**

В разрезе регионов по сравнению с **2015 г.** отмечается **снижение** уровня оплаты труда **в 3 регионах:** в Магаданской (на 0,2%) и Свердловской (на 0,4%) областях, а также в Еврейской АО (на 1,3%).

По сравнению с **9 мес 2016 г.** размер среднемесячной заработной платы за год **вырос на 1,8%.**

В разрезе регионов по сравнению с 9 мес 2016 г. отмечается **снижение** среднемесячной заработной платы **в 14 регионах.** Так, незначительное снижение – от 0,03% до 1,3% – отмечается в 11 субъектах РФ, а в Магаданской области, республиках Алтай и Крым – на 2,9; 4 и 4,7% соответственно.

Величина средней заработной платы данной категории работников **ниже,** чем по России

в 63 субъектах РФ (из 81 анализируемого региона) и колеблется **от 16 107,0 руб.** (Республика Калмыкия) **до 57 932,2 руб.** (Камчатский край).

В разрезе субъектов РФ размеры среднемесячной заработной платы **среднего медицинского персонала** складываются следующим образом:

- **от 16,1 тыс. руб. до 20 тыс. руб. – в 21 субъекте РФ (26%);**
- **от 20 тыс. руб. до 25 тыс. руб. – в 34 субъектах РФ (42%);**
- **от 25 тыс. руб. до 30 тыс. руб. – в 12 субъектах РФ (15%);**
- **от 30 тыс. руб. до 35 тыс. руб. – в 4 субъектах РФ (5%);**
- **от 35 тыс. руб. до 57,9 тыс. руб. – в 10 субъектах РФ (12%).**

3. Младший медицинский персонал

Средняя заработная плата **младшего медицинского персонала,** по данным Росстата, по РФ составляет **18 436,3 руб.**

При сравнении с показателями **2015 г.** (16 819,9 руб.) размер средней заработной платы за 2016 г. **вырос на 9,6 %.**

Таблица 2. Динамика размеров средней заработной платы по категориям работников здравоохранения в целом по РФ за 2013–2016 гг.

Период	Размер средней зарплаты, тыс. руб.	Динамика к предыдущему периоду, %	Диапазон размеров средней заработной платы, тыс. руб.	
			минимум	максимум
<i>Врачи</i>				
2013 г.*	42,2		23,4	82,5
2014 г.*	46,2	109	26,7	91,7
2015 г.	47,9	103,6	26,8	94,8
2016 г.	50,7	105,8	27,3	96,9
<i>Средний медицинский персонал</i>				
2013 г.*	24,1		13,5	49,1
2014 г.*	26,3	109	15,5	51,7
2015 г.	27,0	102,6	15,7	54,6
2016 г.	28,1	104,3	16,1	57,6
<i>Младший медицинский персонал</i>				
2013 г.*	14,3		8,3	29,9
2014 г.*	16,1	113	9,7	31,3
2015 г.	16,8	104,3	10,1	33,2
2016 г.	18,4	109,6	10,9	37,7

* Без учета регионов Крымского федерального округа.

В разрезе регионов по сравнению с 2015 г. отмечается **снижение** размеров оплаты труда в Краснодарском крае – на 4,8%.

По сравнению с 9 мес 2016 г. размер среднемесячной заработной платы за 2016 г. **вырос на 4,3%**.

В разрезе регионов по сравнению с 9 мес 2016 г. отмечается **снижение** уровня оплаты труда в **8 регионах**. Так, незначительное снижение – от 0,05% до 1,5% – отмечается в республиках Карелия, Коми, Дагестан, Ингушетия, Кабардино-Балкария, Тыва и в Магаданской области, а в Краснодарском крае среднемесячная зарплата младшего медицинского персонала уменьшилась на 8,5%.

Уровень средней заработной платы указанной категории работников за 2016 г. **ниже, чем**

по России в 64 субъектах РФ (из 81 анализируемого региона) и колеблется от **10 933,4 руб.** (Республика Калмыкия) до **37 752,8 руб.** (Сахалинская область).

В разрезе субъектов РФ величина размеров средней заработной платы **младшего медицинского персонала** значительно различается и складывается следующим образом:

- **от 10,9 тыс. руб. до 15 тыс. руб. – в 39 субъектах РФ (48%);**
- **от 15 тыс. руб. до 20 тыс. руб. – в 30 субъектах РФ (37%);**
- **от 20 тыс. руб. до 25 тыс. руб. – в 3 субъектах РФ (4%);**
- **от 25 тыс. руб. до 37,8 тыс. руб. – в 9 субъектах РФ (11%).**

СВЕДЕНИЯ ОБ АВТОРЕ

Гончарова Тамара Александровна – секретарь Центрального комитета Профсоюза работников здравоохранения РФ, заведующая отделом экономической работы и оплаты труда (Москва)
E-mail: ckprz@mail.ru

Об оплате труда медицинских работников в 2013–2016 гг.

Улумбекова Г.Э.

Высшая школа организации и управления
здравоохранением (ВШОУЗ), Москва

В статье представлен анализ динамики заработной платы медицинских работников с 2013 по 2016 г. в текущих и постоянных (реальных) ценах. Показано, что за этот период заработная плата врачей выросла на 20% в текущих ценах, в постоянных ценах сократилась на 12%. Тем не менее она росла более высокими темпами, чем средняя оплата труда в экономике. Автор предлагает сравнивать оплату труда медицинских работников не только со средней оплатой труда в экономике, а оценивать базовые оклады по профессиональным квалификационным группам или по категориям.

Ключевые слова:

заработная плата врачей в России, среднемесячная заработная плата в экономике, заработная плата среднего медицинского персонала, методика расчета заработной платы

ОРГЗДРАВ: новости, мнения, обучение. Вестник ВШОУЗ. 2017. № 1. С. 41–44.

Статья поступила в редакцию: 12.02.2017. Принята в печать: 22.03.2017.

On payment of labor of medical workers in 2013–2016

Ulumbekova G.E.

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

Abstract: the article presents the analysis of the medical workers' wages in dynamic from 2013 till 2016 at current and constant (real) prices. It's shown that during this period doctors' salary increased by 20% in current prices, but in constant prices decreased by 12%. However, it grew more rapidly than the average wages in the economy. The author proposes to compare the wages of health workers not only with the average wages in the economy, but to evaluate the base salary on professional qualifying groups or categories.

Keywords:

doctors' salary in Russia, average monthly wages in the economy, salary of paramedical personnel, the method of calculating wages

HEALTHCARE MANAGEMENT: news, views, education.

Bulletin of VSHOUZ. 2017; (1): 41–4.

Received: 12.02.2017. Accepted: 22.03.2017.

По данным Росстата, с 2013 по 2016 г. **средне-месячная** заработная плата медицинских работников росла опережающими темпами по сравнению со средней заработной платой в экономике (см. таблицу). Так, заработная плата в экономике выросла **на 9%** (с 30 до 32,7 тыс. руб.), заработная плата врачей – **на 20%** (с 42,3 до 50,7 тыс. руб.) в текущих ценах.

В 2013 г., по данным Росстата, средняя оплата труда **врачей** была на **41% выше**, чем в экономике, в 2016 г. – на **55% выше**. Правда, следует отметить, что с 2015 г. в расчет средней заработной платы по экономике стали включать индивидуальных предпринимателей, что сократило значение средней заработной платы по экономике на 2 тыс. руб. Если бы этого не произошло и расчет проводился как и в 2013–2014 гг., в 2016 г. оплата труда врачей была бы **только на 46% выше**, чем в экономике. Но с 2013 по 2016 г. это **все равно рост** рассматриваемого отношения на **5 процентных пунктов (п.п.)**.

Согласно методике Росстата, средняя начисленная заработная плата врачей рассчитывается путем деления фонда заработной платы всех врачей в организации на среднесписочную численность этих врачей. В фонд заработной платы включаются все начисленные работнику суммы в материальной и нематериальной форме (например, оплата питания или проезда) за отработанное и неотработанное время (например, отпуск), а также компенсационные выплаты и премии. Расчеты включают все совместительства (1,5 – коэффициент совместительства врачей в среднем по РФ) и оплату труда высокооплачиваемых руководителей учреждения.

Правильнее было бы проводить сравнения не в среднем по РФ или региону, а оценить базовый оклад (работа на 1 ставку) по профессиональным квалификационным группам или категориям. Первая и главная категория – передовой фронт здравоохранения – участковые врачи-терапевты и педиатры. Далее необходимо отдельно выделить врачей центральных районных больниц, центральных областных (краевых, республиканских), а также городских больниц и федеральных клиник. При этом разделить врачей по направлениям: терапевтическому, хирургическому, акушерско-гинекологическому. Отдельно необходимо сравнить по регионам оплату труда руководящих работников медицинских организаций (главный врач и его заместители), а также заработную плату врачей дефицитных специальностей – инфекционистов, фтизиатров и психиатров. Вот тогда мы сможем увидеть приоритеты дальнейших действий по повышению оплаты труда медицинских работников.

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

Обращает внимание, что с 2013 по 2016 г. государственные расходы на здравоохранение выросли **на 35% в текущих ценах** (с 2318 до 3124 млрд руб.), что намного больше, чем выросла оплата труда врачей, – **на 20%** в текущих ценах.

Это значит, что темпы роста оплаты труда врачей отставали от темпов роста государственных расходов на здравоохранение. Более того, чис-

ленность врачей в государственных и муниципальных организациях за 2013–2015 гг. **сократилась на 4%** (с 594,7 до 572,5 тыс., без учета

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

Показатель среднемесячной начисленной заработной платы (по данным Росстата)*	2013**	2014***	2015****	2016	2016 к 2013 гг.
Индекс потребительских цен	6,5%	11,4%	12,9%	5,4%	
Среднемесячная заработная плата в экономике в текущих ценах, руб.	29 960	32 611	30 694	32 667	9%
Среднемесячная заработная плата в экономике в постоянных ценах, руб.	29 960	28 893	23 687	23 848	-20%
Среднемесячная заработная плата врачей в текущих ценах, руб.	42 253	46 231	47 874	50 667	20%
Среднемесячная заработная плата врачей в постоянных ценах, руб.	42 253	40 961	36 944	36 989	-12%
Отношение заработной платы врачей к средней в экономике	141,0%	141,8%	156,0%	155,1%	
Среднемесячная заработная плата среднего медицинского персонала в текущих ценах, руб.	24 102	26 310	27 001	28 174	17%
Среднемесячная заработная плата среднего медицинского персонала в постоянных ценах, руб.	24 102	23 311	20 837	20 568	-15%
Отношение заработной платы среднего медицинского персонала к средней в экономике	80,4%	80,7%	88,0%	86,2%	

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

** В 2013 г. в расчеты были включены врачи и работники среднего медицинского (фармацевтического) персонала (персонала, обеспечивающего условия для предоставления медицинских услуг) в учреждениях образования, науки, культуры, здравоохранения, социального обслуживания.

*** В 2014 г. в расчеты были включены врачи и работники медицинских организаций, имеющие высшее медицинское (фармацевтическое) или иное высшее образование, предоставляющие медицинские услуги (обеспечивающие предоставление медицинских услуг) в учреждениях образования, науки, культуры, здравоохранения, социального обслуживания.

**** При расчетах отношения до 2014 г. учитывалась среднемесячная номинальная начисленная заработная плата работников по полному кругу организаций в целом по экономике по субъектам Российской Федерации, а с 2015 г. – среднемесячная начисленная заработная плата наемных работников в организациях, у индивидуальных предпринимателей и физических лиц (среднемесячный доход от трудовой деятельности), в соответствии с Постановлением Правительства РФ от 14.09.2015 № 973.

Крыма¹), что, как минимум, могло бы добавить к фонду оплаты труда врачей еще около **4%**. Это означает, что дополнительные средства, как выделенные на здравоохранение, так и высвободившиеся в результате сокращения числа врачей, **лишь частично** пошли на выполнение указов президента по повышению оплаты труда медицинских работников. Соответственно эти дополнительно появившиеся средства были израсходованы на другие статьи. Это ставит вопрос о приоритетах расходования средств в здравоохранении.

Если бы оплата труда медицинских работников с 2013 по 2016 г. повысились так же, как и расходы на здравоохранение, – на 35% – и еще повысилась бы за счет сокращения числа врачей – на 4% (т.е. всего на 39%), сегодня она бы составляла **58,7 тыс. руб. в среднем и была бы на 80% выше**, чем в экономике. Правда, повышение оплаты труда медицинских работников необходимо сопровождать параллельным повышением требований к качеству их труда и дифференцированным подходом к его оплате.

СВЕДЕНИЯ ОБ АВТОРЕ

Улумбекова Гузель Эрнстовна – доктор медицинских наук, руководитель Высшей школы организации и управления здравоохранением (ВШОУЗ), председатель правления Ассоциации медицинских обществ по качеству медицинской помощи и медицинского образования (АСМОК), руководитель комиссии по непрерывному медицинскому образованию Национальной медицинской палаты (Москва)

E-mail: nmo@asmok.ru

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

Организация профилактических мероприятий при коррекции антропогенных и экологических факторов развития неинфекционных заболеваний

Ойноткинова О.Ш.

ФГБОУ ВО «Российский национальный исследовательский медицинский университет им. Н.И. Пирогова», Москва

Цель исследования – проведение эпидемиологического анализа медико-экологической ситуации в промышленных экологически неблагоприятных регионах. Представлены результаты скрининговых исследований показателей сердечно-сосудистой и бронхолегочной систем, а также липидного и углеводного обмена среди населения. Изучена медицинская документация 38 женщин и 265 мужчин старше 18 лет. Результаты обрабатывали с помощью математико-статистических методов одно- и многомерного анализа результатов (регрессионного, одномерного, корреляционного анализа, рандомизации). Отмечена достоверная корреляционная связь между причинно-следственными антропогенными факторами и ранним проявлением заболеваний сердечно-сосудистой системы и легких в разных возрастных группах. Результаты исследования позволили персонализированно проанализировать паспорт здоровья каждого пациента. Выявленные модифицируемые факторы риска позволяют руководителям медицинских организаций и ведущим специалистам региона спрогнозировать развитие тех или иных заболеваний и разработать модель профилактических, диспансерных и образовательных мероприятий в экологически неблагоприятных условиях проживания.

Ключевые слова:

неинфекционные заболевания, экология, антропогенные факторы, сердечно-сосудистая система, медико-экологическая безопасность, аудит

ОРГЗДРАВ: новости, мнения, обучение. Вестник ВШОУЗ. 2017. № 1. С. 45–52.

Статья поступила в редакцию: 25.01.2017. Принята в печать: 28.02.2017.

Organization of preventive measures in the correction of anthropogenic and environmental factors in the development of noncommunicable diseases

Oynotkinova O.Sh.

Pirogov Russian National Research Medical University, Moscow

The aim of the study was to conduct epidemiological analysis of the medical and environmental situation in industrial ecologically unfavorable regions. The results of screening studies of cardiovascular, broncho-pulmonary, lipid and carbohydrate metabolism among the population are presented. The medical documentation of 38 women and 265 men over the age of 18 years has been studied in medical sciences. The results were processed using mathematical-statistical methods of one-dimensional and multidimensional analysis of the results (regression, one-dimensional, correlation analysis, randomization). A reliable correlation between causal anthropogenic factors and early manifestation of diseases of the cardiovascular system, lungs in different age groups was noted. The results of the study made it possible to personalize the health certificate of each patient. The results of the study made it possible to personalize the health certificate of each patient. Identified modifiable risk factors allow managers of medical organizations and leading specialists in the region to predict the development of certain diseases and develop a model of preventive, dispensary and educational activities in environmentally unfriendly living spaces.

Keywords:

non-communicable diseases, ecology, anthropogenic factors, cardiovascular system, medical and ecological safety, auditing

HEALTHCARE MANAGEMENT: news, views, education.

Bulletin of VSHOUZ. 2017; (1): 45–52.

Received: 25.01.2017. Accepted: 28.02.2017.

В последние десятилетия возрастающая с каждым годом техногенная нагрузка, дефицит или избыток жизненно важных микроэлементов определяют экстремальные условия для жизнедеятельности взрослого человека и развивающегося организма ребенка. Причины медико-экологической опасности для здоровья в первую очередь связаны с увеличением антропогенных нагрузок на окружающую

среду, что отражается на здоровье населения. В условиях глобализации взаимоотношения человека, общества и природы имеют противоречивый характер: научно-технический прогресс, с одной стороны, способствует росту благосостояния людей, с другой – таит серьезные опасности техноантропогенного свойства.

Что мы имеем в виду, когда говорим о неблагоприятной среде обитания человека?

Результаты многочисленных исследований, проведенных среди лиц, проживающих в районах, испытывающих повышенную антропогеохимическую нагрузку, доказывают более высокий риск развития общей заболеваемости и отдельных нозологических форм заболеваний, кроме того, выявлены неблагоприятные тенденции демографических процессов [2, 3]. Самым объективным индикатором качества окружающей среды является здоровье беременных женщин и детей раннего возраста, составляющих группу высокого риска развития патологических состояний. Отрицательная динамика показателей здоровья, особенно детского населения, рассматривается как маркер экологического неблагополучия региона.

Цель исследования – изучить прогностическую значимость факторов риска в развитии неинфекционных заболеваний и их осложнений у лиц, проживающих в условиях различных экологобиогеохимических зон.

Материал и методы

С 2011 по 2015 г. в центрах здоровья ряда городов с развитой металлургической промышленностью проводилось клинико-эпидемиологическое исследование с установлением причинно-следственных взаимосвязей факторов риска с показателями здоровья, классифицируемое как медико-экологический мониторинг. В исследование включены 263 мужчин и 35 женщин, занятых на металлургическом производстве. Средний возраст обследованных составил $48,91 \pm 4,92$ года. По данным катанеза проанализировано 330 историй болезни мужчин и женщин возрастного диапазона 39–57 лет (средний возраст – $58,92 \pm 2,93$ года). Изучались такие факторы риска (ФР), как семейный анамнез ранних сердечно-сосудистых заболеваний у родственников первой линии, липидный спектр, артериальная гипертензия (АГ). Учитывались дополнительные факторы риска: антропогенные факторы, включая микроэлементы тяжелых металлов. Для выявления вышеназванных ФР использовали модифицированный

русифицированный вопросник ARIC, а также стандартные методы и критерии диагностики в соответствии со стандартами, европейскими и российскими рекомендациями.

Результаты

Ранние изменения миокарда выявляются в возрасте 18–29 лет и в наибольшей степени в возрасте 40–59 лет одинаково у обоих полов в виде признаков гипоксии и ишемии миокарда, дилатации или гипертрофии левого желудочка, диастолической дисфункции, у женщин чаще наблюдаются признаки стресс-реакции. Увеличение доверительного интервала с возрастом указывает на ухудшение состояния миокарда. И если у женщин увеличение доверительного интервала происходит плавно, то у мужчин наблюдается его более резкое увеличение после 40 лет (рис. 1, 2).

Состояние «норма» по методу факторного анализа соответствует значениям нормы $x_6 = 0$. По горизонтали 1–6 – возрастные группы людей.

Поведение математического ожидания M показывает, что с возрастом состояние сократительной способности миокарда как у женщин, так и у мужчин в целом ухудшается от нормы $x_6 = 0$ до признаков гипоксии $x_7 = 0,18$ – об этом свидетельствует увеличение доверительного интервала (ДИ), коррелирующее с величиной сократительной способности миокарда. И если у женщин детородного возраста ДИ увеличивается плавно, у мужчин наблюдается его более резкое увеличение после 30–39 лет.

В органах дыхания обследованных пациентов легкая рестрикция в основном определяется у молодых людей в возрасте 18–29 лет, что требует детального обследования органов дыхания, а также имеет плохой прогноз по заболеваемости в будущем. С годами состояние легких ухудшается от легкой рестрикции до развития обструкции. В интервале от 50 до 69 лет обнаруживается большое количество лиц с тяжелой рестрикцией.

Таким образом, в популяциях обследуемых групп начиная с молодого возраста регистри-

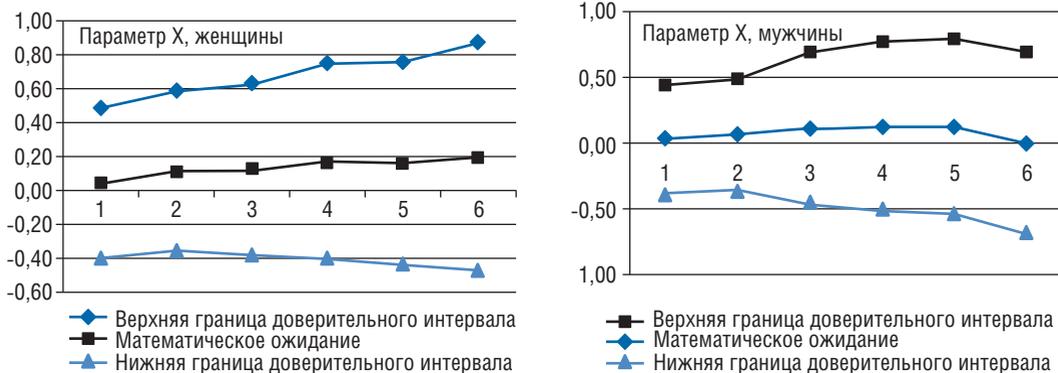


Рис. 1. Результаты анализа скрининга состояния миокарда у женщин

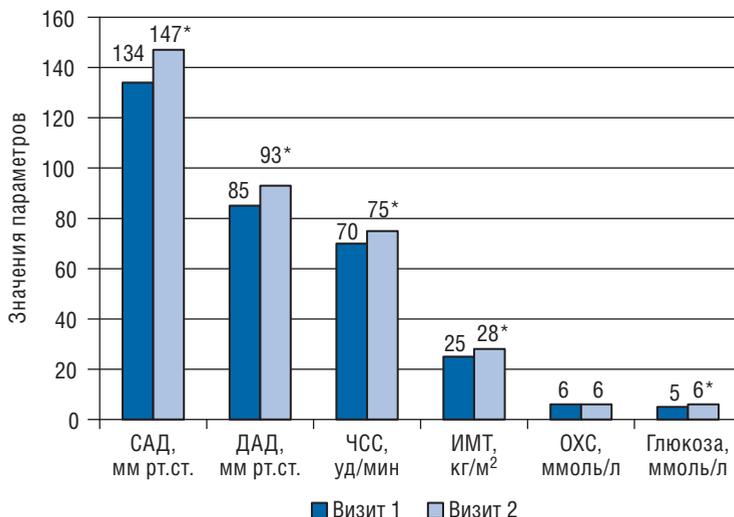


Рис. 2. Результаты анализа скрининга состояния миокарда у мужчин

Здесь и на рис. 3: расшифровку аббревиатур см. в тексте.

руются метаболические функциональные нарушения и органические изменения, свидетельствующие о ранних проявлениях заболеваний в виде дисметаболических кардиомиопатий с нарушением в ряде случаев проводящей системы и пульмонопатий. Обращает внимание раннее проявление дислипидемии и развитие атеросклероза и ишемической болезни сердца (ИБС). При оценке показателей атерогенных липидов холестерина липопротеинов низкой плотности (ХС ЛПНП) более специфичными оказались АпоВ, которые даже при нормальном показателе

общего ХС (5,5 ммоль/л) имели тенденцию к повышению в популяции молодых начиная с 18 лет, 54% обследованных попали в группу риска, в 18% случаев диагностирована патология. Начиная с 18–29 до 40–49 лет гиперхолестеринемия (ГХС) присутствовала у 81% обследованных, из них более половины имели умеренную ГХС [общий холестерин (ОХС) – 5,9–6,2 ммоль/л] и более высокие показатели ОХС – 6,9±1,3 ммоль/л, а начиная с 50–59 лет – 7,5±2,1 ммоль/л. Результаты комплексных исследований свидетельствуют о ранних проявлениях метаболического

синдрома в молодом возрасте, обусловленных эндокринными гипоталамо-гипофизарными нарушениями у 30,7% обследованных в возрасте 18–29 лет и у 45% в возрасте 30–39 лет. В патогенезе дисметаболической висцеро- и кардиомиопатии значительную роль играют нарушение стабильности биологических мембран [2] и активация свободнорадикального перекисного окисления липидов (ПОЛ). Образующиеся активные формы кислорода (перекись водорода, синглетный O_2 , озон, гипохлорная кислота) в виде прооксидантов способствуют окислению липидных мембран [2]. В исследуемых группах отмечен дисбаланс между продуктами ПОЛ и ферментами антиоксидантной защиты (АОЗ), который можно характеризовать как окислительный стресс, выражающийся активацией процессов ПОЛ в виде повышения уровня малонового диальдегида (МДА) эритроцитов – $1153,9 \pm 187,03$ мкмоль/л и угнетения ферментов АОЗ, в частности каталазы – $0,332 \pm 0,19$ ммоль/л ($p > 0,05$), что отражает влияние хронической антропогенной интоксикации организма и коррелирует с показателями артериального давления (АД) ($r = +0,64$), ГХС ($r = +0,68$) и сократительной способностью миокарда (фракцией выброса) ($r = +6,56$) ($p > 0,05$).

Стандартизованные по возрасту средние уровни ($M \pm SD$) систолического (САД) и диастолического артериального давления (ДАД) исходно были равны $135,2 \pm 14,1$ и $86,3 \pm 9,4$ мм рт.ст. и варьировали для САД от 95 до 165 мм рт.ст., для ДАД – от 60 до 115 мм рт.ст. Диапазон частоты сердечных сокращений (ЧСС) изменялся от 53 до 95 уд/мин (среднее значение – $70,4 \pm 9,5$ уд/мин).

Проведен анализ 5-летней динамики ФР сердечно-сосудистых заболеваний (ССЗ) в различных возрастных группах обследованной когорты; для этого пациентов разделили на группы по пятилетиям: 18–26, 27–33, 34–40, 41–46, 47–53, 54–60, 61–66 лет. За 10 лет отмечено возрастание средних уровней САД и ДАД, в большей степени в самой молодой группе – на 16,8 мм рт.ст. ($p < 0,0001$) против 9,8 мм рт.ст. ($p < 0,001$) в группе 55-летних – для САД и на 10,8 мм рт.ст. ($p < 0,0001$) против 5,4 мм рт.ст.

($p < 0,01$) – для ДАД. Отмечена тенденция увеличения ЧСС во всех возрастных группах (на 3,7–5,4 уд/мин), более выраженная среди молодых пациентов ($p < 0,0001$).

Согласно опросу, проведенному с использованием анкеты ARIC, половина обследуемых (55,2%) имела неблагоприятный семейный анамнез в отношении ССЗ. Исходно в 51,8% случаев диагностирована АГ I–II степени, что превышает популяционные показатели. Увеличение ЧСС (> 80 уд/мин) имела место у 11,5% обследованных; в 15,5% случаев исходно на электрокардиограмме (ЭКГ) присутствовали признаки гипертрофии левого желудочка (ГЛЖ). За 10-летний период распространенность АГ увеличилась на 37%. Кроме того, данный контингент испытывает постоянную повышенную психоэмоциональную нагрузку, а это способствует развитию так называемой стресс-индуцированной АГ на рабочем месте. У 27 (14,1%) мужчин зарегистрированы новые случаи сахарного диабета типа 2 (СД2). В этой группе 70,8% пациентов исходно имели АГ I–II степени, 83,3% – ГХС, 87,5% – семейный анамнез ранних ССЗ. Достоверно возросло число пациентов с ЧСС > 80 уд/мин и ЭКГ-признаками ГЛЖ (рис. 3Б).

В когорте мужчин 39–57 лет выявлена высокая распространенность АГ – 62%, ГХС – 81%, избыточной массы тела – 40% и ожирения – 6%, у 45,4% пациентов впервые установлена ИБС. Жесткие конечные точки выявлены у 23,2% обследованных мужчин: верифицированный инфаркт миокарда – 10,9%, ишемический мозговой инсульт – 2,9%, внезапная сердечно-сосудистая смерть – 1,1%. Комбинированные конечные точки зарегистрированы у 38,4% обследованных. Высокая распространенность ряда ФР ССЗ позволяет рассматривать данную когорту как группу повышенного сердечно-сосудистого риска, требующую регулярного мониторинга и наблюдения.

Общая заболеваемость за 2011–2015 гг. среди подростков и детей достоверно превышала аналогичный показатель у взрослых ($p < 0,001$) (см. таблицу).

В населенных центрах, где заводы производили полихлорированные бифенилы и хлор-

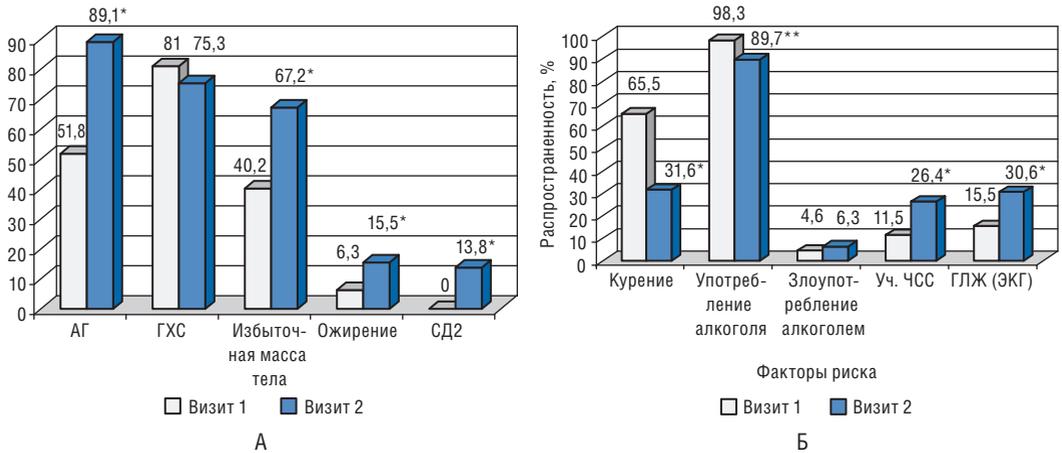


Рис. 3. 10-летняя динамика распространенности факторов риска сердечно-сосудистых заболеваний

* – $p < 0,0001$.

Число случаев впервые выявленных заболеваний за 2011–2015 гг. среди лиц, проживающих в экологически неблагоприятном районе (на 10 тыс. населения)

Возрастные когорты	Дети 0–14 лет	Подростки 15–17 лет	Взрослые (лица старше 18 лет)	Общая заболеваемость
$M \pm m$	185 642,6 ± 2887,4	153 533,0 ± 15 424,0*	62 614,0 ± 650,6	87 546,3 ± 355,4
ДИ	187 352,21 ± 878 243	135 119,4–196 520,7	60 873,8–63 122,5	86 740,6–89 456,3

* – достоверность различий между взрослыми и подростками (детьми) $p < 0,001$.

органические пестициды, были зарегистрированы высокие уровни загрязнения окружающей среды диоксинами. Эколого-эпидемиологические исследования выявили закономерности в заболеваниях рабочих завода эндокринными болезнями, хлоракне, гепатитом, снижением иммунитета и уровне смертности от онкологических заболеваний: в 17,5% – рак легких и гортани для мужчин, рак груди для женщин. Загрязнения воздуха городов обуславливают в среднем 20% общей заболеваемости населения, варьируя от 16,7% в слабозагрязненных районах до 44,6% в сильнозагрязненных.

Воздействие на организм углеводов бензинового ряда приводит к функциональным нарушениям центральной нервной системы. Неспецифическое общеэкологическое действие

сажи связано с загрязнением кожных покровов, попаданием в верхние дыхательные пути, к тому же вышеперечисленные загрязнители относятся к прямым и потенциальным канцерогенам эмбриотоксического и тератогенного действия.

В городах с развитой металлургической промышленностью взрослое население в 1,5 раза чаще страдает болезнями органов кровообращения, в 1,7 раз болезнями органов пищеварения, в 3% раза чаще отмечается заболеваемость болезнями кожи и слизистых оболочек глаз, на 5% выше выявляемость злокачественных новообразований. При этом вклад загрязнения воздуха в заболеваемость болезнями органов дыхания колеблется от 20 до 50%, а ССЗ – от 10,7 до 32,4%.

Таким образом, анализ влияния стойких органических загрязнителей на здоровье человека показывает, какую серьезную опасность представляет контакт населения с ними. Но когда речь идет об эколого-гигиенических проблемах, системные вопросы экологии здоровья остаются вне сферы должного внимания эпидемиологов и клиницистов. В этой связи важны конкретные научные рекомендации по первичной профилактике тех или иных неинфекционных заболеваний ассоциированных с медико-экологическими неблагоприятными факторами.

В последнее десятилетие значимо изменился спектр заболеваемости населения. Практически повсеместный неуклонный рост заболеваемости на фоне роста потребления лекарственных препаратов свидетельствует о неэффективности традиционных методов лечения и возрастающем влиянии неблагоприятных факторов окружающей среды. В результате большая часть заболеваний химической и физической этиологии остается не идентифицированной, нет прицельной работы по локализации и ликвидации источников конкретных токсичных веществ и эффективных методов целенаправленного лечения.

Проблема экологии, ее влияние на ССЗ и здоровье населения в целом вызывает тревогу. Важной задачей медицинской экологии является системная оценка явлений и факторов в многокомпонентной и многофункциональной системе «среда обитания – здоровье населения», а также причинно-следственное взаимодействие [1]. В настоящее время в приоритеты национальной безопасности входит не только оказание медицинской помощи, но и меры по здоровому образу жизни и созданию экологически благоприятной обстановки. В работу руководителей медицинских организаций экологически неблагоприятных промышленных регионов необходимо внедрять программы по медико-экологической безопасности, реабилитации и профилактике. Программа должна предусматривать причинно-следственные факторы, влекущие развитие неинфекционных экологически обус-

ловленных заболеваний, и профилактическую работу по таким основным направлениям, как развитие физкультуры и спорта, внедрение биологически активного питания, персональное консультирование врачом-экологом. Здоровье человека зависит от экологии на 20%, от качественной медицинской помощи на 10%, от генетики на 20% и от образа на 50%.

Выводы

1. Большой вклад в антропогенное загрязнение почвы вносят промышленные выбросы и отходы; особую тревогу вызывают органические, неорганические и металлоорганические токсиканты.

2. В программу кардиологического скрининга необходимо включать оценку не только уровней ФР, но и причинно-следственное взаимодействие между суммарным сердечно-сосудистым риском и уровнем загрязненности окружающей среды для выявления пациентов высокого и очень высокого риска.

3. Пациентам высокого и очень высокого риска наряду с симптоматической кардиопротекторной терапией (ингибиторы ангиотензинпревращающего фермента, антагонисты кальция, β -блокаторы, антиагреганты, гиполлипидемические препараты) необходимо проводить патогенетически детерминированную немедикаментозную и медикаментозную терапию.

4. Руководителям медицинских организаций промышленно развитых регионов целесообразно разрабатывать методические программы по первичной и вторичной профилактике заболеваний, обусловленных экологическими факторами, и открывать на предприятиях и в центрах здоровья кабинеты врача-эколога.

5. Необходимо внедрять в практическую работу нормативные документы медико-экологического аудита по оценке экологического риска для здоровья населения промышленно развитого города и технологии оздоровления лиц, проживающих в неблагоприятных экологических зонах.

6. Руководителям медицинских организаций в экологически неблагоприятных регионах целесообразно внедрить в практическую работу поликлиник, центров здоровья и здравпунктов экологический паспорт здоровья и на его основании проводить персонализированную профилактику

и диспансеризацию населения, проживающего в зонах техногенных и природных катастроф, неблагоприятных условиях труда и проживания.

*Работа выполнена при поддержке гранта
РГНФ № 16-0600605.*

СВЕДЕНИЯ ОБ АВТОРЕ

Ойноткинова Ольга Шонкорвна – доктор медицинских наук, профессор кафедры пропедевтики внутренних болезней и лучевой диагностики ФГБОУ ВО «Российский национальный исследовательский медицинский университет им. Н.И. Пирогова» (Москва)

E-mail: olga-oynotkinova@yandex.ru

ЛИТЕРАТУРА

1. Здоровье в контексте взаимовлияния риск-факторов: эколого-социальный анализ / Под ред. Н.Н. Моисеева // Зеленый мир. 1998. № 26. С. 19–21.

2. Вельтищев Ю.Е., Фокеева В.В. Экология и здоровье детей. Химическая экопатология. М., 1996.

3. Лисицын Ю.П. Общественное здоровье и управление здравоохранением: Учебник. 2-е изд. М. : ГЭОТАР-Медиа, 2009. 512 с.

4. Распознавание угрожающих экологических состояний. Математические методы анализа. М. : Вильямс, 2008. 1056 с.

5. Глобальная экологическая перспектива (ГЕО-3). Издание ЕНЕП ООН. М., 2008.

6. Экология и устойчивое развитие города: Материалы III Международной конференции. М., 2010.

7. Weber R.A. Information Systems Control and Public Health Service. Pearson Education, 2008. 241–242.

8. ООН. Детерминанты и последствия демографического роста. Т. 1, ч. 2. Женева, 2006. С. 295.

9. Наше общее будущее: Доклад Международной комиссии по окружающей среде и развитию (МКОСР). М., 2006.

10. Викторов А.А. и др. Основы медико-экологической безопасности. М., 2011.

REFERENCES

1. Health in the context of the mutual influence of risk factors: ecological and social analysis. Ed. N.N. Moiseeva. Zeleny mir [Green World]. 1998: 26: 19–21. (in Russian)

2. Veltishchev Yu.E., Fokeeva V.V. Ecology and health of children. Chemical ecopathology. Moscow, 1996. (in Russian)

3. Lisitsyn Yu.P. Public health and health management: A Textbook. 2nd ed. Moscow: GEOTAR-Media, 2009: 512 p. (in Russian)

4. Recognition of threatening ecological conditions. Mathematical methods of analysis. Moscow: Williams, 2008: 1056 p. (in Russian)

5. Global Environment Outlook (GEO-3). Edition of UN-ECE. Moscow, 2008. (in Russian)

6. Ekologiya i ustoychivoye razvitiye goroda: Materialy III Mezhdunarodnoy konferentsii [Ecology and sustainable development of the city: Materials of the III International Conference]. Moscow, 2010. (in Russian)

7. Weber R.A. Information Systems Control and Public Health Service. Pearson Education, 2008: 241–2.

8. The United Nations. Determinants and consequences of demographic growth. T. 1, part 2. Geneva, 2006. P. 295. (in Russian)

9. Our Common Future: Report of the International Commission on Environment and Development (ICRD). Moscow, 2006. (in Russian)

10. Viktorov A.A., et al. Fundamentals of medical and environmental safety. Moscow, 2011. (in Russian)

Нужна информация по лекарственному препарату?
Мы ее вам предоставим!

БЫСТРЫЙ • УМНЫЙ • ТОЧНЫЙ



ЛСГЭОТАР

ЭЛЕКТРОННЫЙ ЛЕКАРСТВЕННЫЙ
СПРАВОЧНИК

Научные публикации

Действующие вещества

Торговые названия

МКБ-10 | АТХ | КФУ | Компании ▾

Непатентованные наименования от 'якорцев' до 'янтарная'

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

1 L R

Якорцев стелющихся травы экстракт

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

МКБ-10 +

Входит в состав:

Трибестан® таблетки внутрь

Янтарная кислота

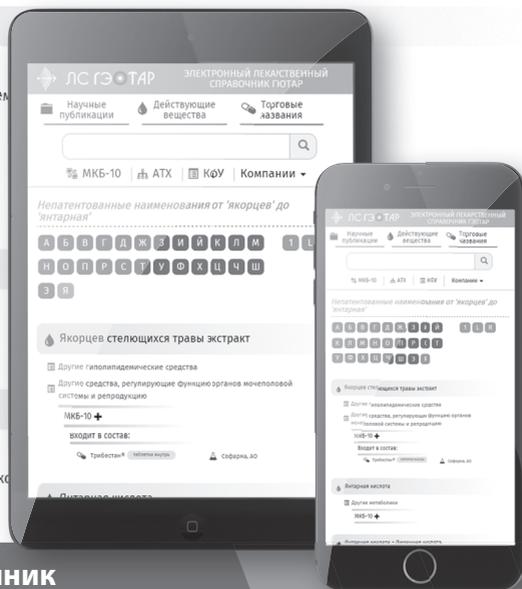
- Другие метаболиты

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
- ✓ Новости фармацевтической индустрии, клинические обзоры
- ✓ Бесплатный доступ для врачей и студентов
- ✓ Интеграция с образовательными модулями и библиотеками врача, студента



www.lsggeotar.ru

ЗАКАЖИ МЕДИЦИНСКУЮ ЛИТЕРАТУРУ

МЕД  **КНИГА**
С Е Р В И С

8-800-555-999-2

www.medknigaservis.ru

- ➔ Более **5000** наименований книг
- ➔ Подписка на медицинские журналы
- ➔ Акции, скидки и подарки покупателям
- ➔ Электронные библиотеки
- ➔ Заказ товара **24 часа** в сутки
7 дней в неделю
- ➔ Быстрая доставка
- ➔ Разные способы оплаты
- ➔ Акции, скидки

Уважаемые читатели!

Вы можете оформить подписку на журнал «ОРГЗДРАВ: новости, мнения, обучение» в редакции.

Редакционная подписка – это:

- подписка с любого номера
- льготная цена
- гарантированная и своевременная доставка
- обратная связь с редакцией

Стоимость льготной подписки через редакцию:

- для индивидуальных подписчиков/для предприятий и организаций: 4 номера (год) – 2400 руб.

Периодичность выхода журнала – 1 раз в 3 месяца.

Оформить подписку очень просто. Разборчивым почерком впишите в квитанцию ФИО получателя, сумму, телефон, точный почтовый адрес для доставки журнала. Оплатите квитанцию в любом отделении Сбербанка России. Подтвердите оплату по телефону (495) 921-39-07 (доб. 137) или по электронной почте: bookpost@medknigaservis.ru (информация для отдела подписки).



Извещение	Форма №ПД-4
	ООО «ПрофмедКнига»
	(наименование получателя платежа)
	7730622494/773001001
	(ИНН получателя платежа)
	№ 40702810306000021201
	(номер счета получателя платежа)
	в АО «ТЭМБР-БАНК» г. Москва
	(наименование банка и банковские реквизиты)
	к/с 30101810445250000166 в Отделении 3 Москва
БИК 044525166	
Подписка на журнал «ОРГЗДРАВ: новости, мнения, обучение. Вестник ВШОУЗ» (4 номера)	
Дата _____ Сумма платежа: <u>2400</u> руб. _____ коп.	
Плательщик (подпись) _____	
кассир	
Извещение	Форма №ПД-4
	ООО «ПрофмедКнига»
	(наименование получателя платежа)
	7730622494/773001001
	(ИНН получателя платежа)
	№ 40702810306000021201
	(номер счета получателя платежа)
	в АО «ТЭМБР-БАНК» г. Москва
	(наименование банка и банковские реквизиты)
	к/с 30101810445250000166 в Отделении 3 Москва
БИК 044525166	
Подписка на журнал «ОРГЗДРАВ: новости, мнения, обучение. Вестник ВШОУЗ» (4 номера)	
Дата _____ Сумма платежа: <u>2400</u> руб. _____ коп.	
Плательщик (подпись) _____	
кассир	



Оборотная сторона
Информация о плательщике

_____ (Ф.И.О., адрес плательщика)

_____ (ИНН плательщика)

№ _____ (номер лицевого счета (код) плательщика)

Оборотная сторона
Информация о плательщике

_____ (Ф.И.О., адрес плательщика)

_____ (ИНН плательщика)

№ _____ (номер лицевого счета (код) плательщика)