

2018

Здравоохранение: современный взгляд и приоритеты развития

Доклад
Политической партии
СПРАВЕДЛИВАЯ РОССИЯ



2018

Здравоохранение: современный взгляд и приоритеты развития

Доклад
Политической партии
СПРАВЕДЛИВАЯ РОССИЯ

ОГЛАВЛЕНИЕ

ВВЕДЕНИЕ	5
1. ОСНОВНЫЕ ПРОБЛЕМЫ И СОСТОЯНИЕ СИСТЕМЫ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ	7
1.1. Состояние здоровья российских граждан	7
1.2. Система здравоохранения в оценках российских граждан	7
1.3. Проблемы организации и оказания медицинской помощи	9
1.4. Проблемы системы финансирования здравоохранения.....	12
1.5. Новые экономические и технологические вызовы	16
1.6. Особенности государственного финансирования здравоохранения.....	17
1.7. Стратегические цели и приоритеты развития здравоохранения	19
2. ПОКАЗАТЕЛИ И ОСНОВНЫЕ ПРИЧИНЫ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ И СМЕРТНОСТИ НАСЕЛЕНИЯ. ЭФФЕКТИВНОСТЬ РОССИЙСКОЙ МЕДИЦИНЫ	21
3. СОСТОЯНИЕ И РАЗВИТИЕ ПЕРВИЧНОЙ, СПЕЦИАЛИЗИРОВАННОЙ И ВЫСОКОТЕХНОЛОГИЧНОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ И РЕАБИЛИТАЦИИ	29
3.1. Репродуктивное здоровье	34
3.2. Охрана здоровья матери и ребенка	35
3.3. Оказание скорой помощи	43
3.4. Состояние и пути решения проблем детской и взрослой онкологии	50
3.5. Психическое здоровье населения	58
3.6. Медицинская помощь пожилым людям	63
3.7. Доступность медицинской помощи	67
3.8. Развитие медицинской реабилитации и санаторно-курортного дела	82
4. ПРОФИЛАКТИКА ЗАБОЛЕВАНИЙ, ДИСПАНСЕРИЗАЦИЯ И ФОРМИРОВАНИЕ ЗДОРОВОГО ОБРАЗА ЖИЗНИ.....	85
4.1. Состояние диспансеризации пребывающих в стационарных учреждениях детей-сирот и детей, находящихся в трудной жизненной ситуации.....	85
4.2. Персонифицированный подход в организации первичной медико-санитарной помощи	89
4.3. Организация медицинской помощи в средних учебных заведениях.....	90
5. ОБЯЗАТЕЛЬНОЕ И ДОБРОВОЛЬНОЕ МЕДИЦИНСКОЕ СТРАХОВАНИЕ	93

6. ОБЕСПЕЧЕННОСТЬ НАСЕЛЕНИЯ МЕДИЦИНСКИМИ ИЗДЕЛИЯМИ И ЛЕКАРСТВЕННЫМИ ПРЕПАРАТАМИ	99
6.1. Ситуация с обеспечением лекарственными препаратами	100
6.2. Обеспечение безопасными медицинскими изделиями.....	115
7. КАДРОВОЕ ОБЕСПЕЧЕНИЕ СИСТЕМЫ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ	117
7.1. Текущая ситуация с кадровым обеспечением	117
7.2. Проблемы дефицита медицинских кадров в сельских территориях	127
8. ВЫВОДЫ И ПРЕДЛОЖЕНИЯ	130
8.1. Технологический прорыв в здравоохранении	131
8.2. Развитие здорового образа жизни	132
8.3. Обеспечение доступности качественных медицинских услуг	132
8.4. Создание эффективной системы лекарственного обеспечения.....	136
8.5. Развитие кадрового потенциала	136
8.6. Реорганизация медицинского образования	138
8.7. Решение проблем школьной медицины.....	139
8.8. Необходимость развития традиционной медицины.....	141
8.9. Профилактика, диспансеризация и формирование здорового образа жизни	142
9. КОМПЛЕКС ПЕРВООЧЕРЕДНЫХ МЕР	144
10. БИБЛИОГРАФИЧЕСКИЙ СПИСОК ПУБЛИКАЦИЙ И МАТЕРИАЛЫ, ИСПОЛЬЗОВАННЫЕ ПРИ ПОДГОТОВКЕ ДОКЛАДА.....	147

Преамбула

Партия СПРАВЕДЛИВАЯ РОССИЯ выражает благодарность за участие в подготовке доклада, предоставленные и использованные материалы руководству и коллективам Минздрава России, Комитета Государственной Думы по охране здоровья, ФГАОУ ВО Национального исследовательского университета Высшая школа экономики, Общероссийской общественной организации «Деловая Россия», Общественной палаты Российской Федерации, Общероссийской общественной организации малого и среднего предпринимательства «Опора России», ФГБОУ ВО «Российской академии народного хозяйства и государственной службы при Президенте Российской Федерации, Российского союза промышленников и предпринимателей, ФГБОУ ВО «Российский экономический университет имени Г.В. Плеханова», Торгово-промышленной палаты Российской Федерации, ФГБОУ ВО «Финансовый университет при Правительстве Российской Федерации», Федеральной службе по надзору в сфере здравоохранения, Федерального медико-биологического агентства, ФГБУ «Центрального НИИ организации и информатизации здравоохранения» Минздрава России, Федеральному фонду обязательного медицинского страхования, Институту экономики РАН, Союзу медицинского сообщества «Национальная медицинская палата», Общероссийской общественной организации «Лига защитников пациентов», членам Экспертного Совета фракции Политической партии СПРАВЕДЛИВАЯ РОССИЯ.

ВВЕДЕНИЕ

В современном мире место любого государства в международном сообществе – наряду с уровнем экономики, научно-техническим потенциалом, природными ресурсами – определяется качеством «человеческого капитала», возможностью создания благоприятных условий для успешной самореализации творческих способностей каждого человека.

Решить задачу прорывного развития России, которая поставлена Президентом Российской Федерации, может только здоровая нация. А для этого должны быть обеспечены все условия для активного и здорового долголетия и, в первую очередь, обеспечены – равный доступ для всех к системе медицинского обслуживания, гарантированная возможность получения услуг медицины высоких технологий, приближение первичной медико-санитарной помощи гражданам к их месту жительства, высокая квалификация медицинского персонала, передовое материально-техническое оснащение системы здравоохранения и многое другое.

Сегодня положение России по указанным выше параметрам, характеризующим состояние отечественного здравоохранения, трудно назвать удовлетворительным. Многие проблемы упускаются из виду, а целый ряд уже принятых решений требует отмены или глубокой корректировки. При этом особое значение приобретает главный показатель эффективности всей системы здравоохранения – состояние здоровья граждан страны.

Партия СПРАВЕДЛИВАЯ РОССИЯ считает, что в настоящее время реализуемая в России модель здравоохранения противоречит подходам, заложенным в Конституции Российской Федерации. В статье 41 Основного закона страны прямо сказано: «Каждый имеет право на охрану здоровья и медицинскую помощь. Медицинская помощь в государствен-

ных и муниципальных учреждениях здравоохранения оказывается гражданам бесплатно за счет средств соответствующего бюджета, страховых взносов, других поступлений».

Здравоохранение – это одна из основных социальных функций нашего государства и должна быть реализована именно как социальная функция. Тем более что общая продолжительность жизни, благодаря демографическим инициативам Президента Российской Федерации растет, а Министерством здравоохранения в этом направлении делается очень многое.

Мы постоянно слышим о росте зарплат медицинских работников, об открытии высокотехнологичных медучреждений, об успехах отечественных медиков, предприятий фармацевтической промышленности и т.п.

Однако на деле складывается иная картина – люди не могут получить медицинскую помощь, оплачивают лечение из своего кармана, вынуждены ездить за десятки километров, по несколько часов сидят в очереди и обивают пороги, чтобы попасть к нужному специалисту. Причем это, хотя и очень важные, но только некоторые из множества проблем, которые накопились в созданной за последние годы системе здравоохранения.

Очень часто крайними в этой ситуации оказываются наши врачи. Хотя подавляющее большинство из них честно и добросовестно исполняют свой долг, а сложившаяся в медицине ситуация и ее исправление практически от них не зависит.

Вся организация здравоохранения у нас привязана к крупным населенным пунктам и зачастую строится на принципах бизнеса. В результате сегодня 17 тысяч населенных пунктов в нашей стране не имеют ни медицинского, ни фельдшерско-акушерского пункта. То есть проживающие там граждане не могут получить на месте какую бы то ни было медицинскую помощь.

Сегодня проблемы здравоохранения вышли на политический уровень. Именно поэтому Партия СПРАВЕДЛИВАЯ РОССИЯ уделяет их решению постоянное внимание. Нами предложен целый комплекс мероприятий, ряд из которых в виде законодательных инициатив уже внесен в Государственную Думу. Однако партия власти, усугубляя ситуацию, тормозит их принятие.

Наша Партия последовательно выступает за создание и развитие новой модели здравоохранения как социальной функции государства. Мы готовы поддерживать усилия всех, кто придерживается аналогичных взглядов. В этой связи выражаем искреннюю благодарность и признательность всем экспертам и специалистам, чьи материалы и предложения положены в основу и использованы при составлении настоящего Доклада.

1. ОСНОВНЫЕ ПРОБЛЕМЫ И СОСТОЯНИЕ СИСТЕМЫ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

1.1. СОСТОЯНИЕ ЗДОРОВЬЯ РОССИЙСКИХ ГРАЖДАН

Современное состояние российской системы здравоохранения вызывает неоднозначную оценку. Средняя продолжительность ожидаемой жизни при рождении существенно выросла в последнее десятилетие: с 65,4 года в 2005 году до 71,9 года в 2016 году и достигла 72,6 года в 2017 году. Это выше среднемирового уровня (71,4 года в 2015 г.), но сохраняется значительный разрыв – примерно 8 лет – с европейскими странами (80,6 года в 2015 году).

Особенно тревожна ситуация со смертностью мужчин в трудоспособном возрасте. По данным Всемирной организации здравоохранения, показатель вероятности умереть для мужчин в возрасте от 15 до 60 лет в России почти в 2 раза превышает среднеевропейский показатель (в 2015 г. – 325 и 168 на 1 000 мужчин соответственно). Лишь в 18 африканских странах и воюющей Сирии этот показатель хуже, чем в России.

Значительно слабее, в сравнении с западными странами, у нас обстоит дело и с вовлеченностью населения в охрану и сбережение собственного здоровья, в том числе за счет двигательной активности, занятия оздоровительным спортом, применения персональных устройств мониторинга состояния здоровья и т.д. Продолжает нарастать проблема малоподвижного образа жизни детей, подростков и молодежи, стимулируемая внедрением в повседневную жизнь компьютеров, а также смещением приоритетов в пользу компьютерных, а не подвижных и спортивных игр.

По ежегодным суммарным государственным и частным расходам на здравоохранение наша страна находится на уровне развивающихся государств (в России в последние годы – 5-6% ВВП; в Бразилии – 8-9%, в Китае – 5%, в Индии – 4%), но заметно отстает от уровня развитых (Канада – 10% ВВП, Германия – 11%, Франция – 11%). Пересчитанный по паритету покупательной способности объем ежегодных расходов на здравоохранение в расчете на душу населения (1414 \$ в 2015г.) в России немного превышает уровень Бразилии (1392 \$) и в 1,9 раза – уровень Китая (762 \$), но уступает уровню Великобритании почти втрое (4145 \$), а Германии – в 4 раза (5357 \$).

При сопоставимом пакете гарантий оказания медицинской помощи гражданам российские госрасходы на здравоохранение (в последние годы – примерно 3,2-3,4% ВВП) заметно ниже уровня расходов в странах ЕС (7,2% ВВП).

1.2. СИСТЕМА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ В ОЦЕНКАХ РОССИЙСКИХ ГРАЖДАН

В приоритетах россиян состояние системы здравоохранения устойчиво занимает первое место, опережая безопасность, стабильный заработок, экологию и др., а удовлетворенность доступностью медицинской помощи, является наименьшей среди характеристик удовлетворенности жизнью.

Пример из жизни

Кемеровская область – Кузбасс

В городскую больницу № 1 г. Новокузнецка Кемеровской области бригадой скорой помощи была доставлена пожилая женщина. Носилки с пациенткой из квартиры в машину скорой

помощи транспортировали соседи. В больнице также имел место недостаток персонала для транспортировки больных. При госпитализации родственники пациентки получили список вещей, которые необходимо принести в больницу, в котором кроме прочего, были указаны половые тряпки. Увольнения медицинских работников и нехватка персонала обусловлены реорганизацией, инициированной новым исполняющим обязанности заместителя губернатора по вопросам здравоохранения.

Состояние системы здравоохранения вызывает обоснованную тревогу в российском обществе, и степень этой тревоги усиливается, несмотря на улучшение материально технической базы многих стационаров.

Именно сферу здравоохранения россияне считают одной из основных, причем доля граждан, которые называют проблемы здравоохранения наиболее значимыми, растет в последние годы самыми высокими темпами (увеличение в 2,4 раза в 2014–2016 гг.).

Российские граждане ждут от государства большего сосредоточения сил в первую очередь именно в здравоохранении. Согласно опросу ВЦИОМ в ноябре 2016г., здравоохранение занимает первое место в ответах на вопрос, на чем в своей деятельности следует в первую очередь сосредоточиться государству. А согласно исследованию НИУ ВШЭ, развитие больниц и поликлиник и повышение зарплат медицинскому персоналу занимают в представлениях граждан первое место среди задач, на решение которых государство должно сосредоточиться.

К числу проблем нашего здравоохранения граждане в первую очередь относят – недостаточный уровень профессиональной подготовки врачей, недоступность медицинской помощи из-за дороговизны лекарств и медицинских услуг, нехватку современного оборудования.

Слайд. Опрос о необходимости изменений в системе здравоохранения.



1.3. ПРОБЛЕМЫ ОРГАНИЗАЦИИ И ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ

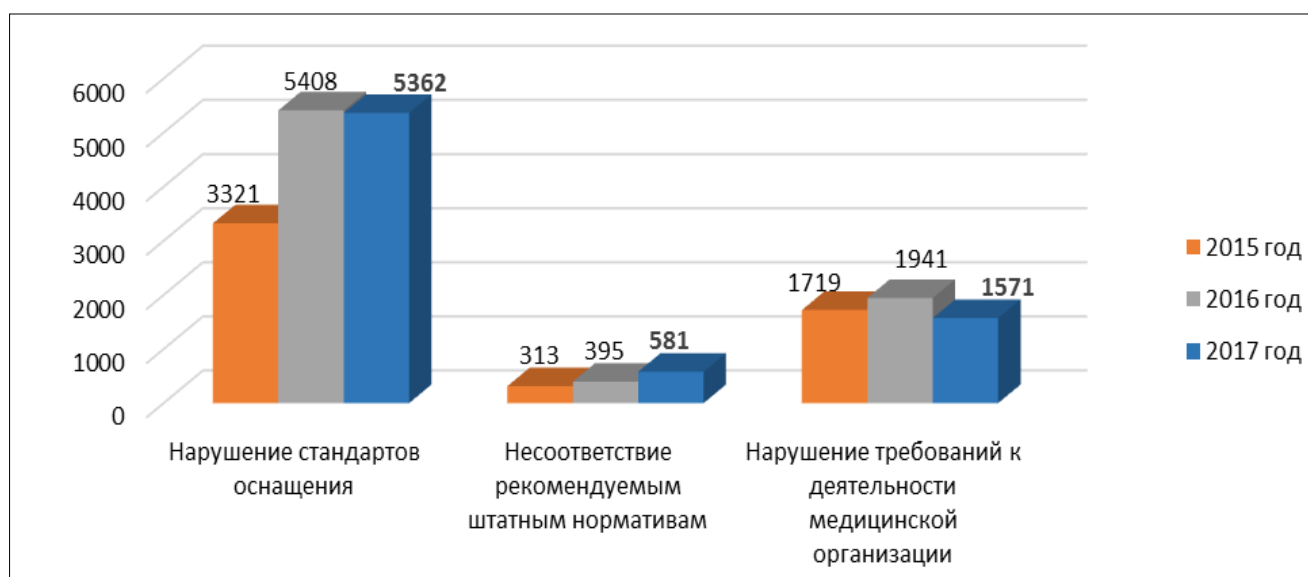
Главными препятствиями для адекватного ответа российского здравоохранения на ожидания граждан являются недостаточность ресурсного обеспечения в сочетании с нереализованностью многочисленных резервов повышения эффективности использования имеющихся материальных, трудовых и финансовых ресурсов.

Слайд: Основные нарушения прав граждан при оказании медицинской помощи



Системе оказания медицинской помощи присущи проблемы, которые не решаются долгое время:

Слайд. Основные проблемы исполнения медицинскими организациями порядков оказания медицинской помощи в 2015 – 2017 гг.



Особое внимание необходимо обратить на низкое качество первичной медико-санитарной помощи, прежде всего оказываемой в участковой службе. Измеренный по 25 показателям уровень развития участковой службы в России заметно ниже, чем во всех постсоветских странах Европы. Соответственно, в России относительно выше показатели уровня госпитализации, числа койко-дней на одного жителя, объемов скорой медицинской помощи;

ПРИМЕР ИЗ ЖИЗНИ

Смоленская область

Жители обращают внимание на ужасающее состояние больниц, поликлиник, фельдшерско-акушерских пунктов и врачебных амбулаторий. Медицинские работники сами заготавливают дрова, топят печи в помещениях, расчищают подходы к лечебным учреждениям от травы, а также укрепляют их булыжником и кирпичами. В ряде помещений нет электричества, текут крыши, осыпаются кирпичные стены. Туалеты нередко расположены на улице, вода – в колонке, в сотне метров от медицинского пункта.

В сельской местности имеет место дефицит врачей и фельдшеров. Например, в штате медучреждения в деревне Сыр-Липки в период подготовки настоящего доклада состояла только уборщица. По причине отсутствия общественного транспорта затруднена доступность многих фельдшерско-акушерских пунктов. Пациенты вынуждены добираться из ближайших сел летом на велосипедах, а зимой на лыжах.

В поликлиниках областного центра ожидание пациента в очереди к врачу может составлять полтора часа. При этом талоны на прием к специалисту выдаются на один-два месяца вперед. Создаются длинные очереди в регистратуру.

Имеет место дефицит кадров первичного звена: не хватает 30% участковых терапевтов и 10% участковых педиатров. Во многих регионах две трети участковых врачей составляют люди предпенсионного и пенсионного возраста. Если им на смену через 5-10 лет не придут молодые врачи, работа участковой службы должно быть необратимо деградировать;

- недостаточные в сравнении с имеющимися потребностями уровни развития геронтологической, реабилитационной, медико-социальной помощи, лабораторно-диагностической службы;
- при существующих медицинских технологиях и участковой службе сохраняется дефицит узких специалистов в амбулаторно-поликлинических учреждениях, в частности, гематологов – 14%, проктологов – 31%, ревматологов – 69%;
- недостаток компетенций медицинских кадров. Происходит устойчивое снижение уровня квалификации медицинских кадров, которые готовит система профессионального образования;
- слабая мотивация медиков к повышению качества медицинской помощи;
- недостаток кооперации между разными звеньями оказания медицинской помощи: диагностическими центрами, поликлиниками, больницами, реабилитационными службами.

Слайд: «Оптимизация» и реструктуризация лечебной сети.

«Оптимизация» и реструктуризация лечебной сети

Из **115,5 тыс.** зданий государственных и муниципальных медицинских организаций **17,4%** находились в аварийном состоянии, требовали реконструкции или капитального ремонта.

Центральный федеральный округ	21,3%
– Тверская область	45,5%
– Орловская область	39,3%
– Московская область	39,3%
Северо-Кавказский федеральный округ	21,85%
– Республика Дагестан	24,3%
– Чеченская Республика	25%
Уральский федеральный округ	23,9%
– Курганская область	32,2%
– Челябинская область	30,9%

Слайд. Медицинские организации

Медицинские организации (2015 - 2017 гг.)



Всего в Российской Федерации в системе Министерства здравоохранения в 2017 г. функционировало **7 529** МО (в 2016 г. – **7 767**, в 2015 г. – **8 044**) – снижение на 6,4%;

в том числе лечебно-профилактических – 6 381

(в 2016 г. – **6 559**, в 2015 г. – **6 776**)



ЦЕНТРАЛЬНЫЙ НИИ ОРГАНИЗАЦИИ И
ИНФОРМАТИЗАЦИИ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
www.mednet.ru

Использование современных технологий тормозится недостаточным текущим финансированием и недостаточной подготовкой работников, прежде всего – врачей. С середины XX века и до последнего времени в стране не была создана эффективная система послевузовской подготовки врачей, адекватная современным требованиям.

Общую картину усугубляют случаи финансовых нарушений, коррупции в системе здравоохранения и самоуправства руководства медучреждениями на местах.

ПРИМЕРЫ ИЗ ЖИЗНИ

Вологодская область

В 2017 году бывшего главного врача Вологодской городской поликлиники № 4 приговорили к пяти годам колонии строгого режима и к пятимиллионному штрафу за получение взяток и злоупотребление должностными полномочиями. С 2012 по 2015 год осуждённый организовал в поликлинике № 4 и двух других учреждениях здравоохранения бесплатное исследование анализов для частной клиники «Авиценна», гендиректором которого работала его жена. Врачи Вологодской городской поликлиники №4 по его указанию вели прием в ООО «Авиценна» в рабочее время, а оплата их труда осуществлялась за счет средств поликлиники. В результате преступной деятельности медучреждение понесло ущерб в размере 21 млн. рублей.

Оренбургская область

В ноябре 2017 года бывшего главного врача ГБУЗ «Оренбургский областной центр медицинской профилактики» приговорили к лишению свободы сроком на 2 года и 4 месяца со штрафом в размере 80 тыс. рублей. Как установил суд, он на протяжении более двух лет, используя свое служебное положение, заключил 5 фиктивных трудовых договоров. Принятые по договору сотрудники фактически на работу не выходили, лично зарплату не получали. Общая сумма ущерба составила более 1,6 млн. рублей.

14 декабря 2017 г. суд приговорил бывшего главного врача оренбургского кожно-венерологического диспансера к дисквалификации сроком на 3 года. Как установил суд, он в течение года получал часть премии за двух сотрудников диспансера на сумму около 450 тысяч рублей.

Тульская область

За 2018 год на «горячую линию» губернатора Тульской области поступило свыше 200 обращений о связанном с коррупцией ненадлежащем выполнении медиками своих обязанностей. В частности, врачи направляют пациентов на платные обследования в конкретные клиники, не предложив им альтернативных решений за счёт обязательного страхования, требуют деньги за оформление больничных листов, а также плату за выдачу льготных лекарственных препаратов.

1.4. ПРОБЛЕМЫ СИСТЕМЫ ФИНАНСИРОВАНИЯ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

Недостаток государственного финансирования порождает разрыв между гарантией бесплатного лечения и реальной практикой получения медицинской помощи за плату. Это создает серую зону взаимоотношений между медиками и пациентами. В результате недофинансирования здравоохранения возможности получения качественной медицинской помощи существенно различаются для жителей разных регионов и разных населенных пунктов. Следствием недофинансирования становится также неформальное определение гарантированного набора бесплатных медицинских услуг, что подрывает доверие к общественному здравоохранению.

Создание системы обязательного медицинского страхования (ОМС) и другие изменения в механизмах финансирования здравоохранения, которые произошли за последнюю четверть века, не привели к формированию у участников этой системы (органов управления здравоохранением, фондов ОМС, страховых медицинских организаций, государственных

медицинских учреждений) достаточной мотивации к повышению эффективности использования ресурсов.

Распределение между медицинскими организациями плановых объемов медицинской помощи по ОМС является непрозрачным. В результате страховые медицинские организации в системе ОМС не играют роль контролера качества услуг здравоохранения, и не отстаивают интересы пациента, превращаясь на деле в простых дорогостоящих посредников, транслирующих средства ОМС в медицинские учреждения безотносительно к результатам лечебно-профилактической работы.

До настоящего времени отсутствуют надежные стимулы, которые побуждали бы медиков к заинтересованности в реальной оценке качества их работы, изживанию неформального отношения к делу и обеспечению полной прозрачности финансово-экономических отношений в отрасли. Нет также адекватной труду заработной платы и продуманного механизма материального поощрения медицинских работников, что в целом является одной из причин кадрового дефицита.

ПРИМЕР ИЗ ЖИЗНИ

Приморский край

В Кавалеровском районе Приморского края заработная плата врача, среднего медперсонала и санитаров на одну ставку без подработок составляет 11-12 тыс. рублей. При этом медсестра может получать 3 тыс. рублей, а санитарка – 10 тыс. рублей. В настоящее время укомплектованность кадрами в районе составляет 56%. Коэффициент совместимости по должностям составляет для врачей – 1,6, для среднего медперсонала – 1,5, что негативно отражается на качестве услуг и здоровье сотрудников. Всего работает 288 сотрудников, из которых 230 – пенсионеры. Официально средняя заработная плата врача – 64 622,45 рублей, среднего медперсонала – 34 219,38 рублей. Указанные данные не отражают реальной заработной платы, так как средняя заработная плата рассчитывается с учётом намного более высоких зарплат руководящего состава.

Общий объем финансовых нарушений, выявленных в 2017 году в сфере здравоохранения, составил 84,7 млрд. рублей, в том числе средства федерального бюджета – 10,4 млрд. рублей и средства ФОМС – 74,3 млрд. рублей.

Основные выявленные проблемы свидетельствуют:

- об отсутствии должного контроля со стороны Минздрава России и Федерального казначейства за расходованием межбюджетных субсидий, в том числе при реализации приоритетного проекта «Обеспечение своевременного оказания экстренной медицинской помощи гражданам, проживающим в труднодоступных регионах Российской Федерации»;
- о доведении Минздравом России не в полном объеме до подведомственных государственных учреждений и субъектов Российской Федерации бюджетных ассигнований за счет ФОМС на оказание высокотехнологичной медицинской помощи, не включенной в базовую программу ОМС;
- о снижении доступности медицинской помощи для населения, несбалансированности объемов медицинской помощи и ее финансового обеспечения, что приводит к росту медицинской помощи, оказанной на платной основе, и замещению бесплатной медицинской помощи платной.

Так, на 2018 год с дефицитом утверждено 45 территориальных программ государственных гарантий бесплатного оказания медицинской помощи на общую сумму 65,8 млрд. рублей (в 2017 году дефицит ТППГ за счет средств региональных бюджетов был отмечен в 65 регионах на сумму 153,8 млрд. рублей). В 2017 году по сравнению с 2016 годом отмечено увеличение расходов по здравоохранению, финансируемых за счет региональных бюджетов (амбулаторная медицинская помощь, медицинская помощь в дневных стационарах, скорая медицинская помощь, донорство крови и т.д.), на 78,4 млрд. рублей.

Слайд: Динамика размера расходов на здравоохранение в федеральном бюджете по видам расходов.

Динамика размера расходов на здравоохранение в федеральном бюджете по видам расходов

Подраздел федерального бюджета (ПР)	Расходы по подразделам (ПР) по годам, млрд.руб.			
	2017	2018	2019	2020
Стационарная медицинская помощь	148,66	133,18	134,14	137,85
Амбулаторная помощь	69,00	107,13	107,37	107,62
Медицинская помощь в дневных стационарах всех типов	0,05	0,57	0,57	0,58
Скорая медицинская помощь	0,43	4,26	4,32	1,03
Санаторно-оздоровительная помощь	30,27	34,02	33,62	30,92
Заготовка, переработка, хранение и обеспечение безопасности донорской крови и ее компонентов	4,16	4,52	4,30	4,34
Санитарно-эпидемиологическое благополучие	14,68	25,75	25,07	25,02
Прикладные научные исследования в области здравоохранения	16,03	22,97	24,20	28,00
Другие вопросы в области здравоохранения	79,69	127,66	93,07	162,16
Итого по разделу «Здравоохранение»	362,96	460,06	426,66	479,53
Доля от расходов федерального бюджета, %	2,7	3,4	3,2	3,6



ЦЕНТРАЛЬНЫЙ НИИ ОРГАНИЗАЦИИ И
ИНФОРМАТИЗАЦИИ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
www.mednet.ru

Слайд. Расходы региональных бюджетов на здравоохранение. Прогноз изменений.



Расходы региональных бюджетов на здравоохранение в 2019 г., млн руб. Прогноз изменений в 2020-2021 гг. (ТОП-15 субъектов РФ. Предварительные данные)

	Доля в общем бюджете региона	Динамика (прогноз) изменений, гг.		
		19/18	20/19	21/20
Москва	279 247	11%	1%	1%
Московская область	109 926	19%	-10%	3%
Санкт-Петербург	97 237	15%	-3%	-4%
Ханты-Мансийский АО	51 524	25%	-9%	-2%
Краснодарский край	50 540	20%	9%	-4%
Свердловская область	43 773	17%	6%	-2%
Республика Башкортостан	39 788	20%	-4%	н/д
Республика Татарстан	36 569	15%	6%	-2%
Красноярский край	34 920	15%	-0,2%	-6%
Челябинская область	33 528	18%	1%	-4%
Ростовская область	31 364	17%	7%	-7%
Новосибирская область	28 417	18%	13%	-2%
Иркутская область	28 273	19%	-3%	-1%
Нижегородская область	26 963	16%	6%	-4%
Самарская область	22 239	16%	2%	2%

Источник информации: «МедКоннект» на основании Законов субъектов РФ о региональном бюджете на 2018 г. и 2019 г. (расходы на здравоохранение указаны с учетом страховых взносов регионов за неработающее население в ФФОМС)

Слайд: Бюджет территориальных программ государственных гарантий бесплатного оказания медицинской помощи.



Бюджет территориальных программ государственных гарантий бесплатного оказания МП в 2019 г., млн руб. (ТОП-15 субъектов РФ. Предварительные данные)

	Доля региональных средств в ТППГ	Изменение 2019/2018	Подошовой норматив, руб.	
				Москва
Московская область	173 160	42%	22%	22 803
Город Санкт-Петербург	155 968	47%	10%	28 260
Краснодарский край	83 168	24%	6%	15 210
Свердловская область	77 277	26%	11%	17 530
Ханты-Мансийский АО	69 901	52%	6%	42 451
Республика Башкортостан	68 600	23%	12%	16 919
Красноярский край	64 608	20%	10%	22 111
Челябинская область	60 346	23%	7%	17 258
Ростовская область	57 932	18%	8%	14 154
Республика Татарстан	57 865	24%	8%	15 169
Иркутская область	49 976	18%	7%	20 036
Нижегородская область	49 380	23%	8%	15 214
Новосибирская область	48 572	23%	13%	17 254
Кемеровская область	48 244	23%	15%	18 192

Источник информации: «МедКоннект» на основании Территориальных программ государственных гарантий бесплатного оказания МП субъектов РФ в 2018 г. и 2019 г.

Слайд. Расходы региональных бюджетов на льготное лекарственное обеспечение.



Расходы региональных бюджетов на льготное лекарственное обеспечение в 2019 г., млн руб. Прогноз изменений в 2020-2021 гг. (ТОП-15 субъектов РФ. Предварительные данные)

	Доля в регион. бюджете на здравоохранение	Динамика (прогноз) изменений, гг.			
		19/18	20/19	21/20	
Москва	25 820	9,2%	-6%	-0,1%	0%
Московская область	10 163	9,2%	22%	6%	7%
Санкт-Петербург	3 731	3,8%	13%	-5%	0%
Краснодарский край	3 052	6,0%	32%	17%	10%
Ханты-Мансийский АО	1 881	3,6%	-11%	0%	0%
Республика Башкортостан	1 790	4,5%	23%	0%	н/д
Свердловская область	1 570	3,6%	-4%	4%	4%
Нижегородская область	1 499	5,6%	45%	0%	0%
Республика Татарстан	1 469	4,0%	4%	4%	4%
Челябинская область	1 409	4,2%	-11%	0%	0%
Красноярский край	1 183	3,4%	4%	-2%	0%
Ростовская область	978	3,1%	11%	0%	0%
Самарская область	931	4,2%	1%	0%	0%
Иркутская область	773	2,7%	13%	0%	0%
Новосибирская область	744	2,6%	10%	0%	0%

Источник информации: «МедКоннект» на основании Законов субъектов РФ о региональном бюджете на 2018 г. и 2019 г. (расходы на здравоохранение указаны с учетом страховых взносов регионов за неработающее население в ФФОМС)

1.5. НОВЫЕ ЭКОНОМИЧЕСКИЕ И ТЕХНОЛОГИЧЕСКИЕ ВЫЗОВЫ

Старение населения вызывает усложнение патологий, развитие множественных хронических заболеваний и соответствующий рост потребности в оказании медицинской помощи. Ситуация ухудшается в связи с необходимостью пожилым гражданам отработать еще ряд лет до выхода на пенсию.

При прогнозируемом уменьшении численности граждан в трудоспособном возрасте первостепенной необходимостью становится сбережение трудоспособного населения. Российское здравоохранение должно способствовать увеличению продолжительности активной трудовой жизни, уменьшению периодов временной нетрудоспособности, реабилитации, сокращению инвалидности.

Решительный положительный сдвиг в состоянии здравоохранения – это политический, социальный и экономический императив. Сегодня добиться результата в этом направлении лишь за счет существующих подходов невозможно: в системе охраны здоровья необходимы радикальные технологические и организационно-экономические изменения.

Налицо углубляющееся технологическое отставание российского здравоохранения от здравоохранения западных стран. Так, в странах с современной медициной общераспространенной практикой лечения инфаркта миокарда уже стали тромболизис и стентирование сосудов, а у нас это вошло в массовую практику только в Москве в последние годы и до сих пор редко применяется при инфаркте у граждан, проживающих

в других регионах. В отечественной онкологии все еще доминируют хирургические вмешательства, а современная точно направленная радиотерапия под компьютерным управлением доступна лишь в нескольких регионах. Во многих субъектах РФ радиотерапия недоступна или выполняется на устаревших малопроизводительных устройствах. Большинство онкологических больных не получают помощи по современным протоколам, прежде всего из-за недоступности современных лекарств и сопутствующих технологий. Обеспеченность пациентов современными таргетными препаратами, при использовании которых точно поражаются клетки опухоли и практически не страдают окружающие ткани, составляет у нас 2-5%. Для правильного применения многих современных лекарств необходима лабораторная диагностика, часть из которой недоступна в нашей стране даже применительно к такому распространенному раку, как рак молочной железы.

Разработка и внедрение новых технологий тормозится дефицитом кадров, обладающих необходимыми компетенциями для создания медицинской техники и ее эксплуатации в медицинских организациях.

Развитие мировой индустрии здоровья оказывает усиливающееся конкурентное воздействие на отечественные медицинские организации. В последние годы порядка 100 тыс. российских граждан предпочитали получать современную медицинскую помощь за рубежом. В ближайшей перспективе реальна угроза укрепления в качестве ведущих поставщиков медицинских услуг на российском рынке глобальных рыночных медицинских и IT-корпораций. Перед политикой в сфере здравоохранения встает дилемма: обеспечить технологический прорыв в развитии отечественной системы здравоохранения и стать полноправным участником глобальной конкуренции за лидерство в медицинских технологиях или оставаться в роли только потребителя достижений мировой индустрии здоровья и смириться с технологическим отставанием отечественных медицинских учреждений.

Новые медицинские и информационные технологии (молекулярно-генетическая диагностика, биоинформационный анализ геномных и биомаркерных данных, геновая терапия, регенеративная медицина, клеточная инженерия, создание биопрепаратов, генно-инженерных вакцин и таргетных лекарственных средств, неинвазивная персональная телемедицина, системы поддержки принятия медицинских решений и др.) создают новые рынки продуктов и услуг индустрии здоровья. По данным наукометрических показателей, услуги биомедицины вместе с IT-индустрией стали лидерами развития технологий экономики знаний и становятся драйверами экономического роста.

Объем ресурсов, направляемых в сферу здравоохранения в развитых экономиках, превышает половину доли всей промышленности в ВВП. Ускоренное развитие индустрии здоровья становится ведущим трендом экономики XXI века. Можно уверенно утверждать, что сдвиг ядра экономики от промышленности к здравоохранению, образованию и науке сыграет в XXI веке точно такую же роль, которую в XIX веке сыграл сдвиг от аграрного сектора к индустриальному. Пропустить этот сдвиг, промедлив с необходимыми технологическими и организационными изменениями, означало бы обречь страну на утрату положения великой державы. Очевидно, что нам необходим прорыв, а не просто частичное улучшение положения дел в здравоохранении.

1.6. ОСОБЕННОСТИ ГОСУДАРСТВЕННОГО ФИНАНСИРОВАНИЯ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

Национальный проект «Здравоохранение» включает в себя восемь федеральных проектов и концентрирует в себе 12,8% всех расходов на национальные проекты за три года. Эта доля меняется по годам. В 2019 году она составляет 9,5% всех соответствующих рас-

ходов, в 2020 году увеличивается до 16,6%, а в 2021 году снижается до 11,5%. Наибольший удельный вес ассигнований по НП «Здравоохранение» составляют расходы по федеральному проекту «Борьба с онкологическими заболеваниями» – 67,5%. Это представляется обоснованным, т.к. государство берет на себя важные финансовые обязательства по обновлению высокотехнологичного оборудования лечебных учреждений.

Однако остается неясным, какие средства направляются на то, чтобы снять с пациентов финансовое бремя оплаты дорогостоящих и эффективных лекарственных препаратов. В проект включена самая крупная статья, предусматривающая «оказание медицинской помощи больным с онкологическими заболеваниями в соответствии с клиническими рекомендациями и протоколами лечения» – в размере 70 млрд. руб. в 2019 году, 120 млрд. руб. в 2020 году и 140 млрд. руб. в 2021 году, но прямо об оказании помощи в предоставлении бесплатных лекарственных препаратов не говорится.

Второе место по значимости занимают расходы по ФП «Создание единого цифрового контура в здравоохранении на основе единой государственной информационной системы здравоохранения (ЕГИСЗ)» – соответственно 10,4% (в 2020 году – 15,1%). Они превышают даже расходы на такой важный федеральный проект как «Борьба с сердечно-сосудистыми заболеваниями» – 5,0%. что выглядит необоснованным. Вызывает удивление то, что на ФП «Обеспечение медицинских организаций системы здравоохранения квалифицированными кадрами» выделено лишь 1,9% всех затрат на НП «Здравоохранение» (по годам: 3,5% в 2019 году; 1,5% в 2020 году; 1,5% в 2021 году). Это не соответствует запланированному по данному национальному проекту выполнению задач по обновлению оборудования, материально-технической базы здравоохранению, улучшению качества услуг по детскому здравоохранению и т.п., т.к. все эти задачи по всему фронту работ должен выполнять медицинский персонал с намного более высокой квалификацией, обладающий более широким набором старых и новых компетенций.

Кроме того в национальном проекте «Здравоохранение», предполагающем строгий контроль за его реализацией и строгую ответственность ничего не говорится о выделении различным категориям больных бесплатных лекарств, с чем в последние годы обострились проблемы, что выглядит как несоблюдение принципов усиленной социальной направленности национальных проектов.

Экспертами Высшей Школы Экономики была проведена работа по оценке адекватности планируемых расходов по разделу «Здравоохранение», Общий вывод состоит в том, что соответствие выделенных ассигнований поставленным задачам требует дополнительного обоснования.

По разделу «Здравоохранение» с учетом средств национального проекта объем финансирования увеличивается лишь на 0,07 – 0,28 % ВВП в 2019-2021 гг. С учетом Федерального фонда обязательного медицинского страхования и бюджетов субъектов РФ размер государственных расходов на здравоохранение в 2019-2021 гг. в среднем составит 3,5% ВВП, что существенно меньше целевого показателя расходов на здравоохранение, включенного в Послание Президента Федеральному Собранию от 1.03.2018 (4% ВВП).

В результате следует ожидать дефицита ресурсов на выполнение ряда важнейших задач, в том числе на борьбу с основными причинами смертности. Это прежде всего касается финансирования мер, относящихся к сердечно-сосудистым заболеваниям.

Обращает на себя внимание усугубление уже имеющегося дисбаланса между затратами на первичную медико-санитарную и специализированную помощь – если на первую планируется всего 32,3 млрд. руб. или 4% от общей суммы расходов на национальный проект «Здравоохранение», то на специализированную помощь – 617,0 млрд. руб. или 82%.

Развитие системы первичной медико-санитарной помощи требует, по проведенным расчётам, не менее 220,9 млрд. руб. дополнительных затрат в 2019-2021 гг. Вместо этого предусматривается лишь финансирование мероприятий, направленных на устранение имевшего в прошлые годы нерационального сокращения сети ФАП и сельских врачебных

амбулаторий в малых и отдалённых поселениях и службы санитарной авиации. Иными словами, не предусматривается целенаправленное финансирование быстрого и существенного повышения качества первичной медико-санитарной помощи. Между тем развитие именно этого вида медицинской помощи является в современных условиях главным средством сокращения заболеваемости населения и относительного уменьшения потребности в дорогостоящей специализированной медицинской помощи.

Как и в прошлые плановые периоды сохраняется дисбаланс в структуре затрат на инструменты развития – практически все планируемые ресурсы направлены на приобретение оборудования и строительство. Не просматриваются позиции обеспечения его расходными материалами.






1.7. СТРАТЕГИЧЕСКИЕ ЦЕЛИ И ПРИОРИТЕТЫ РАЗВИТИЯ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ


Увеличение продолжительности активной жизни и укрепление здоровья российских граждан является главной целью развития здравоохранения.

Достижение этой цели при тех вызовах, которые стоят перед российским здравоохранением, требует существенных изменений проводимой политики в сфере медицины.

Слайд. Проблемные вопросы дальнейшего реформирования отрасли.

Проблемные вопросы дальнейшего реформирования отрасли

-  **Какая модель здравоохранения, учитывающая территориальные условия и демографическую обстановку, нужна России на среднесрочную перспективу (до 2025 года)?**
-  **В какой степени необходима конкретизация гарантий бесплатной медицинской помощи населению?**
-  **Каким образом должна проводиться балансировка объемов гарантий с объемами их финансирования из общественных средств?**
-  **В какой степени существующие порядки и стандарты должны соблюдаться в зависимости от возможностей медицинских организаций по оказанию этой помощи и объемов финансирования?**
-  **Как повысить эффективность расходов в здравоохранении?**
-  **Как развивать систему предоставления медико-социальных услуг для граждан старшей возрастной группы и инвалидов?**



ЦЕНТРАЛЬНЫЙ НИИ ОРГАНИЗАЦИИ И
ИНФОРМАТИЗАЦИИ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
www.mednet.ru

Так, необходимо применение новых целевых показателей результатов развития отрасли. Традиционно используемый показатель ожидаемой продолжительности жизни целесообразно дополнить показателями ожидаемой продолжительности здоровой жизни и индексом активного долголетия.

Показатель ожидаемой продолжительности здоровой жизни, используемый Всемирной организацией здравоохранения, показывает количество лет, которые человек живет без хронических заболеваний, которые бы серьезно осложняли его жизнь и делали его инвалидом. По этому показателю Россия сегодня занимает 104 место в мире.

Индекс активного долголетия рассчитывается Европейской экономической комиссией ООН. Он состоит из 22 индивидуальных показателей, сгруппированных в четыре субиндекса. Каждый субиндекс характеризует определенную сферу активного долголетия: 1) занятость на рынке труда; 2) участие в жизни общества, 3) независимая, здоровая и безопасная жизнь, 4) создание благоприятных условий для активного долголетия. Значение этого индекса для России соответствует 22 месту среди стран ЕС.

В целом, из отрасли, ориентация которой ограничена преимущественно выявлением и лечением заболеваний, здравоохранение должно стать интегрированной межотраслевой системой, которая способна не только более эффективно решать медицинские и социальные задачи, но и быть одним из главных драйверов роста российской экономики. Сохраняя миссию оказания гражданам помощи при заболеваниях, здравоохранение должно в большей мере обеспечивать их предотвращение и сохранять здоровье граждан, тем самым содействуя максимизации отдачи от человеческого капитала и росту темпов экономического и социального развития нашей страны

2. ПОКАЗАТЕЛИ И ОСНОВНЫЕ ПРИЧИНЫ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ И СМЕРТНОСТИ НАСЕЛЕНИЯ. ЭФФЕКТИВНОСТЬ РОССИЙСКОЙ МЕДИЦИНЫ

В последнее время во всем мире растет уровень заболеваемости и смертности от новообразований. В развитых странах смертность от болезней системы кровообращения уходит на второй план, так как является предотвратимой. В России сохраняется высокая смертность от болезней системы кровообращения, как среди всех категорий населения. Болезни системы кровообращения являются наиболее распространенной причиной смертности населения в нашей стране. По факторам риска данной группы заболеваний страна занимает ведущие строчки в мировом рейтинге. Так, по доли потребления алкоголя на душу населения Россия занимает четвертое место, а по табакокурению среди трудоспособных мужчин – восьмое, по ожирению – средние строчки рейтинга среди всех стран.

Все вышеперечисленные факторы риска являются поведенческими и физиологическими, то есть поддающимися коррекции (предотвратимыми) при правильно налаженной работе первичного звена медико-санитарной помощи. Однако, в первичном звене существует ряд сбоев, что не позволяет остановить высокую заболеваемость от предотвратимых неинфекционных причин (болезней системы кровообращения), которые занимают первое место по смертности населения.

Предотвращение заболеваемости болезнями системы кровообращения – резерв сокращения смертности и увеличения продолжительности жизни.

В 2018 году болезни системы кровообращения унесли жизни 841 915 человек трудоспособного и пенсионного возраста. С возраста 45 лет болезни системы кровообращения выходят на первое место среди всех причин смерти мужчин и женщин. В развитых странах наблюдается снижение смертности от данной причины, так как она предотвращается на этапе профилактической и первичной помощи. Основным резервом по сохранению продолжительности жизни и снижению смертности является профилактика и лечение на этапе первичной медико-санитарной помощи людей с болезнями системы кровообращения. Для того, чтобы достичь снижения смертности и увеличения средней продолжительности жизни требуется увеличение доли расходов на медицину в ВВП страны минимум в полтора раза – с 3,7% до 5,5%.

Смертность от новообразований резко увеличивается с 45-летнего возраста у мужчин и с 55 лет у женщин и занимает второе место после смертности от болезней системы кровообращения.

Обращает на себя внимание снижение роста признания инвалидности (при увеличении заболеваемости, вследствие которой может быть инвалидизация), что отражает изменение правил признания.

По состоянию на 2017 год средняя продолжительность жизни в России составляла 72,7 года (67,5 лет для мужчин, 77,6 лет для женщин) (к примеру, в странах Европы – 78,1 лет

для мужчин и 83,6 лет для женщин). Увеличение средней продолжительности жизни до 80 лет к 2030 году возможно только в случае увеличения доли расходов на медицину в ВВП.

В Указе Президента России от 7 мая 2018 г. № 204 «О национальных целях и стратегических задачах развития Российской Федерации на период до 2024 года» (далее – Указ № 204) установлена цель: ожидаемая продолжительность жизни (далее – ОПЖ) к 2024 году должна достигнуть 78 лет, то есть ОПЖ за 6 лет должен прирасти на 5,3 года.

Анализ динамики, инерционный прогноз смертности и ОПЖ позволяют сделать очевидный вывод: без изменения принципов государственного управления здоровьем населения России поставленная цель достигнута не будет, сохранение существующей практики даст в лучшем случае 75,53 года.

За предыдущее десятилетие (с 2007 по 2017 год) прирост составил лишь 5,09 года. За этот же период ежегодные расходы на здравоохранение увеличились в 2,2 раза с 1,3 трлн. до 2,8 трлн. руб.

Значения ключевых целевых показателей Государственной программы «Развитие здравоохранения», принятой в 2012 году на период до 2020 года, такие, как уровень смертности и ОПЖ не были выполнены, а в новой редакции Госпрограммы показатель общей смертности исключен. Указ Президента Российской Федерации от 7 мая 2012 года N 606 «О мерах по реализации демографической политики РФ» в части достижения к 2018 году ОПЖ на уровне 74 лет не выполнен.

Госпрограмма, федеральный бюджет и бюджет ФОМС на 2019-2021 годы не содержат указаний на действия, которые могли бы преодолеть инерцию сложившейся динамики. Россия не достигнет поставленных целей без целенаправленного изменения принципов управления здравоохранением. С учетом планов по существенному увеличению ассигнований на приоритетные проекты в сфере охраны здоровья масштаб неэффективности только увеличится. Среднегодовое снижение смертности на 1,5% за десятилетие с 01.01.2007 по 01.01.2017 года позволило повысить ОПЖ на 5,09 года в основном за счет снижения младенческой смертности с 11,1 до 6,5 на 1000 чел. Потенциал снижения общей смертности и роста ОПЖ за счет снижения младенческой смертности сейчас значительно уменьшился.

Если не предпринять мер по повышению эффективности управления здоровьем нации, недовыполнение составит 2,47 года, преодоление которого потребует еще как минимум 6, а, при существующем управлении, скорее всего, более 10 лет

Ряд нозологий, несмотря на предпринимаемые меры, по-прежнему вносит свою существенную лепту в показатели смертности. Так, напряженной в ряде регионов остается ситуация с туберкулезом.

ПРИМЕРЫ ИЗ ЖИЗНИ

Омская область

Отмечается высокий показатель заболеваемости туберкулезом взрослого населения, сохраняется тяжелая структура заболеваемости, рост лекарственно-устойчивых форм туберкулеза (каждый третий заболевший имеет форму вируса, устойчивую к антибактериальным препаратам), что затрудняет лечение. Все эти факторы способствуют сохранению большого резервуара туберкулезной инфекции в Омской области, что отражается на эпидемиологической ситуации по туберкулезу, в том числе, среди детей и подростков. Сейчас в регионе разными формами туберкулеза болеет 2 600 человек. Инфекция перетекает в социально благополучные слои населения. Настораживает специалистов и высокая заболеваемость среди детей до 4 лет.

Ситуация с заболеваемостью детей настораживает не только в Омской области.

Удмуртская Республика

В 2018 году зарегистрировано 15011 случаев внебольничных пневмоний у детей, что 24% выше показателя 2017 года.

Факторами, способствующими распространению пневмонии, явились переуплотнение образовательных учреждений, отсутствие условий для проветривания в учебных классах и несвоевременное введение противоэпидемических мероприятий.

Заболееваемость острыми кишечными инфекциями в 2018 году увеличилась на 5%. Удельный вес кишечных инфекций установленной этиологии составил 43%, что выше уровня 2017 года. При этом наблюдалось эпидемиологическое неблагополучие по заболеваемости дизентерией Зонне и Флекснера, а также поражение норовирусом, в том числе среди детей.

Экологический фактор остаётся одним из существенных среди факторов заболеваемости населения.

Кемеровская область – Кузбасс

В некоторых городах (например, Ленинск-Кузнецкий, Киселевск и т.д.) отопление жилого фонда в зимний период осуществляется посредством угольных котельных. Черный дым образует густой смог, особенно в морозы. Жители делятся в соцсетях фотографиями черного снега. Проблему мог бы решить перевод котельных на газ, но действия в этом направлении пока не предпринимаются. Неблагоприятная экологическая среда является одним из факторов, негативно влияющих на здоровье жителей региона. В области регистрируются стабильно высокая заболеваемость онкологическими, легочными патологиями, туберкулезом.

Республика Башкортостан

В начале 2019 года имела место экологическая катастрофа в городе Сибая, где воздух был загрязнен диоксидом серы из-за окисления руды в карьере Учалинского горно-обогатительного комбината. Жители жаловались на недомогания, вызванные запахом серы и смогом. В январе 2019 года в городе предельно допустимая концентрация диоксида серы в воздухе была превышена в несколько десятков раз. Выявлено два очага тления на глубине 400-450 метров. Была организована работа в поликлиниках, достигнута договоренность об отправке 500 детей из Сибая в Крым, для санаторно-курортного лечения.

Особо критична ситуация с заболеваемостью СПИДом и туберкулезом, находящаяся в ряде регионов на границе эпидемического порога и имеющая тенденцию к росту.

Новосибирская область

Заболееваемость СПИДом и туберкулезом в Новосибирской области зашкаливает и на сегодня находится на стадии эпидемии. В 2017 году скрининговое обследование на ВИЧ-инфекцию прошли 662 549 человек (23,9% при плановом значении 21%). Вновь выявлено ВИЧ-инфицирование у 4 011 человека, что на 6,7% больше уровня 2016 года.

По-прежнему нет никаких улучшений в ситуации с избыточным весом у россиян и проблемами со здоровьем им порождаемым. Основными причинами этого являются низкое качественное питание и слабая двигательная активность, в свою очередь обусловленные социальными причинами – отсутствием у людей элементарной возможности покупать себе качественные продукты, заниматься физкультурой и спортом. Рост больных ожирением за год составил среди взрослых 5,2%, среди детей – 4%.


Таблица. Зарегистрировано больных детей (ожирение).

Субъекты федерации	Зарегистрировано больных: дети (0 – 14 лет)			
	Ожирение			
	абсолютные		на 100 000	
	числа		дет. населения	
	2016	2017	2016	2017
Российская Федерация	305822	321635	1210,4	1258,9
Центральный федеральный округ	68438	70898	1173,3	1198,6
Северо-Западный федеральный округ	30777	33517	1418,8	1523,1
Южный федеральный округ	35641	38630	1294,8	1386,7
Северо-Кавказский федеральный округ	12238	13455	547,2	598
Приволжский федеральный округ	71546	76066	1400,6	1474,3
Уральский федеральный округ	28199	29025	1207	1227,6
Сибирский федеральный округ	50104	51389	1357,4	1379,5
Дальневосточный федеральный округ	8636	8405	758	731,9

Слайд. Смертность.

Смертность

за 2017 год

-  Снижение смертности отмечается в 80 субъектах Российской Федерации, наиболее существенное – в Еврейской автономной области – на **12,5 %**, Республике Тыва – на **11,2 %**, Сахалинской области – на **8,4 %**, Ямало-Ненецком автономном округе – на **7,5%**, Республике Марий-Эл – на **6,1 %**
-  В **4** субъектах Российской Федерации показатель смертности не изменился.
-  Рост показателя смертности отмечается в **1** субъекте Российской Федерации.
-  Самые низкие показатели смертности наблюдаются в Республике Ингушетия – **3,2**; Чеченской Республике – **4,6**; Ямало-Ненецком автономном округе – **4,9**; Республике Дагестан – **5,1**; Ханты-Мансийском автономном округе – **6,2** на 1 000 населения.
-  Наиболее высокие показатели смертности отмечаются в Псковской области – **17,4**; Новгородской области – **17,1**; Тверской области – **16,9**; Тульской области – **16,5**; Ивановской области – **15,9** на 1 000 населения.



ЦЕНТРАЛЬНЫЙ НИИ ОРГАНИЗАЦИИ И
ИНФОРМАТИЗАЦИИ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
www.mednet.ru

Слайд. Младенческая смертность

Младенческая смертность



В 2017 году снижение младенческой смертности отмечается в **58** субъектах Российской Федерации, в 4 субъектах показатель не изменился.



Наиболее низкие показатели младенческой смертности наблюдаются в Тамбовской области – **2,4**;
Чувашской Республике – **3,2**; Липецкой области – **3,3**;
Ивановской области – **3,4**; Магаданской области и Санкт-Петербурге – **3,7** на 1 000 родившихся живыми.



Наиболее высокие показатели младенческой смертности отмечаются в Еврейской автономной области – **10,8**;
Чукотском автономном округе – **10,7**;
Республике Алтай – **9,9**; Республике Дагестан – **8,9**;
Чеченской Республике – **8,8** на 1 000 родившихся живыми.



ЦЕНТРАЛЬНЫЙ НИИ ОРГАНИЗАЦИИ И
ИНФОРМАТИЗАЦИИ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
www.mednet.ru

Слайд. Региональные различия смертности

Региональные различия смертности

Республика Тыва	64,31
Чукотский АО	64,51
Еврейская АО	65,91
Иркутская область	68,22
Амурская область	68,29
Читинская область	68,34
Сахалинская область	68,68
Камчатская область	68,73
Кемеровская область	68,79
Магаданская область	69,08
Новгородская область	69,13
Хабаровский край	69,17
Тверская область	69,20
Псковская область	69,22
Республика Хакасия	69,36
Курганская область	69,44
Республика Коми	69,47
Республика Бурятия	69,62
Приморский край	69,69
Пермский край	69,76
Республика Карелия	69,85
Смоленская область	69,99

1995 г. – 13,3 года

2016 г. – 13,3 года

➤ Масштабы региональной вариации смертности сохраняются за счет того, что растет неоднородность как в группе благополучных, так и неблагополучных территорий по продолжительности жизни населения.

➤ Эта неоднородность определяется тем, как внешние условия перерабатываются в региональной политике: повышая доступность и качество медицинской помощи, и в целом улучшая социальную среду, или концентрируясь на престижных проектах, не затрагивающих потребности населения.

➤ Второй путь приводит к торможению позитивной динамики продолжительности жизни даже в наиболее развитых регионах страны.



ЦЕНТРАЛЬНЫЙ НИИ ОРГАНИЗАЦИИ И
ИНФОРМАТИЗАЦИИ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
www.mednet.ru

Слайд. Структура причин смерти

Структура причин смерти, Россия,
1939-2017 (%)

Причины	годы									
	1939	1959	1971	1981	1991	2010	2014	2015	2016	2017
Болезни системы кровообращения	11.3	36.4	46.9	52.6	54.5	56.8	49,9	48,4	47,8	47,3
Новообразования	4.4	18.2	18.7	15.2	17.2	14.5	15,4	15,6	15,8	16,1
Внешние причины	4.8	10.9	8.6	15.0	12.5	10.7	9,1	8,6	8,9	8,4
Болезни органов пищеварения	18.5	4.4	3.0	2.7	2.5	4.5	5,0	3,9	5,2	5,1
Болезни органов дыхания	6.8	9.5	8.5	7.9	4.9	3.7	4,0	5,3	3,7	3,4
Иные причины	54.2	20.6	14.3	6.6	8.4	9.8	16,6	18,2	18,6	19,7
Итого	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100

Слайд. Структура и динамика смертности за 2017 год

Структура и динамика смертности
за 2017 год

-  В структуре причин смерти первое место по-прежнему занимают **болезни системы кровообращения - 47,3 %** или 587,6 на 100 тыс. населения (снижение на **4,7 %**),
-  на втором месте - новообразования - 16,1 % или 200,6 на 100 тыс. населения (снижение на 1,8 %);
-  на третьем месте - внешние причины - 8,4 % или 104,0 на 100 тыс. населения (снижение на 8,9 %), в том числе дорожно-транспортные происшествия - 10,2 на 100 тыс. населения (снижение на 5,6 %);
-  далее следуют **болезни нервной системы - 5,6%** или 69,8 на 100 тыс. населения (рост на **22 %**);
-  **болезни органов пищеварения – 5,1 %** или 63,3 на 100 тыс. населения (снижение на **5,5 %**);
-  **болезни органов дыхания – 3,4 %** или 42,2 на 100 тыс. населения (снижение на **12,1 %**).

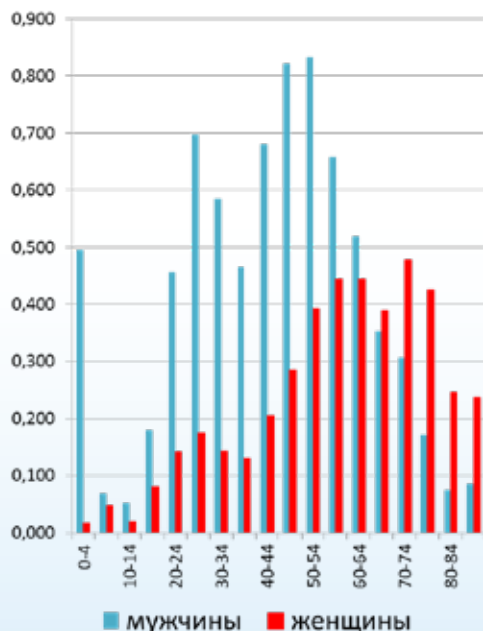
Смертность от **туберкулеза снизилась на 16,7 %** и составила в 2017 году 6,5 на 100 тыс. населения.



ЦЕНТРАЛЬНЫЙ НИИ ОРГАНИЗАЦИИ И
ИНФОРМАТИЗАЦИИ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
www.mednet.ru

Слайд. Вклад отдельных возрастных групп в прирост продолжительности жизни в России

Вклад отдельных возрастных групп в прирост продолжительности жизни в России за 2005-2016г.



ЦЕНТРАЛЬНЫЙ НИИ ОРГАНИЗАЦИИ И
ИНФОРМАТИЗАЦИИ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
www.mednet.ru

- 2/3 всего прироста обеспечили два класса причин - болезни системы кровообращения и травмы и отравления
- У мужчин сокращение кардиологической смертности поровну распределено между старшими трудоспособными и пожилыми группами, у женщин основная часть прироста продолжительности жизни обеспечена пожилыми возрастами.
- Только внешние причины реально дали эффект снижения потерь трудоспособного населения, у мужчин более, у женщин – менее выраженный.

Слайд. Основные медико-демографические показатели

Основные медико-демографические показатели

Показатели	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
Рождаемость	10,4	10,2	10,4	11,3	12,1	12,4	12,5	12,5	13,3	13,2	13,3	13,3	12,9	11,5 -12,9%
Смертность	16,0	16,1	15,2	14,6	14,6	14,2	14,2	13,4	13,3	13,1	13,1	13,0	12,9	12,4 -5,3%
Младенческая смертность	11,6	11,0	10,2	9,4	8,5	8,1	7,5	7,3	8,6	8,2	7,4	6,5	6,0	5,6 -31,7%
Естественная убыль	-5,6	-5,9	-4,8	-3,3	-2,5	-1,8	-1,7	-0,9	0,0	0,2	0,2	0,3	0,0	-0,9

Итоги: 1) На фоне позитивных тенденций смертности разрыв в продолжительности жизни мужчин и женщин сократился недостаточно. Практически неизменным остается территориальный разброс смертности, в значительной мере обусловленный социальной дифференциацией населения. Возрастная картина снижения смертности свидетельствует о реализации резервов преимущественно в старших возрастных группах. Таким образом, мы имеем истощаемое в ближайшей перспективе качество роста.

2) При стагнации сложившейся социально-экономической ситуации в стране, имеющиеся источники роста продолжительности жизни ставят под сомнение реалистичность устойчивого долгосрочного тренда снижения смертности и достижение намеченных ориентиров продолжительности жизни населения.

3) Необходимы целенаправленные усилия в снижении смертности группы риска – мужчин трудоспособного, прежде всего младшего трудоспособного возраста, особенно проживающих в экономически неблагополучных территориях, занятых низкоквалифицированным трудом или неработающих, не имеющих высшего образования. Это позволит росту продолжительности жизни в России набрать темпы, необходимые для достижения уровней в 80 лет к 2030 году.

3. СОСТОЯНИЕ И РАЗВИТИЕ ПЕРВИЧНОЙ, СПЕЦИАЛИЗИРОВАННОЙ И ВЫСОКОТЕХНОЛОГИЧНОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ И РЕАБИЛИТАЦИИ

ОСНОВНЫЕ ПОКАЗАТЕЛИ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

Таблица. Сеть и кадры медицинских организаций

Наименование	2015	2016	2017
Число медицинских организаций – всего	8044	7767	7529
Из них:			
Число медицинских организаций, оказывающих медицинскую помощь в стационарных условиях	4688	4572	4468
Численность коечного фонда	1097134	1074382	1054528
Средняя занятость койки (в днях)	319	318	315
Средняя длительность пребывания пациента на койке (в днях)	11,4	11,1	11,0
Летальность (в %)	1,71	1,77	1,8
Число медицинских организаций, оказывающих медицинскую помощь в амбулаторных условиях (за исключением стоматологических поликлиник)	1412	1329	1270
Число стоматологических поликлиник	676	658	643
Мощность МО, оказывающих медицинскую помощь в амбулаторных условиях по числу посещений в смену	3314116	3320566	3335500
Численность врачей (тыс.)	543,6	544,5	548,4
Численность среднего медицинского персонала (тыс.)	1309,8	1292,0	1266,2

3.1. РЕПРОДУКТИВНОЕ ЗДОРОВЬЕ

Современной России необходима национальная стратегия демографической политики, направленная на устойчивый естественный прирост населения страны, максимальную реализацию репродуктивного потенциала и ответственное отношение к своему здоровью, в первую очередь, молодых людей. В противном случае уже очень скоро Россия столкнется с новыми вызовами, связанными с малочисленностью населения геополитически важных территорий.

На Дальнем Востоке Россия граничит с тремя самыми крупными по уровню валового национального продукта странами мира – Китаем, США и Японией. Эти страны имеют значительный перевес и в человеческих ресурсах, в то время как в дальневосточных регионах проживает 6,2 млн. человек, или чуть больше 4% населения России.

Внутренние миграционные потоки уже более четверти века направлены с востока на запад и с севера на юг, а также в столичные регионы. Внешняя миграция в убывающих регионах не восполняет внутренние миграционные потери, а там, где восполняет, создает новые проблемы, социокультурной интеграции. Если эта тенденция продолжится, то через 10-15 лет возникнут большие трудности с освоением опустевших территорий как на Востоке и Крайнем Севере страны, так и в сельской местности. По оценкам экспертов, в нынешних условиях для простого воспроизводства населения России необходимо, чтобы суммарный коэффициент рождаемости (СКР) составлял не менее 2,15 детей на женщину (в 2017 году – 1,62). Достижение таких показателей многие эксперты оценивают, как маловероятные. Но международный опыт и успешный опыт регионов России подтверждают реалистичность достижения такого уровня за сравнительно небольшое время. Так во Франции, суммарный коэффициент рождаемости вырос с 1,6 в 1994 году до 2,07 в 2010 году. А в Сахалинской области меры поддержки семей с детьми, прежде всего многодетных, привели к увеличению СКР за 6 лет с 1,56 в 2011 году (среднероссийский уровень СКР – 1,58) до 2,16 в 2016 году. То есть уровень СКР более двух детей на женщину вполне достижим. Но во Франции уровень инвестиций в семейную политику составляет 5-6% валового национального продукта, а если бы сахалинские меры распространить на всю страну, то их объем совокупно с действующими федеральными мерами поддержки составил бы 1,9% валового национального продукта.

Но если ориентироваться на СКР 2 и выше, то неоспоримым приоритетом является поддержка многодетности. Поскольку кто-то не может иметь детей по объективным причинам, кто-то по субъективным, поэтому необходимо, чтобы каждая третья семья имела трех и более детей.

Репродуктивный потенциал зависит от трех важных составляющих: от репродуктивного здоровья, то есть возможности иметь детей, от репродуктивных потерь, которые возникают вследствие болезней, непредвиденных обстоятельств и, естественно, от репродуктивного поведения, от желания иметь детей.

Что касается репродуктивных потерь, то здесь мы в последние годы достигли исторического минимума, когда материнская смертность с 1980 по 2017 год сократилась более чем в шесть раз с 47,4 до 7,3 на 100 000 тыс. родов, а младенческая смертность снизилась с 1990 по 2017 год более чем в пять раз с 22,1 до 5,3 на 1000 родившихся живыми.

Однако обратим внимание: в тех регионах, где суммарный коэффициент рождаемости высокий (больше 2). Например, на Северном Кавказе смертность материнская и детская выше среднего. А вот в Центральном федеральном округе России, несмотря на снижение репродуктивных потерь, суммарный коэффициент рождаемости остается на низком уровне – 1,47 в 2017 году. То есть демографическая стабильность по большому счету, не зависит не столько от инструментальных показателей снижения материнской и младенческой смертности, сколько от рождаемости. Действительно, в недалеком нашем прошлом, во времена наших бабушек и дедушек, когда женщины рожали по 5, 10, 15 детей, смертность – младенческая и материнская была высокой, но и народонаселение росло. Потому что не репродуктивные потери, а репродуктивное поведение, желание иметь детей, является главным в росте народонаселения страны.

Что касается репродуктивного здоровья – его исследование, в ходе которого было опрошено 10 010 женщин показало, что 77,4% женщин, которые идут сейчас в роды, уже больны. Этим, собственно, и объясняется необходимость высоких технологий. Ведь что такое перинатальный центр? Это родовая реанимация. А зачем она нужна, если роды – естественный физиологический процесс? С чем связано плачевное состояние здоровья женщин репродуктивного возраста?

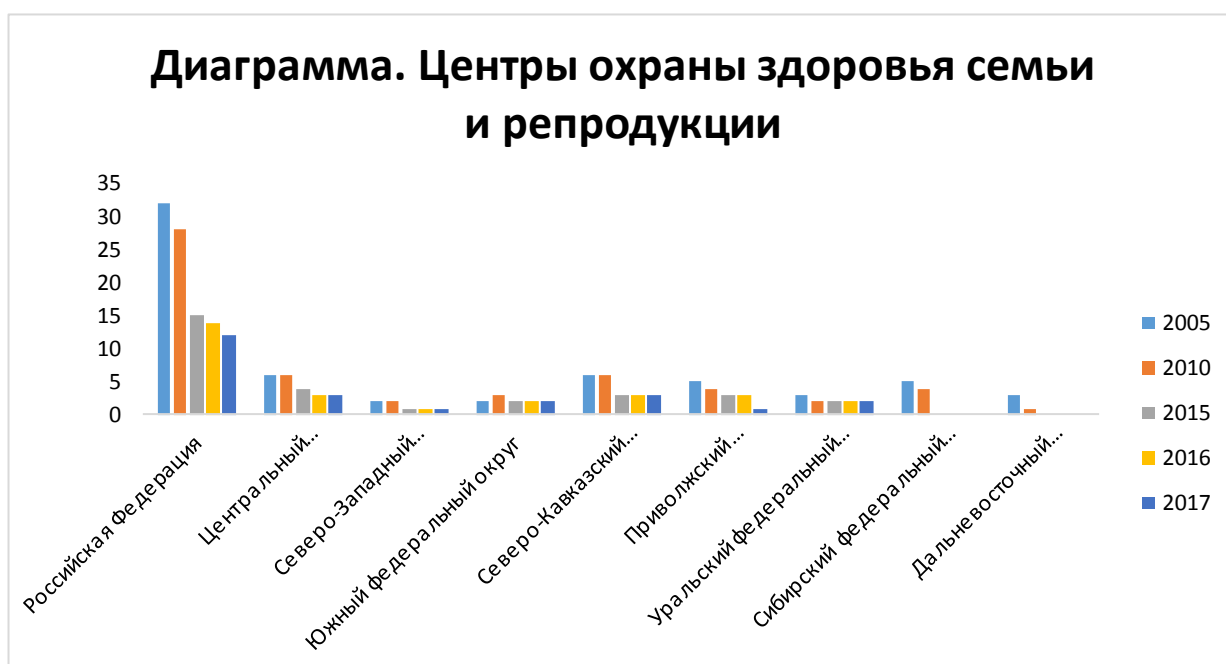
Пик абортотв приходится на 25-39 лет – это наиболее активный возраст. Более чем у 10—15%, а по данным некоторым данным и у 21,7% женщин после операции абортотв возникают гинекологические заболевания, почти у половины женщин, перенесших эту операцию, обостряются хронические воспалительные процессы половой сферы. Наибольшую опасность представляет, несомненно, инфицированный аборт. У 11 % женщин развивается эрозия шейки матки, которая грозит невынашиванием следующей беременности и онкологическими заболеваниями.

Для изменения ситуации необходимо обратить внимание на мужчин. Если мужчина будет активным сторонником создания семьи, рождения детей, недопустимости абортотв, женщина, в большинстве случаев будет с ним согласна, а бытовые неурядицы, как причина нежелания рожать детей, отойдут на второй план.

Сегодня во многом утеряны ценности, которые в русском обществе составляли основу традиционного семейного уклада жизни. И если мы хотим, реально решить задачу роста народонаселения, то мы должны обязательно взять на вооружение новый индикатор – рост количества семей.

Таблица: Центры охраны здоровья семьи и репродукции

СУБЪЕКТЫ ФЕДЕРАЦИИ	Центры охраны здоровья семьи и репродукции				
	2005	2010	2015	2016	2017
Российская Федерация	32	28	15	14	12
Центральный федеральный округ	6	6	4	3	3
Северо-Западный федеральный округ	2	2	1	1	1
Южный федеральный округ	2	3	2	2	2
Северо-Кавказский федеральный округ	6	6	3	3	3
Приволжский федеральный округ	5	4	3	3	1
Уральский федеральный округ	3	2	2	2	2
Сибирский федеральный округ	5	4	-	-	-
Дальневосточный федеральный округ	3	1	-	-	-



Рост разводов, популярность антисемейной парадигмы «чайлдфри» связаны во многом с тем, что нет мужчин, которые бы брали бы на себя ответственность за создание семьи. Таким образом, на наш взгляд, зоной очень пристального внимания должно стать воспитание мальчиков, объяснение роли мужчины во внутрисемейных отношениях.

Сегодня каждый пятый умерший в стране – мужчина в трудоспособном возрасте – муж, отец и сын. Показатели смертности мужского населения в трудоспособном возрасте Россия находятся на уровне воюющей Сирии. Главные причины преждевременной смертности – злоупотребление алкоголем, табакокурение, другие поведенческие факторы, в том числе питание. Для сохранения или улучшения фертильности необходимо отказаться от употребления табака, алкоголя и наркотиков, плохого питания и сидячего образа жизни. Есть прямая зависимость – чем больше мужчина курит, тем сложнее ему стать отцом.

Учеными было проведено исследование 5200 семей, в котором оценивалось, как здоровье детей, так и здоровье взрослых. Было доказано, что курение отца увеличивает риск появления детей с врожденными уродствами в два раза, а если курит мама, то этот показатель увеличивается в 2-3 раза. Исследователи считают, что до 13 процентов всех случаев бесплодия могут быть вызваны именно курением.

Многочисленные клинические и эпидемиологические наблюдения свидетельствуют о существенной роли фактора питания в сохранении или нарушении репродуктивного здоровья человека. Прямое влияние питания человека на его репродуктивное здоровье обусловлено воздействием вредных урбанистических факторов окружающей и производственной среды (ксенобиотиков), попадающих в организм человека и животных, в том числе с продуктами питания и водой.

Только в странах ЕС стоимость борьбы с последствиями такого воздействия обходится, по меньшей мере, в \$175 000 000 000 в год.

Существенной проблемой сохранения репродуктивного здоровья и поведения является сбалансированность и полноценность питания, в том числе и по составу микроэлементов. Современный человек окружен так называемыми «пустыми продуктами», обладающими высокой калорийностью за счет рафинированных углеводов и жиров, но ничтожной пищевой ценностью. Это напрямую ограничивает репродуктивное поведение и репродуктивные возможности человека. Хронически больной человек не стремится или не может иметь активную жизненную позицию, направленную на создание многодетной семьи. Его максимальные репродуктивные возможности – это один ребенок, да и тот зачатый за счет применения вспомогательных репродуктивных технологий.

Необходима смена парадигмы пищевой индустрии, рекламы пищевых продуктов, регулирования рынка ритейла.

Россия сегодня единственная страна, в которой прогрессирует гетеросексуальный рост больных СПИДом. За 10 месяцев 2018 года в России выявлено 85 450 новых ВИЧ-инфицированных. Показатель заболеваемости ВИЧ-инфекцией в России за 2018 год (10 мес.) составил 58,2 случаев на 100 тыс. населения. На 1 ноября 2018 года общее количество зараженных ВИЧ в России составляет 1,3 млн. (1 306 109) человек.

Поэтому рождение и воспитание молодых здоровых людей – это стратегически важная задача. Необходимо скорректировать акцент в сторону репродуктивного здоровья и поведения, на создание семейно-направленной политики. Приоритетом должно быть сохранение здоровья, а не просто хорошее лечение запущенных заболеваний.

Несмотря на инициативу Минздрава России по усилению профилактических мер в борьбе с основными причинами высокой смертности и низкой рождаемости, сегодня основное финансирование направлено как раз в область оказания высокотехнологичной медицинской помощи.

Сегодня основная отчетность ведется по показателям болезни: младенческая и материнская смертность, высокотехнологичная медицинская помощь. Рождаемость, репродуктивное здоровье пока ещё не являются целевыми финансируемыми показателями. В

то же время государство должно предупреждать заболевания и создавать условия для сохранения семей.

Необходимо создать сайт, где молодым людям в популярном виде рассказывали бы о том, почему возникают те или иные заболевания, проблемы, что главная причина – образ жизни человека, всему виной его потребительское отношение к жизни, в том числе к собственному здоровью.

Необходимо создавать консолидированную систему ответственности человека за свое здоровье, помогая ему вести здоровый образ жизни, но в то же время, спрашивая с него за сознательный вред своему здоровью. Сегодня молодой человек ведет аморальный образ жизни, принимает алкоголь, наркотики, курит, ведет аморальный образ жизни, а потом говорит – вы меня должны обеспечивать всеми необходимыми социальными благами. Но этих благ лишается кто-то другой. Этот момент очень и очень важный, в том числе в правовом смысле человек должен стать полноценным субъектом права и нести ответственность за своё здоровье, в том числе и страховую.

Поэтому нам необходима национальная стратегия демографической политики, направленная на то, чтобы не дать заболеть. Главное – это ответственное отношение к своему здоровью. Это отношение должно стать результатом духовно-нравственного воспитания, всемерную поддержку которому должно оказывать государство.

Учитывая сложившуюся ситуацию, **СПРАВЕДЛИВАЯ РОССИЯ** считает целесообразным осуществить:

1. Принятие мер по поддержке демографии, предусмотренных законопроектами **СПРАВЕДЛИВОЙ РОССИИ**;
2. Пропаганду здорового питания и здорового образа жизни, закрепление в трудовом законодательстве норм, направленных на установление специальных перерывов в течение рабочего дня для физических нагрузок в отношении перечня профессий, реализация которых предусматривает малоподвижный образ жизни;
3. Законодательно дополнить традиционно используемый показатель ожидаемой продолжительности жизни показателями ожидаемой продолжительности здоровой жизни и индексом активного долголетия;
4. Повышенные гарантии для больных сахарным диабетом – принятие комплексного проекта федерального закона, предусматривающего повышенные гарантии для лиц, больных сахарным диабетом.
5. Изменение миграционных потоков на восток России – расширение применения дополнительных гарантий для лиц, проживающих на Крайнем Севере и Дальнем Востоке, в том числе за счет предоставления дополнительных пенсионных гарантий, предусмотренных законопроектами СР, а также предоставлением иных социальных гарантий, в том числе связанных с приобретением жилья, земельных участков, гарантий компенсации расходов, связанных, в том числе с поездками на личном автотранспорте, а также на территории стран– участников СНГ.
6. Пропаганду против принятия решений женщинами о совершении абортов: введение государственных центров по психологической, медицинской и социальной помощи кризисным беременным, контроль и жесткую уголовную ответственность для центров нелегальных абортов.
7. Антиалкогольную политику: введение государственной монополии на производство и оборот этилового спирта, возврат субъектам Российской Федерации права ограничивать реализацию алкогольной продукции в жилых домах.
8. Антитабачную политику: приравнивание вэйпов и электронных сигарет к табаку и запрет кальянных смесей.
9. АнтиВИЧ пропаганду (пропаганда контрацепции, в том числе в рамках образовательных учреждений среди подростков) + пропаганду семейных ценностей, в том числе путем учреждения общественного совета, который бы учитывал необходи-

мость реализации указанной редакционной политики в СМИ.

10. Увеличение финансирования здравоохранения, в том числе в вопросах, которые являются на сегодняшний день основными причинами высокой смертности и доведение в соответствии с законодательными предложениями **СПРАВЕДЛИВОЙ РОССИИ** уровня финансирования здравоохранения из федерального бюджета до 7 процентов ВВП.

3.2 ОХРАНА ЗДОРОВЬЯ МАТЕРИ И РЕБЕНКА

Строительство перинатальных центров.

С 2013 года начата реализация региональных программ модернизации здравоохранения в части мероприятий по проектированию, строительству и вводу в эксплуатацию перинатальных центров. Программа развития перинатальных центров в Российской Федерации предусматривает строительство 32 перинатальных центров в 30 субъектах Российской Федерации в 3 этапа:

– I этап (ноябрь 2013 года – июль 2014 года) – организационный (разработка технического задания, проектной документации, выбор подрядчика, разработка программы подготовки и переподготовки медицинского персонала);

– II этап (август 2014 года – июль 2017 года) – строительство перинатальных центров, реализация программы подготовки и переподготовки медицинских кадров;

– III этап (август-декабрь 2017 года) – ввод в эксплуатацию перинатальных центров и получение лицензии на осуществление медицинской деятельности в перинатальных центрах.

Слайд. Рождаемость

Рождаемость

за 2017 год

-  Снижение рождаемости отмечается в 83 субъектах Российской Федерации (наибольшее снижение рождаемости отмечено в Ненецком автономном округе – на **17,8 %**, Кировской области – на **15,1 %**, Удмуртской Республике – на **14,5 %**, Республиках Марий Эл и Чувашской – на **14,4 %**).
-  Наиболее высокие показатели рождаемости отмечаются в Чеченской Республике – **22,0**; Республике Тыва – **21,9**; Республике Дагестан – **16,4**; Республике Ингушетия – **16,3**; Республике Алтай – **15,8** на 1 000 населения.
-  Самые низкие показатели рождаемости отмечены в Ленинградской области – **8,3**; Республике Мордовия – **8,5**; Тамбовской области – **8,6**; Тульской и Пензенской областях – **8,9** на 1 000 населения.



ЦЕНТРАЛЬНЫЙ НИИ ОРГАНИЗАЦИИ И
ИНФОРМАТИЗАЦИИ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
www.mednet.ru

По состоянию на 1 июля 2018 года из 32 перинатальных центров работы по строительству были завершены и введены в эксплуатацию только 27 перинатальных центров в республиках Башкортостан, Дагестан, Ингушетия, Бурятия, Саха (Якутия), Татарстан, Хакасия, Кабардино-Балкарской Республике, Алтайском, Красноярском (г. Ачинск) и Ставропольском краях, Белгородской, Брянской, Калужской, Липецкой, Московской (2 перинатальных центра), Архангельской, Псковской, Нижегородской, Оренбургской, Пензенской, Самарской, Сахалинской, Тамбовской, Ульяновской и Челябинской областях.

Не введены в эксплуатацию 5 перинатальных центров: в Краснодарском крае (г. Сочи), Красноярском крае (г. Норильск), где строительство центров осуществляется самостоятельно, а также в Смоленской, Ленинградской областях и Республике Карелия, строительство которых обеспечивает ГК «Ростех».

Основными причинами неввода в эксплуатацию перинатальных центров являются:

- смена в ходе строительства подрядных организаций (по всем 5 перинатальным центрам);
- судебные споры между подрядными организациями (перинатальный центр в г. Сочи);
- низкое качество первоначально разработанной проектно-сметной документации (перинатальные центры в г. Норильске, г. Смоленске, г. Сочи), что потребовало ее корректировки.

В соответствии с Программой целью реализации мероприятий по строительству перинатальных центров является снижение материнской и младенческой смертности. При этом анализ данных Росстата свидетельствует, что, несмотря на ввод в 2016-2017 годах в эксплуатацию перинатальных центров, отмечается рост младенческой смерти в январе-апреле 2018 года по сравнению с январем-апрелем 2017 года в Калужской, Тамбовской, Нижегородской, Оренбургской, Пензенской, Самарской и Челябинской областях, Кабардино-Балкарской Республике, Республике Хакасия.

ПРИМЕР ИЗ ЖИЗНИ

Хабаровский край

6 февраля 2019 года жительница Хабаровска родила ребенка на полу в родильном доме №2 без помощи врачей. Женщину доставили в медицинское учреждение в 7 утра, когда у неё начались схватки. После осмотра её отвели в предродовой зал, где акушерка попросила женщину подождать до двух часов дня, оставив одну на несколько часов. В результате женщина родила самостоятельно, упав от боли на пол. Прибежавшая на крики акушерка попросила роженицу самостоятельно дойти до соседнего помещения, чтобы сесть в кресло. Местная жительница обратилась в правоохранительные органы. Во время родов в соседней комнате находился врач, который слышал, что происходит за стеной, но был занят операцией.

Диаграмма. Сеть медицинских организаций, оказывающих помощь женщинам и детям

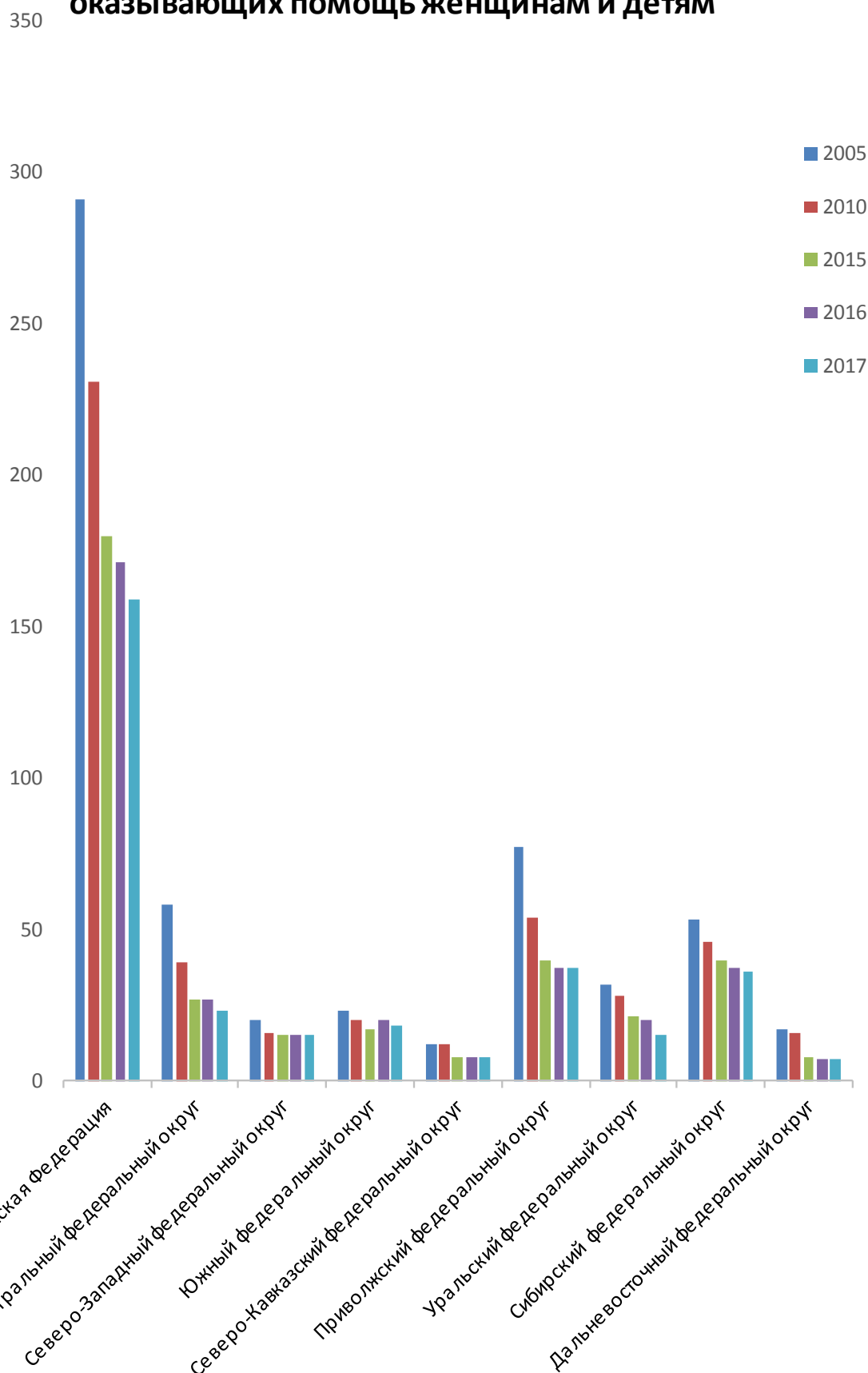


Таблица. Детские городские больницы.

СУБЪЕКТЫ ФЕДЕРАЦИИ	Детские городские больницы				
	2005	2010	2015	2016	2017
Российская Федерация	291	231	180	171	159
Центральный федеральный округ	58	39	27	27	23
Северо-Западный федеральный округ	20	16	15	15	15
Южный федеральный округ	23	20	17	20	18
Северо-Кавказский федеральный округ	12	12	8	8	8
Приволжский федеральный округ	77	54	40	37	37
Уральский федеральный округ	32	28	21	20	15
Сибирский федеральный округ	53	46	40	37	36
Дальневосточный федеральный округ	17	16	8	7	7

Таблица. Инфекционные больницы для детей

СУБЪЕКТЫ ФЕДЕРАЦИИ	Инфекционные больницы для детей				
	2005	2010	2015	2016	2017
Российская Федерация	40	28	15	16	16
Центральный федеральный округ	11	9	3	3	3
Северо-Западный федеральный округ	6	2	1	1	1
Южный федеральный округ	1	2	2	3	3
Северо-Кавказский федеральный округ	1	1	1	1	1
Приволжский федеральный округ	9	8	5	5	5
Уральский федеральный округ	2	1	-	-	-
Сибирский федеральный округ	6	3	1	1	1
Дальневосточный федеральный округ	4	2	1	2	2

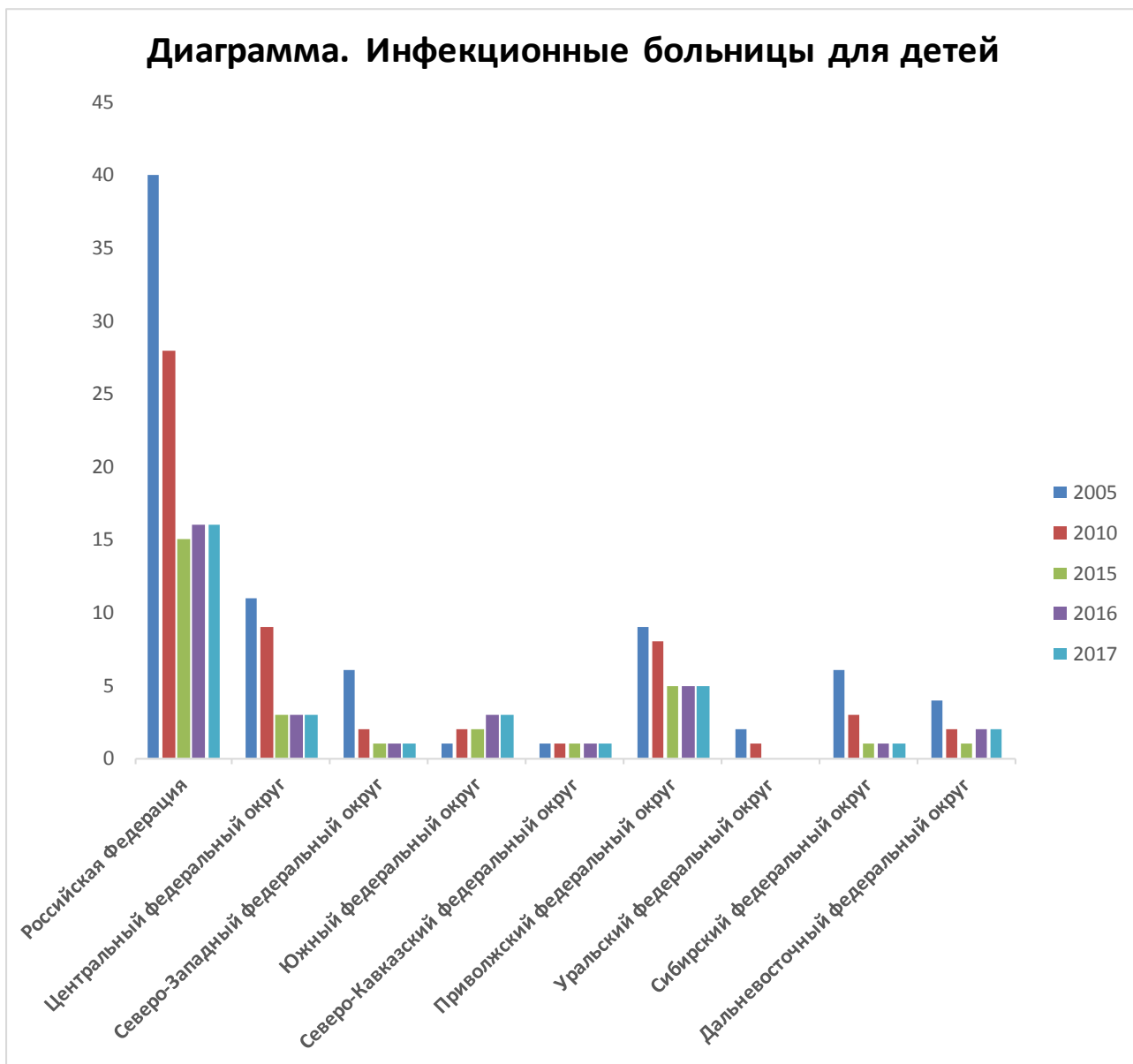


Таблица: Туберкулезные больницы для детей.

СУБЪЕКТЫ ФЕДЕРАЦИИ	Туберкулезные больницы для детей				
	2005	2010	2015	2016	2017
Российская Федерация	9	10	8	7	6
Центральный федеральный округ	1	1	-	-	-
Северо-Западный федеральный округ	-	-	-	-	-
Южный федеральный округ	-	-	-	-	-
Северо-Кавказский федеральный округ	-	-	-	-	-
Приволжский федеральный округ	1	-	-	-	-
Уральский федеральный округ	1	3	2	2	1
Сибирский федеральный округ	5	5	5	4	4
Дальневосточный федеральный округ	1	1	1	1	1

Особо обращает на себя внимание тревожная ситуация, складывающаяся с оказанием помощи детям, больным туберкулезом. Как видно из представленной ниже таблицы, количество детских туберкулезных больниц в Российской Федерации с 2005 года уменьшилось более чем на треть. В ряде федеральных округов их не осталось вовсе.

Сосредоточив внимание на строительстве перинатальных центров, упустили из вида доступность оказания медицинской помощи женщинам при беременности и родах. **Количество роддомов**, которые были гораздо ближе для рожениц, чем перинатальные центры, **в среднем по России сократилось с 2005 года на 47,5%, а в Приволжском федеральном округе на 72,5%!**

Таблица: Родильные дома

СУБЪЕКТЫ ФЕДЕРАЦИИ	Родильные дома				
	2005	2010	2015	2016	2017
Российская Федерация	219	184	129	120	115
Центральный федеральный округ	64	55	23	23	22
Северо-Западный федеральный округ	30	24	22	21	20
Южный федеральный округ	18	16	12	16	16
Северо-Кавказский федеральный округ	9	10	11	11	10
Приволжский федеральный округ	40	23	16	13	11
Уральский федеральный округ	10	10	6	6	6
Сибирский федеральный округ	35	32	23	19	19
Дальневосточный федеральный округ	14	14	11	11	11

Такая же негативная динамика наблюдается при анализе ситуации с женскими консультациями, хотя и не столь плачевная как с родильными домами. С 2005 года их количество в среднем по России сократилось на 43. Как видно из диаграммы, существенное снижение наблюдается в федеральных округах, в которых и так транспортная доступность медицинской помощи была не на высоте, в частности в силу их размеров и географической расположенности. Например, в Сибирском федеральном округе сокращение составило 11%, а в Дальневосточном федеральном округе – 40%.

СПРАВЕДЛИВАЯ РОССИЯ предлагает пересмотреть существующую политику оказания медицинской помощи беременным женщинам, имеющую акцент на строительстве перинатальных центров, приблизить этот вид медицинской помощи к женщинам и прекратить бездумное сокращение родильных домов и женских консультаций.

Диаграмма. Женские консультации (самостоятельные и входящие)

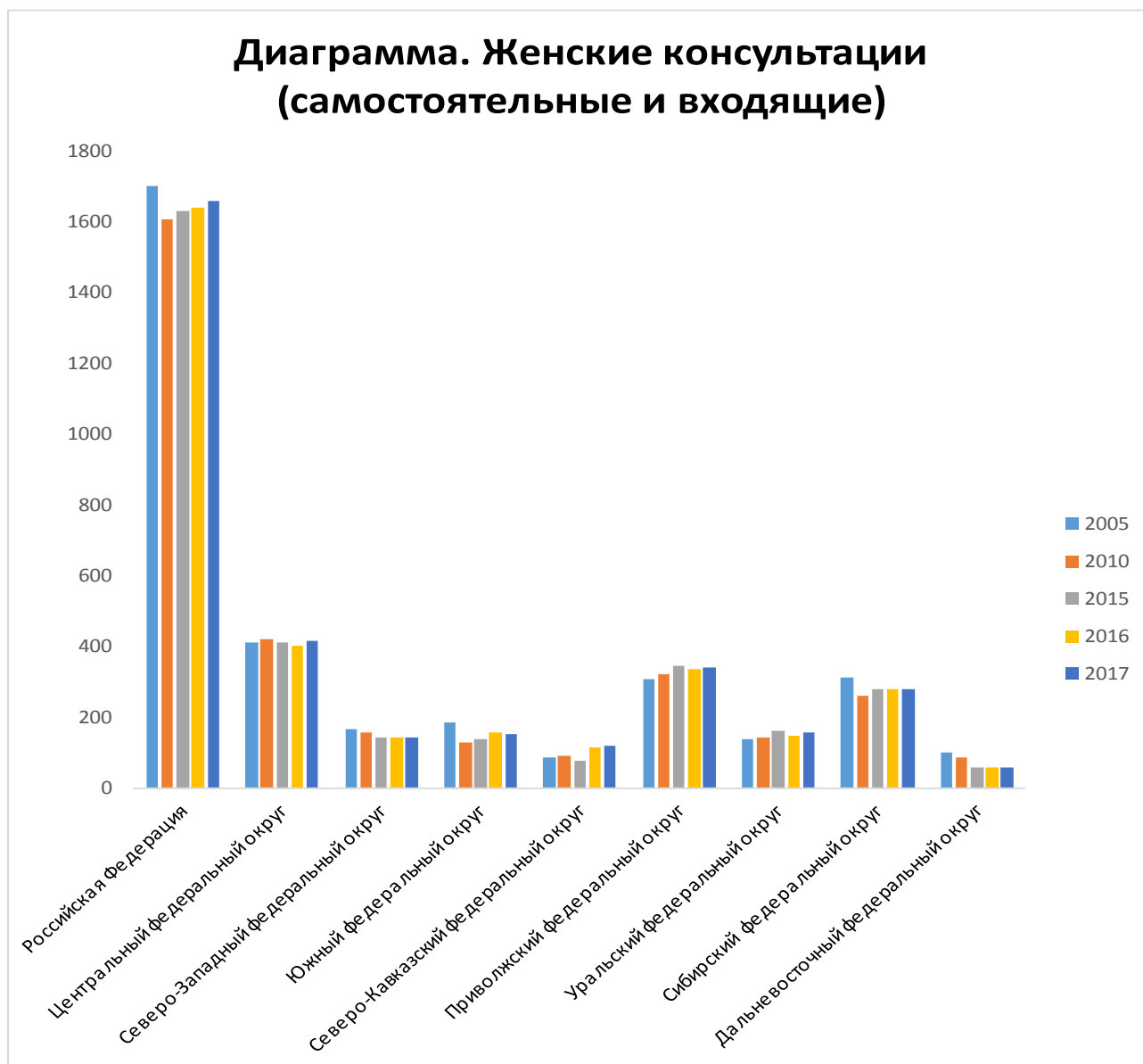
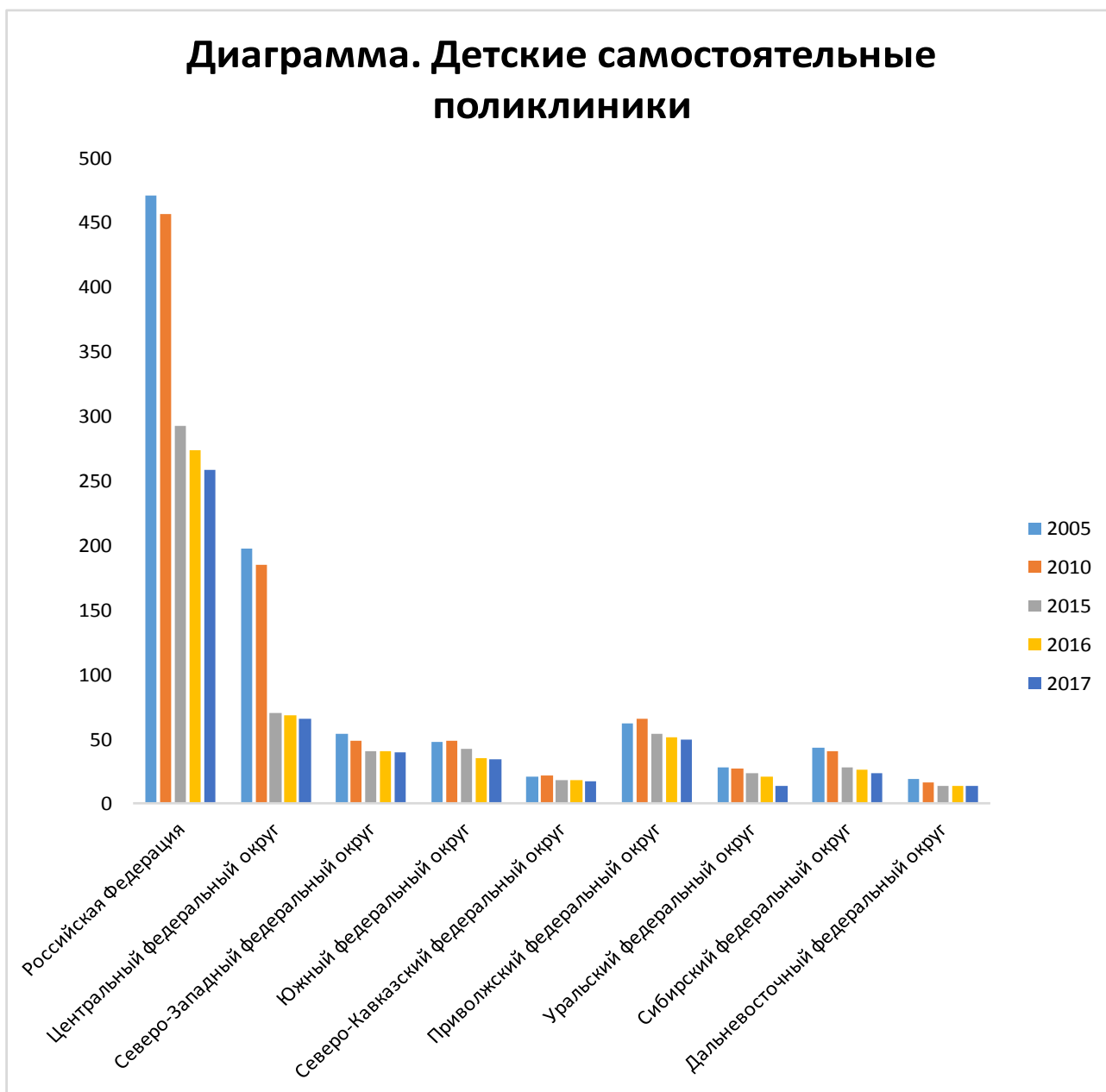


Таблица: Детские самостоятельные поликлиники

СУБЪЕКТЫ ФЕДЕРАЦИИ	Детские самостоятельные поликлиники				
	2005	2010	2015	2016	2017
Российская Федерация	471	457	293	274	259
Центральный федеральный округ	198	185	70	68	66
Северо-Западный федеральный округ	54	49	41	41	40
Южный федеральный округ	48	49	42	35	34
Северо-Кавказский федеральный округ	21	22	18	18	17
Приволжский федеральный округ	62	66	54	51	50
Уральский федеральный округ	28	27	24	21	14
Сибирский федеральный округ	43	41	28	26	24
Дальневосточный федеральный округ	19	16	14	14	14

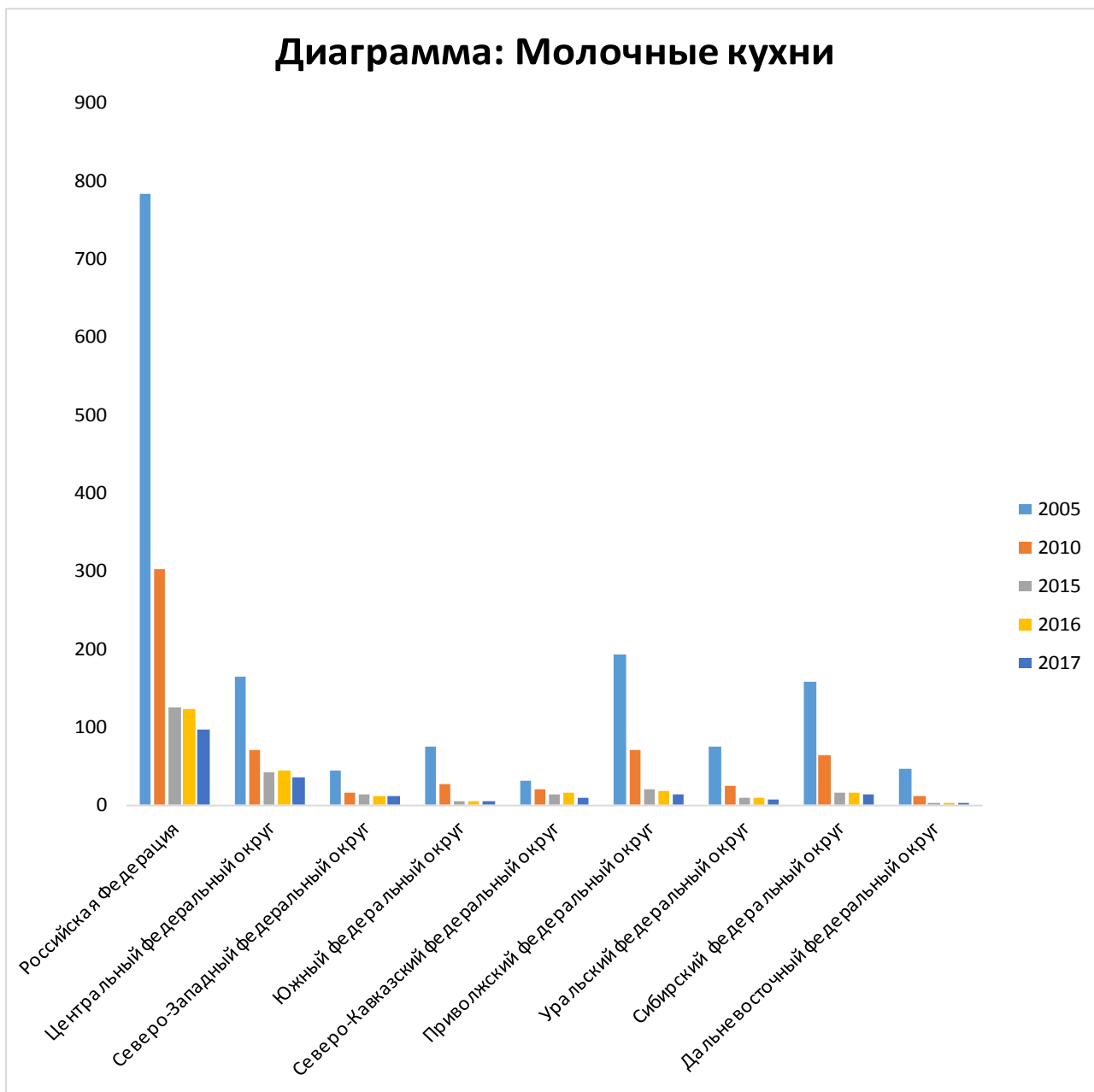
Диаграмма. Детские самостоятельные поликлиники.



В последнее время в Правительстве России много говорится о мерах поддержки молодой семьи, в частности многодетной. Но при этом, к сожалению, забывают про элементарные вещи, за многие годы существования, заслужившие признание у молодых родителей, в частности молочные кухни. Их количество в среднем по России сократилось с 2005 года на 88%. А в Дальневосточном и Южном федеральных округах вообще на 93,5%!

СПРАВЕДЛИВАЯ РОССИЯ считаем необходимым восстановление и развитие системы молочных кухонь для организации доступности обеспечения детей качественным питанием.

Диаграмма. Молочные кухни.



Несмотря на широко пропагандируемые меры по поддержке рождаемости, в число которых входит и строительство перинатальных центров, в реальности мы видим уменьшение доступности медицинской помощи для беременных и рожениц. Количество акушерских коек в среднем по России с 2005 года сократилось на 22%. В Приволжском федеральном округе снижение составило 29%, а в Уральском сократили практически треть акушерских коек.

Мы предлагаем безотлагательно провести анализ соответствия текущей ситуации с оказанием медицинской помощи беременным и роженицам, действующим нормативным правовым актам, определить конкретные причины, препятствующие улучшению ситуации и меры ответственности для лиц, допускающих это.

Таблица. Число акушерских коек.

СУБЪЕКТЫ ФЕДЕРАЦИИ	Всего акушерских коек				
	2005	2010	2015	2016	2017
Российская Федерация	80886	79259	67895	65896	63212
Центральный федеральный округ	19648	18858	15629	15508	14810
Северо-Западный федеральный округ	6967	6690	6046	5781	5639
Южный федеральный округ	7361	7476	6455	7345	7068
Северо-Кавказский федеральный округ	5629	6138	5833	5766	5666
Приволжский федеральный округ	16896	15830	13211	12652	12060
Уральский федеральный округ	7706	7363	5818	5346	5207
Сибирский федеральный округ	12768	12505	10069	9880	9277
Дальневосточный федеральный округ	4705	4336	3709	3568	3435

Вывод достаточно очевидный – ввиду проведенной «оптимизации» здравоохранения во всех вышеуказанных аспектах обеспечения здоровья матери и ребенка наблюдается снижение государственных гарантий и доступности получения медицинской помощи.

СПРАВЕДЛИВАЯ РОССИЯ считает необходимым:

1. Разработать комплекс дополнительных мероприятий и увеличить расходы федерального бюджета на здравоохранение в части оказания медицинской помощи беременным женщинам и роженицам в соответствии с законодательными предложениями СПРАВЕДЛИВОЙ РОССИИ;

2. Ввиду низких показателей исполнения уже имеющихся мероприятий необходимо введение персональной ответственности уполномоченных должностных лиц, как на уровне субъектов Российской Федерации, так и на федеральном уровне путем утверждения Национального совета по сбережению народа в соответствии с законодательными предложениями СПРАВЕДЛИВОЙ РОССИИ.

3.3. ОКАЗАНИЕ СКОРОЙ ПОМОЩИ

Вынуждены констатировать, что, несмотря на значительное внимание, уделяемое этому виду медицинской помощи, в последнее время остается еще масса нерешенных проблем, часто именно организационного плана. Поступающие в наш адрес обращения и информация по данному вопросу вызывает серьезные вопросы к компетенции и профессионализму местных управленцев от здравоохранения и организациям, их контролирующим.

ПРИМЕРЫ ИЗ ЖИЗНИ

Нижегородская область

11 января 2019 года в скорую помощь по поводу резкого снижения артериального давления обратился член Партии **СПРАВЕДЛИВАЯ РОССИЯ**, проживавший в Спасском районе Нижегородской области. Прибывшая бригада скорой помощи, не имея возможности оказать кардиологическую помощь на месте, приняла решение везти пациента в Центральную районную больницу Лысковского района (расстояние между Спасским и Лысково – 56 км). Пациент умер через полтора часа на пороге Лысковской ЦРБ. В 3 километрах от места проживания пациента расположена ЦРБ Спасского района. По комментариям принимающих врачей, пациенту достаточно было поднять давление и оставить на два кризисных дня в местной больнице.

Тульская область

По официальным данным, в регионе работают 25 станций скорой помощи, 125 бригад скорой ежедневно заступают на дежурство, они обслуживают порядка 35 тысяч вызовов в месяц. Среднее время ожидания медицинской бригады в г. Тула составляет около 40 минут, в отдаленных районах Тульской области – до 2 часов, что существенно превышает установленный Минздравом норматив (20 минут).

В последнее время Государственной Думой приняты ряд законов, усиливающих ответственность водителей за препятствия, чинимые, в том числе, проезду машин скорой помощи, дабы обеспечить оперативную и безопасную помощь нуждающимся гражданам. Но что мы иногда видим на местах? В глаза бросаются и вопиющие факты пренебрежения жизнью, как пациентов, так и самих медицинских работников, находящихся в автомобиле скорой помощи.

ПРИМЕР ИЗ ЖИЗНИ

Ивановская область: В преддверии зимнего сезона с целью экономии средств зимние шины были установлены только на два колеса передней оси автомобилей скорой помощи. Вызовы в скорую помощь поступают, в том числе и из сельской местности, где редко чистят дороги от снега и наледи.

Таблица. Доля выездов бригад скорой медицинской помощи (%). 2017 год.

СУБЪЕКТЫ ФЕДЕРАЦИИ	до места вызова			
	до 20 минут	21-40 минут	от 41 до 60 минут	более 60 минут
Российская Федерация	88,8	8	2	1,2
Центральный федеральный округ	91	6,4	1,6	1
Северо-Западный федеральный округ	85,7	10	2,7	1,6
Южный федеральный округ	90,4	6,6	2	1
Северо-Кавказский федеральный округ	87,7	10,4	1,6	0,3
Приволжский федеральный округ	88,1	8,2	2	1,7
Уральский федеральный округ	88,1	8,9	2	1,1
Сибирский федеральный округ	87,4	8,8	2,3	1,5
Дальневосточный федеральный округ	89,6	7,4	1,7	1,3

Отдельный блок вопросов составляет доступность скорой помощи. Несмотря на имеющуюся в нашем распоряжении радужную официальную статистику о времени прибытия машин скорой помощи по вызовам в различных регионах, по факту все обстоит не так радостно.

ПРИМЕР ИЗ ЖИЗНИ

Пермский край

В декабре 2018 года в автомобиле скорой помощи скончалась 32-летняя мать двоих детей из поселка Южный-Коспашский города Кизела, Пермского края. По словам супруга, когда женщине внезапно стало плохо, они вызвали «скорую». Однако в городе не было свободных машин, им пришлось дожидаться помощи два часа. В результате мать двоих детей повезли в Березники за 100 километров. К несчастью, женщина умерла по дороге в больницу. После этого случая прокуратура Пермского края провела проверку в филиале ГАУЗ Пермского края «Городская клиническая больница № 4» в Кизеле. Были выявлены многочисленные нарушения нормативов оказания скорой медицинской помощи. Резуль-

таты проверки показали, что для круглосуточного дежурства выделены лишь два автомобиля, что недостаточно для обслуживаемой территории города.

Таблица. Доля выездов бригад скорой медицинской помощи до места ДТП (%), 2017 год

СУБЪЕКТЫ ФЕДЕРАЦИИ	до места ДТП			
	до 20 минут	21-40 минут	от 41 до 60 минут	более 60 минут
Российская Федерация	94,6	4,5	0,6	0,2
Центральный федеральный округ	96,9	2,8	0,2	0
Северо-Западный федеральный округ	91,5	6,8	1,2	0,5
Южный федеральный округ	96,5	3,1	0,3	0,1
Северо-Кавказский федеральный округ	94,4	5,2	0,3	0,1
Приволжский федеральный округ	94,3	4,9	0,7	0,1
Уральский федеральный округ	94,5	4,6	0,7	0,2
Сибирский федеральный округ	91,5	6,9	1	0,5
Дальневосточный федеральный округ	91,2	6,4	1,6	0,8

Если проанализировать структуру выполненных выездов скорой помощи, то можно заметить, что в среднем по России более чем на 9% выросла доля перевозок больных и рожениц. В Сибирском федеральном округе такой рост составил более 57%. Это связано, прежде всего, с сокращением количества родильных домов, приближенных к месту жительства в пользу отдаленных перинатальных центров.

Вывод. При организации медицинской помощи беременным и роженицам допущены просчеты, пострадала доступность такой помощи. Необходимо пересмотреть политику приоритетов перинатальных центров перед родильными домами, приблизив медицинскую помощь к месту проживания беременных женщин, а не сделав ее потенциально более квалифицированной на расстоянии, которое еще нужно как-то безопасно и без последствий для женщины и будущего ребенка преодолеть.

Таблица. Структура выполненных выездов (в %)

СУБЪЕКТЫ ФЕДЕРАЦИИ	Из числа выполненных выездов			
	Доля лиц, которым оказана скорая мед. помощь по поводу: несчастных случаев, внезапных заболеваний и состояний, родов и патологии беременности, (%)		Доля перевозок больных, рожениц и родильниц (%)	
	2016	2017	2016	2017
Российская Федерация	82,7	81,9	7,6	8,3
Центральный федеральный округ	83,8	83,1	9,1	9,2
Северо-Западный федеральный округ	71,3	72,2	10,9	11,1
Южный федеральный округ	75,8	75,5	4,6	5
Северо-Кавказский федеральный округ	84,9	84,5	4,2	4,3
Приволжский федеральный округ	87	86,8	6	5,8
Уральский федеральный округ	83,2	83,8	10,9	11,1
Сибирский федеральный округ	87,3	82,7	7,5	11,8
Дальневосточный федеральный округ	80,2	80,9	6,1	5,9

Таблица. Показатели работы скорой медицинской помощи. 2017 год

СУБЪЕКТЫ ФЕДЕРАЦИИ	Число лиц, которым оказана помощь амбулаторно на 1000 населения	Госпитализировано больных скорой медицинской помощью на 1000 населения	Число лиц, умерших в автомобиле скорой помощи
Российская Федерация	10,7	72,7	6720
Центральный федеральный округ	6,3	77,6	2051
Белгородская область	15,8	68,5	56
Брянская область	6,8	57,1	42
Владимирская область	1,3	70,6	72
Воронежская область	14,0	71,7	56
Ивановская область	11,6	72,3	65
Калужская область	22,3	48,4	72
Костромская область	6,1	58,8	25
Курская область	21,0	63,7	43
Липецкая область	25,7	90,5	30
Московская область	0,7	74,7	433
Орловская область	18,3	86,1	54
Рязанская область	23,4	62,2	65
Смоленская область	7,9	70,9	52
Тамбовская область	4,0	55,1	10
Тверская область	8,6	64,0	71
Тульская область	3,7	44,9	63
Ярославская область	6,9	88,9	83
город Москва	0,4	95,9	759
Северо-Западный федеральный округ	8,4	87,8	641
Республика Карелия	14,0	57,4	41
Республика Коми	14,3	72,6	31
Архангельская область без автономного округа	14,3	45,2	57
Ненецкий автономный округ	3,0	40,4	-
Вологодская область	27,0	55,3	62
Калининградская область	12,6	79,5	46
Ленинградская область	1,3	60,8	103
Мурманская область	1,9	73,1	25
Новгородская область	1,8	56,8	32
Псковская область	16,7	77,5	56
город Санкт – Петербург	3,7	128,2	188
Южный федеральный округ	12,7	70,7	639
Республика Адыгея	11,4	82,7	9
Республика Калмыкия	48,5	25,3	2
Республика Крым	6,2	43,4	92
Краснодарский край	5,9	92,2	300
Астраханская область	14,6	68,2	29
Волгоградская область	11,5	65,1	97
Ростовская область	23,8	56,4	97
город Севастополь	0,1	109,0	13
Северо-Кавказский федеральный округ	20,4	40,8	106
Республика Дагестан	11,0	30,6	11
Республика Ингушетия	56,3	24,3	-
Кабардино-Балкарская Республика	19,4	35,4	5
Карачаево-Черкесская Республика	85,6	40,5	11
Республика Северная Осетия – Алания	7,5	59,1	-

СУБЪЕКТЫ ФЕДЕРАЦИИ	Число лиц, которым оказана помощь амбулаторно на 1000 населения	Госпитализировано больных скорой медицинской помощью на 1000 населения	Число лиц, умерших в автомобиле скорой помощи
Чеченская Республика	40,3	15,6	-
Ставропольский край	7,2	64,5	79
Приволжский федеральный округ	10,9	72,1	1646
Республика Башкортостан	13,0	49,5	153
Республика Марий Эл	41,0	63,8	24
Республика Мордовия	8,7	80,1	25
Республика Татарстан	12,9	50,9	138
Удмуртская Республика	10,8	40,7	41
Чувашская Республика	3,4	104,4	48
Пермский край	3,6	105,8	127
Кировская область	2,7	75,4	95
Нижегородская область	8,0	67,8	128
Оренбургская область	18,4	65,4	120
Пензенская область	0,7	114,2	101
Самарская область	9,4	74,9	103
Саратовская область	9,6	92,5	491
Ульяновская область	27,4	71,7	52
Уральский федеральный округ	4,9	71,7	419
Курганская область	9,8	37,7	28
Свердловская область	2,2	92,5	138
Тюменская область без автономного округа	0,8	111,8	50
Ханты-Мансийский АО	5,2	45,1	33
Ямало-Ненецкий АО	16,8	60,8	13
Челябинская область	6,7	51,6	157
Сибирский федеральный округ	15,8	73,5	1027
Республика Алтай	23,1	31,9	4
Республика Бурятия	69,2	45,6	13
Республика Тыва	18,6	83,6	-
Республика Хакасия	43,2	54,9	16
Алтайский край	7,5	71,4	139
Забайкальский край	33,4	55,9	23
Красноярский край	18,1	92,4	135
Иркутская область	8,6	67,9	118
Кемеровская область	5,6	71,7	229
Новосибирская область	3,5	81,3	68
Омская область	16,7	92,1	77
Томская область	16,4	47,9	205
Дальневосточный федеральный округ	18,5	63,8	190
Республика Саха (Якутия)	20,6	42,0	5
Камчатский край	41,2	66,3	11
Приморский край	24,7	61,6	48
Хабаровский край	4,7	95,0	65
Амурская область	11,9	51,5	36
Магаданская область	20,8	54,5	1
Сахалинская область	17,2	50,1	20
Еврейская автономная область	15,9	76,6	1
Чукотский автономный округ	79,1	40,7	3

Таблица. Оснащение станций (отделений) скорой медицинской помощи. 2017 год

СУБЪЕКТЫ ФЕДЕРАЦИИ	Всего автомобилей скорой медицинской помощи	из них по классам:		
		А	В	С
Российская Федерация	20628	5096	14160	1337
Центральный федеральный округ	5862	1224	4302	336
Белгородская область	171	-	163	8
Брянская область	269	-	259	10
Владимирская область	254	88	146	20
Воронежская область	329	79	230	20
Ивановская область	181	62	105	14
Калужская область	195	92	99	4
Костромская область	115	65	45	5
Курская область	190	70	108	12
Липецкая область	174	57	115	2
Московская область	893	25	816	52
Орловская область	184	124	59	1
Рязанская область	203	82	111	10
Смоленская область	260	157	94	9
Тамбовская область	205	43	160	2
Тверская область	309	99	164	46
Тульская область	254	5	227	22
Ярославская область	273	80	182	11
город Москва	1403	96	1219	88
Северо-Западный федеральный округ	1512	462	919	96
Республика Карелия	144	66	53	25
Республика Коми	188	25	155	5
Архангельская область без автономного округа	232	65	124	11
Ненецкий автономный округ	7	-	7	-
Вологодская область	96	50	46	-
Калининградская область	146	91	54	1
Ленинградская область	223	35	179	9
Мурманская область	148	48	63	37
Новгородская область	173	54	117	2
Псковская область	151	27	118	6
город Санкт – Петербург	4	1	3	-
Южный федеральный округ	2073	208	1639	226
Республика Адыгея	47	-	47	-
Республика Калмыкия	95	38	47	10
Республика Крым	327	4	254	69
Краснодарский край	642	10	549	83
Астраханская область	160	21	126	13
Волгоградская область	254	16	230	8
Ростовская область	480	115	330	35
город Севастополь	68	4	56	8
Северо-Кавказский федеральный округ	1405	559	777	69
Республика Дагестан	484	188	288	8
Республика Ингушетия	52	-	45	7
Кабардино-Балкарская Республика	146	93	49	4
Карачаево-Черкесская Республика	106	59	40	7
Республика Северная Осетия – Алания	86	19	62	5

СУБЪЕКТЫ ФЕДЕРАЦИИ	Всего автомобилей скорой медицинской помощи	из них по классам:		
		А	В	С
Чеченская Республика	161	95	57	9
Ставропольский край	370	105	236	29
Приволжский федеральный округ	4121	796	3053	272
Республика Башкортостан	544	130	339	75
Республика Марий Эл	60	3	57	-
Республика Мордовия	113	48	54	11
Республика Татарстан	460	53	372	35
Удмуртская Республика	257	30	208	19
Чувашская Республика	128	50	61	17
Пермский край	318	78	232	8
Кировская область	239	-	231	8
Нижегородская область	440	57	358	25
Оренбургская область	375	96	257	22
Пензенская область	255	2	244	9
Самарская область	367	44	291	32
Саратовская область	460	165	288	7
Ульяновская область	105	40	61	4
Уральский федеральный округ	1656	462	1057	137
Курганская область	147	83	59	5
Свердловская область	572	284	239	49
Тюменская область без автономного округа	168	2	148	18
Ханты-Мансийский АО	240	14	192	34
Ямало-Ненецкий АО	102	16	82	4
Челябинская область	427	63	337	27
Сибирский федеральный округ	2734	1059	1576	99
Республика Алтай	68	25	43	-
Республика Бурятия	176	89	83	4
Республика Тыва	95	50	39	6
Республика Хакасия	74	27	42	5
Алтайский край	356	119	223	14
Забайкальский край	226	117	104	5
Красноярский край	453	230	198	25
Иркутская область	385	172	201	12
Кемеровская область	306	33	267	6
Новосибирская область	174	64	107	3
Омская область	221	34	175	12
Томская область	200	99	94	7
Дальневосточный федеральный округ	1220	324	809	87
Республика Саха (Якутия)	217	107	102	8
Камчатский край	104	40	55	9
Приморский край	321	18	264	39
Хабаровский край	229	55	162	12
Амурская область	154	71	82	1
Магаданская область	43	3	37	3
Сахалинская область	97	7	79	11
Еврейская автономная область	27	15	8	4
Чукотский автономный округ	28	8	20	-

При анализе показателей работы скорой медицинской помощи можно увидеть, что число лиц, которым оказана помощь амбулаторно, значительно разнится по регионам. Видно, что скорая помощь в г. Москве и Московской области стремится доставить больного в стационар, а в Республиках Карачаево-Черкессия, Бурятия, Чукотском автономном округе, наоборот, предпочтение отдается оказанию медицинской помощи амбулаторно.

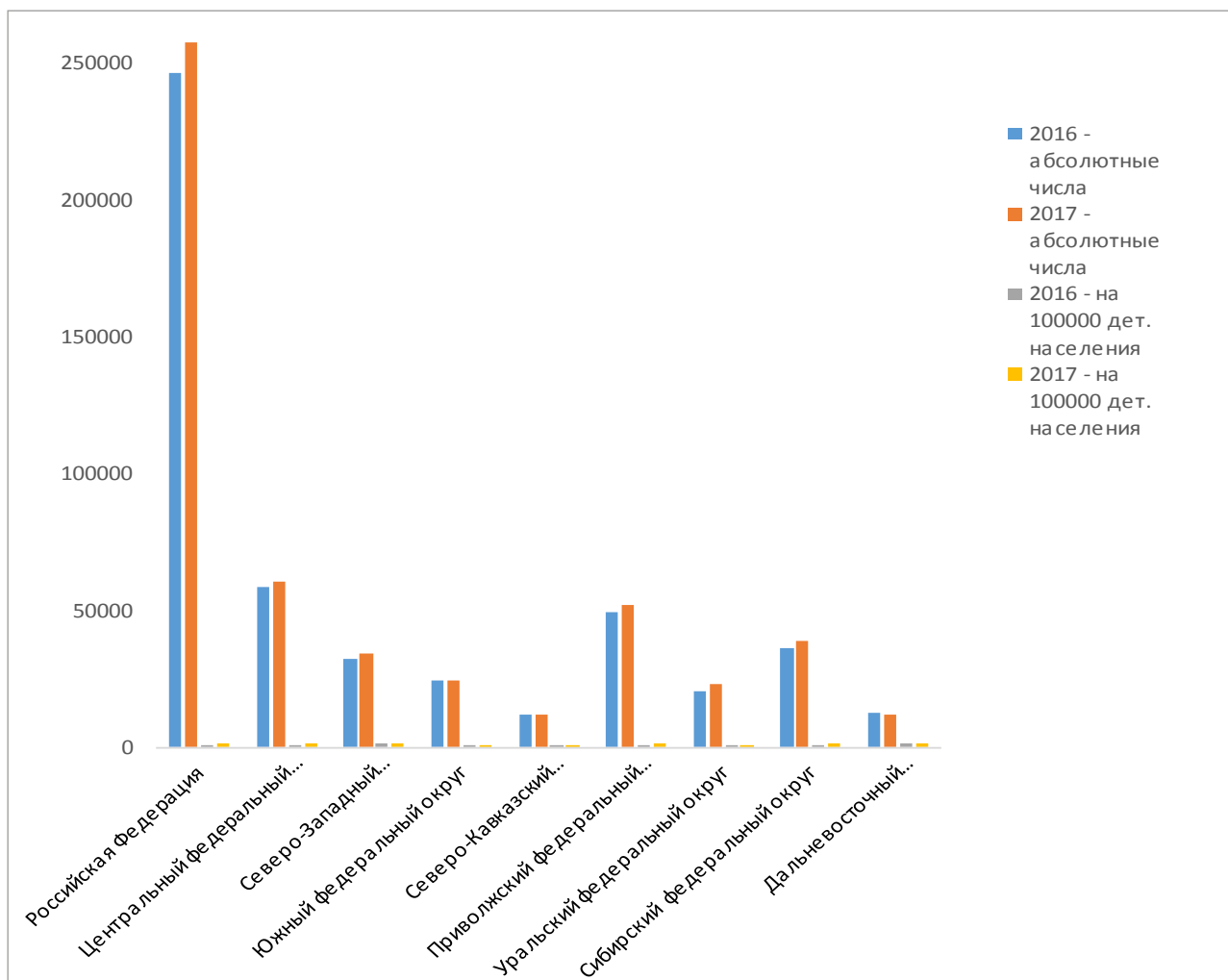
Причем разница весьма значительна – между Москвой и Республикой Карачаево-Черкесия в 214 раз отличаются показатели по амбулаторной помощи. Требуется проанализировать причины этого и оценить правильность и полноту выполнения имеющихся стандартов и порядков оказания скорой медицинской помощи.

Вывод: Снижение количества умерших в машине скорой помощи либо не дождавшиеся скорой помощи возможно в первую очередь путем увеличения количества бригад скорой помощи, повышения их квалификации и оснащения, приближения медицинской помощи к месту проживания, глубокого внедрения санитарной авиации особенно в регионах, с низкой транспортной доступностью.

3.4. СОСТОЯНИЕ И ПУТИ РЕШЕНИЯ ПРОБЛЕМ ДЕТСКОЙ И ВЗРОСЛОЙ ОНКОЛОГИИ

Проблема рака для очень многих в любой момент может превратиться из абстрактной в очень и очень личную. Согласно данным статистики, если текущая ситуация не изменится, то на протяжении жизни каждый 4-й россиянин рискует заболеть раком, а каждый 9-й погибнет от него. С учетом роста заболеваемости шанс увидеть болезнь у кого-то из «ближнего круга» приближается к 100%. Сейчас количество людей, живущих с диагнозом «рак» (излеченных или борющихся с болезнью в настоящее время), в РФ приближается к 3,5 миллион (около 2,3% населения страны).

Диаграмма. Новообразования



При анализе статистических данных видно, что число зарегистрированных больных новообразованиями детей в среднем по России выросло на 4,7 %, но в том же Уральском федеральном округе рост составил 12,7 %.

К сожалению, соотношение между заболевшими и умершими за год от онкологических заболеваний в нашей стране значительно хуже, чем в развитых странах.

Большинство людей недостаточно информированы о возможностях «активной», т.е. медикаментозной, хирургической и т.д. профилактики развития злокачественных опухолей, а государство пока не уделяет должного внимания этому вопросу. Многие жизнеспасающие методы профилактики, ставшие рутиной и общепринятой практикой в большинстве развитых стран мира, до настоящего времени неприменимы у нас в стране. Простой метод вакцинации против вируса папилломы человека, позволяющий надеяться в обозримом будущем на практически полное искоренение рака шейки матки и снижение риска заболеть многими другими опухолями, стыдливо обходится вниманием. Хотя есть и отрадные моменты – вакцинация против гепатита В, одного из основных факторов риска развития рака печени, в календаре прививок присутствует с 2007 года.

В настоящий момент существует лишь 5 видов опухолей, при которых существует эффективный скрининг: рак шейки матки (цитологическое исследование и тест на вирус папилломы человека), рак молочной железы (маммография), рак толстой и прямой кишки (тест на скрытую кровь и колоноскопия), рак предстательной железы (определение уровня простат-специфического антигена) и рак легкого (низкодозовая компьютерная томография).

Все вышеперечисленные тесты, кроме компьютерной томографии, включены в программу диспансеризации, запущенную в РФ, однако результативность ее пока не ясна.

Основной трудностью при проведении скрининга в нашей стране является низкая информированность и мотивация населения. Многие люди не понимают, что за несколько часов времени, потраченных на прохождение скрининговых обследований, можно «выиграть» сохранение жизни и здоровья. Они просто не приходят на диспансеризацию и скрининговые обследования. Еще одной причиной низкой эффективности скрининга является недостаточная квалификация специалистов первичного звена здравоохранения в отношении интерпретации результатов скрининговых обследований. Наглядным примером вышесказанного может служить ситуация с раком шейки матки в нашей стране. Это заболевание является одним из самых «предотвратимых» за счет скрининга – простой гинекологический осмотр с цитологическим исследованием мазка, снижает риск смерти от рака шейки матки примерно на 90%. Более того, за счет выявления и последующего лечения предраковых состояний на 70% снижается риск развития рака и необходимость в проведении калечащих операций. Согласно заключению ВОЗ данный вид скрининга является «наилучшим вложением» системы здравоохранения в связи его дешевизной и высокой эффективностью. Между тем в РФ, несмотря на формальное включение скрининга во многие федеральные программы, в последние десятилетия отмечается неуклонный рост как заболеваемости, так и смертности от рака шейки матки. К 2016 году эти показатели в нашей стране «достигли» уровня развитых стран до внедрения системы скрининга (70-е годы прошлого века).

РЕАБИЛИТАЦИЯ ОНКОЛОГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ

Возможность излечения или значительного продления жизни онкологических больных привела к еще одной проблеме, требующей решения. Как проявления болезни, так и последствия лечения могут нарушать привычную жизнь пациента. Для каждого из нас важным является не только, сколько прожить (количество жизни), но и как прожить – ее качество. Особенно, если благодаря лечению онкологическому пациенту предстоит долгая жизнь, то вопрос ее качества выходит на ведущее место. Многие пациенты, перенесшие

онкологическое заболевание и его лечение, нуждаются в реабилитации, позволяющей им вновь начать вести полноценную жизнь и научиться справляться с теми «следами», которые оставил в их жизни онкологический диагноз. К сожалению, служба «онкологической реабилитации» практически отсутствует в нашей стране. Реабилитация является отдельной областью медицины, требующей особых навыков и знаний и, разумеется, времени, в связи с чем, не может быть осуществлена силами врачей-онкологов, занимающихся лечением опухолей. К сожалению, подобная ситуация часто ведет к тому, что пациент и общество не получают всех возможных преимуществ от дополнительных лет жизни, полученных в результате лечения онкологического заболевания.

Вот в какой обстановке работает онкологическая служба страны, в которой насчитывается 93 онкодиспансера, 3 онкологические больницы и 6 федеральных онкологических институтов. Вне зависимости от того, где находится центр, признанный «ведущим» – в столице или любом другом регионе, подразумевается, что он должен обеспечить онкологическому пациенту полноценное лечение, включающее хирургическое, лучевое, лекарственное и паллиативное.

Однако наша жизнь вносит в эту картину, радужную для глаз ответственных за данное направление чиновников, свои суровые коррективы, призывающие предпринимать срочные меры

ПРИМЕРЫ ИЗ ЖИЗНИ

Нижегородская область

Мужчина в возрасте 70 лет болен раком предстательной железы. Врачом-онкологом назначен препарат «Золадекс» для инъекции 1 раз в месяц. С этим направлением пациент направлен в поликлинику по месту жительства. Терапевт выписывает препарат и говорит, что он будет в прикрепленной аптеке в течение 10 дней. Препарат поступает через 14 дней. Для его получения больной обязан еще раз зайти за рецептом к терапевту, подписать рецепт еще у одного терапевта, у заведующего отделением и у главного врача поликлиники. После прохождения 4 кабинетов ему необходимо найти медработника, который сделает инъекцию, при этом врач готов сделать укол за 3 000 рублей. Побочные эффекты от укола проходят через 3-5 дней, по прошествии которых пациенту снова предстоит начинать борьбу за получение медицинской помощи.

Поступления препарата в аптеку опять нужно ждать 10-14 дней. Тем временем часть результатов анализов устарела и их нужно сдавать опять. В итоге за три месяца производится не три, а всего две инъекции. За пять месяцев – всего три. При этом в больнице оформляют документы, указывая, что пациент занимает койкоместо 3 раза по 12 дней.

Силы больного тают на глазах, а сражаться приходится не только с болезнью, но и с бюрократической машиной.

Курская область

Уже несколько лет в Михайловский горно-обогатительный комбинат обращается мать двух сыновей, умерших от онкологических заболеваний. Дети ежегодно проходили медкомиссию в амбулатории этого комбината, но рак в обоих случаях выявили с опозданием. Женщина просит руководство предприятия построить диагностический центр, чтобы не повторялась случившаяся в её семье трагедия.

Республика Башкортостан

По данным Минздрава Республики Башкортостан, сейчас в республике на учете стоят 82 тысячи онкобольных. Из них живут более пяти лет с момента установления диагноза 57,7%. Доля умерших от новообразований в республике – 14,6%. За последние пять лет показатель смертности вырос – почти на 23%. Рост в 2018 году по сравнению с 2017 го-

дом составил 3,7%. В 2017 году в Башкортостане от злокачественных новообразований умерло 7050 человека, показатель смертности составлял 178,6 на 100 тысяч населения. Катастрофически не хватает онкологов – в настоящее время в республике работает всего 191 врач-онколог.

К сожалению, известны случаи, когда онкобольным ошибочно ставились другие диагнозы и проводились ненужные им хирургические вмешательства только потому, что врачи на местах не догадались назначить пациентам анализ на биопсию.

ПРИМЕР ИЗ ЖИЗНИ

Республика Башкортостан

В Республиканской детской клинической больнице с 2016 по 2018 год 3-летнего мальчика лечили от конъюнктивита, пока не был установлен настоящий диагноз – саркома Юинга – тяжёлое онкологическое заболевание в последней стадии.

Согласно данным доступной статистики в онкологических учреждениях страны работает 7271 онколог (хирурги и химиотерапевты) и 1561 лучевой терапевт (радиолог). Однако количество врачей, задействованных в лечении онкологических пациентов (почти 9000) в РФ, лишь на первый взгляд выглядит большим. С учетом ранее приведенных цифр им приходится каждый год «встречать» 600.000 новых пациентов, и продолжать лечение или наблюдение за 3.000.000 пациентов, успешно пролеченных в прошлые годы. И это, не принимая в расчет того, что онкологам приходится «просеивать» огромное число пациентов с подозрением на злокачественную опухоль, а их количество благодаря программе диспансеризации, скорее всего, должно быть увеличиваться. Даже по самым скромным подсчетам, число необходимых штатных должностей (рассчитанное много лет назад, когда заболеваемость и число больных, требующих длительного лечения, было значительно меньше) примерно в 1,5 раза превосходит численный состав онкологов. Этот разрыв покрывается либо сверхурочной работой действующих врачей, либо отсутствием необходимых специалистов вообще, что не может не сказаться отрицательно на доступности и качестве онкологической помощи.

СТОИМОСТЬ И СТАНДАРТЫ ЛЕЧЕНИЯ

Количество противоопухолевых препаратов давно перевалило за 100, ежегодно в практику онкологов входят несколько новых лекарств, потенциально дающих надежду на продление жизни или даже излечение многим больным. Появляются современные методики лучевой терапии и хирургии. Однако основными проблемами в области их внедрения и использования является отсутствие достаточного финансирования и национальных стандартов лечения.

Финансовая проблема характерна для большинства стран. С учетом стоимости новых методов лечения и все увеличивающегося числа онкологических больных, требующих их назначения, даже в США и странах Западной Европы далеко не все пациенты получают современную терапию. Крайне высокая стоимость современной противоопухолевой терапии даже получила название «финансовой» токсичности (ситуации, когда проведение противоопухолевого лечения приводит к банкротству пациента или всей его семьи). Возможным выходом из ситуации в большинстве стран признают создание стандартов лечения, позволяющих в рамках имеющегося бюджета спасти наибольшее количество жизней.

При одинаковой страховке жители США или Европы получают одинаковый объем помощи, который определяется профессиональным сообществом в координации с экономистами, юристами, организаторами здравоохранения, представителями пациентских организаций и т.д. В РФ же до настоящего времени существует «выборочное» назначение и

использование препаратов – когда одни пациенты (регионы) могут получать даже «избыточное» по зарубежным меркам лечение, а другим не достается и минимума. **Так, различия в финансировании отдельных видов онкологической помощи между регионами России могут достигать 1000– 2500% (различаться в 10-25 раз).** Трудно представить такую степень неравенства в любой другой жизненно-важной области. Очевидно, что такой разрыв в обеспечении жизненно-важной помощью граждан одного государства недопустим и ведет к неравенству в праве на жизнь. Без решения этой задачи – определения гарантированного оптимума – невозможно достижение удовлетворительных результатов лечения онкологических заболеваний в государственной системе здравоохранения.

Предлагаемые направления действия:

1. организация информационных кампаний о методах предотвращения онкологических заболеваний и их раннего выявления, пропаганде здорового образа жизни, с привлечением профессионалов в области воздействия на общественное мнение;
2. создание полноценного канцер-регистра, позволяющего объективно оценивать потребность в онкологической помощи и качество ее оказания в различных регионах Российской Федерации. Несмотря на инвестированные с 90-х годов в создание канцер-регистра немалые государственные средства, на сегодняшний день он представляет собой лишь сборник статистических данных, цифры, которые мало что дают. Известны данные по заболеваемости, по смертности, в частности в первый год после постановки диагноза. Но по-прежнему неизвестно, например, сколько онкопациентов из заболевших, за истекший год получают лечение. Эта информация недоступна. Есть данные о количестве получающих радикальное лечение, и при этом неизвестно, сколько больных с нерезектабельной опухолью в третьей или четвертой стадии. Полноценный канцер-регистр необходим и для того, чтобы понять, как функционирует онкологическая служба, где у нее болевые точки, как лечат больных, сколько они живут, какое лечение получают, зависит ли от него продолжительность их жизни. Эта статистка есть во всем мире. Зависимость от разного вида терапий анализируется, изучается, какой метод эффективней. К сожалению, эта информация сейчас отсутствует.
3. создание единых национальных стандартов оказания гарантированного бесплатного объема медицинской помощи при онкологических заболеваниях, основанных на принципах доказательной медицины и финансовых возможностей отечественного здравоохранения;
4. обеспечение равного доступа жителей всех регионов страны к гарантированной бесплатной онкологической помощи;
5. развитие системы реабилитации онкологических больных и их родственников для скорейшего их возвращения к нормальной жизни;
6. развитие паллиативной помощи: упрощение медицинского оборота наркотических анальгетиков, расширение сетей хосписов и патронажа пациентов на дому

Контроль реализации мероприятий, направленных на совершенствование организации онкологической помощи населению

Показатель смертности от злокачественных новообразований в Российской Федерации в 2017 году составил 194,2 на 100 тыс. населения, что на 2,4% ниже данного показателя в сравнении с аналогичным периодом 2016 года (198,9 на 100 тыс. населения).

В ходе анализа индикаторов «Дорожных карт» выявлено, что в 2017 году риск недостижения показателя «Смертность от новообразований (в том числе от злокачественных)» отмечается в 52 регионах (Республики Башкортостан, Калмыкия, Амурская, Брянская, Костромская, Тверская, Челябинская области и др.).

По результатам мониторинга показателей, относящихся к онкологической помощи населению, выявлены следующие результаты:

Сигнальный индикатор «Доля ЗНО, выявленных впервые на ранних стадиях (I-II ста-

дии)» не достигнут 43 регионами (за 2016 год – 52 региона).

Регионы с минимальными значениями показателей данного индикатора: Республика Саха Якутия, Республика Калмыкия, Калужская область.

Сигнальный индикатор «Доля больных с ЗНО, умерших в трудоспособном возрасте, состоящих на учете, от общего числа умерших в трудоспособном возрасте больных с ЗНО» не достигнут 14 регионами (в 2016 году – 14 регионов).

Регионы с минимальными значениями показателей данного индикатора: Республики Адыгея и Тыва, г. Москва.

В 2017 году установлен Сигнальный индикатор «Доля больных ЗНО, выявленных активно». Он не достигнут 30 субъектами Российской Федерации (с минимальными значениями показателей данного индикатора: Республика Адыгея, Костромская область, г. Москва).

Основные причины не достижения показателей индикаторов: дефицит врачей онкологов; отсутствие многоуровневой системы оказания медицинской помощи больным с ЗНО; недостаточно высокий уровень эффективности диспансеризации и профилактических медицинских осмотров; не укомплектованность кадрами первичного звена здравоохранения; отсутствуют первичные онкологические кабинеты; недостаточный уровень профилактических осмотров по раннему выявлению больных; низкая онконастороженность медицинских работников; недостаточно высокий уровень эффективности диспансеризации и профилактических медицинских осмотров.

Информация о пациентах, состоящих на учете в «Канцер-регистре», не передается 23 субъектами Российской Федерации в Московский научно-исследовательский онкологический институт имени П. А. Герцена – филиал ФГБУ «НМИЦ радиологии» Минздрава России.

КОНТРОЛЬНАЯ ДЕЯТЕЛЬНОСТЬ РОСЗДРАВНАДЗОРА

проведен анализ ситуации по выявляемости злокачественных новообразований ротовой полости, пищевода, желудка.

По сведениям, представленным онкологическими диспансерами субъектов Российской Федерации, общее количество пациентов, направленных медицинскими организациями в онкологические диспансеры, которым в результате первичного обследования в 2016 году был установлен диагноз злокачественного новообразования ротовой полости, составило 14109 человек.

Имеющиеся в медицинской документации данные свидетельствуют о том, что эта категория пациентов в большинстве случаев в срок до 3 месяцев от даты их обращения к врачу-онкологу осматривалась, в первую очередь, врачом-терапевтом, а во вторую – врачом-стоматологом и врачом-оториноларингологом.

В медицинской документации пациентов, осмотренных врачом-терапевтом, в подавляющем большинстве случаев отсутствуют описание кожных покровов, результаты пальпации лимфатических узлов, щитовидной железы, состояние видимых слизистых.

По результатам анализа медицинской документации пациентов, которым в результате первичного обследования был установлен диагноз злокачественного новообразования ротовой полости, установлено, что при оказании первичной медико-санитарной помощи у специалистов по профилям: «терапия», «стоматология», «оториноларингология», «инфекционные болезни» имеется общий системный дефект в осмотре пациентов на наличие у них признаков онкологических заболеваний, в том числе ротовой полости. Не проводится своевременное взятие соскоба с подозрительного участка слизистой оболочки полости рта для цитологического исследования, больные не направляются на инструментальные и лабораторные исследования, консультации профильных специалистов и онкологов.

Также по результатам анализа представленных данных установлено, что подавляющее число пациентов были направлены с подозрением на онкологические заболевания

пищевода и желудка в онкологические диспансеры медицинскими организациями, находящимися в ведении субъекта Российской Федерации, и муниципальными медицинскими организациями по месту жительства пациентов.

Анализ случаев самообращения показал, что наиболее неблагоприятная ситуация по своевременной диагностике онкологических заболеваний и запущенности случаев онкологического заболевания пищевода и желудка сложилась в Республиках: Саха (Якутия), Тыва, Карачаево-Черкесия и Калмыкия, Тульской и Ярославской областях, Еврейской автономной области.

Наиболее типичными причинами позднего диагностирования онкологических заболеваний ротовой полости, пищевода, желудка являются:

- недостаточный уровень онконастороженности в субъектах Российской Федерации, в первую очередь, в связи с неудовлетворительной деятельностью первичных онкологических кабинетов медицинских организаций;
- несоблюдение Порядка проведения диспансеризации определённых групп взрослого населения, утвержденного приказом Минздрава России от 03.02.2015 №36ан, по срокам, объёмам и качеству проведения диспансеризации;
- отсутствие у населения навыков активного обращения в медицинскую организацию при его малейшем ухудшении, что приводит к обращению уже на поздних стадиях онкологического заболевания и свидетельствует о низком уровне санитарно-гигиенического просвещения населения в отдельных субъектах Российской Федерации.

В ходе контрольных мероприятий в 2017 году Росздравнадзором установлено, что в ряде субъектов Российской Федерации отсутствует трехуровневая система оказания медицинской помощи, не организованы первичные онкологические кабинеты, не соблюдается маршрутизация пациентов с онкопатологией, несвоевременное направление на проведение прижизненных патолого-анатомических, цитологических, гистохимических диагностических исследований и, следовательно, позднее выявление онкопатологии, простой дорогостоящего оборудования, недостаточная санитарно-просветительская работа, неэффективная методическая работа внештатных специалистов органов исполнительной власти в сфере здравоохранения.

Медицинские ресурсы первичных онкологических кабинетов на сегодняшний день недостаточные, как по штатным должностям, так и по физическим лицам. Во многих медицинских организациях врачами первичных онкологических кабинетов продолжают работать совместители, что в значительной мере затрудняет возможность оказывать качественную медицинскую помощь онкологическим больным.

Недостижение регионами сигнальных индикаторов свидетельствует о неполной реализации мер, направленных на снижение смертности населения, низком качестве оказания медицинской помощи населению региона, несоблюдении порядков оказания медицинской помощи и клинических рекомендаций.

В 5 субъектах не проводились прижизненные гистологические диагностические исследования по результатам диспансеризации: Республики Адыгея, Северная Осетия – Алания, Курганская, Орловская области, Ненецкий автономный округ (среднероссийский показатель в 2016 г. – 3%).

Наименьшая доля пациентов, которым выполнены прижизненные цитологические диагностические исследования по результатам диспансеризации (Республики Адыгея, Ингушетия, Кабардино-Балкарская и Чеченская Республики, Приморский край) (среднероссийский показатель в 2016 г. – 59%).

Наименьшая доля осмотренных мужчин с целью выявления онкологической патологии при диспансеризации (профилактических осмотрах) отдельных контингентов населения: Республики Крым, Омская, Челябинская области, Еврейская автономная область (среднероссийский показатель в 2016 г. -37,8%).

Наименьшая доля осмотренных женщин с целью выявления онкологической патологии

при диспансеризации (профилактических осмотрах) отдельных контингентов населения: Республики Дагестан, Крым, Чеченская Республика, г. Севастополь, Еврейская автономная область (среднероссийский показатель в 2016 г. – 28,7%).

Для исправления этой ситуации и своевременного диагностирования у населения онкологических заболеваний, необходимо:

- уделять особое внимание деятельности первичных онкологических кабинетов медицинских организаций, повышать уровень онконастороженности;
- принять действенные меры к соблюдению порядка проведения диспансеризации определённых групп взрослого населения, по срокам, объёмам и качеству проведения диспансеризации;
- проводить на постоянной основе информационно-просветительскую работу с населением по вопросам раннего и активного выявления онкологических заболеваний;
- на регулярной основе проводить занятия с врачами, оказывающими первичную медико-санитарную помощь, по методам раннего выявления у граждан онкологических заболеваний, уделив особое внимание визуальным формам заболеваний;
- провести анализ организации системы онкологической службы, в том числе, тщательный анализ всех случаев самообращения пациентов, и по его итогам разработать «Дорожные карты» движения пациентов в случае подозрения на онкологическое заболевание с учётом транспортной доступности в регионе.

Таким образом, действующая система оказания онкологической помощи населению, ориентированная на раннее выявление онкологических заболеваний и проведение специализированного комбинированного противоопухолевого лечения, требует значительных изменений, начиная с первичного звена. Низкая настороженность медицинских работников на раннее выявление онкологических заболеваний, поздняя диагностика, неуккомплектованность кадров, отсутствие первичных онкологических кабинетов приводит к нарушению прав граждан на получение своевременной, доступной и качественной медицинской помощи.

Создание полноценной информационной системы, по которой можно отследить путь пациента от начала заболевания, своевременности обследования и выявления онкопатологии до получения высокотехнологичной медицинской помощи и лекарственного обеспечения, в том числе обезболивающих препаратов, позволит повлиять на снижение смертности от онкологических заболеваний и создать достойный уровень жизни онкологических больных, в том числе со злокачественными заболеваниями.

Распространенность и заболеваемость злокачественными новообразованиями существенно варьирует по субъектам Российской Федерации. При распределении указанных бюджетных ассигнований на финансовое обеспечение оказания медицинской помощи больным с онкологическими заболеваниями бюджетам территориальных фондов ОМС в составе субвенции на финансовое обеспечение организации обязательного медицинского страхования не учитывается распространенность и заболеваемость злокачественными новообразованиями по субъектам Российской Федерации.

Так, по официальным данным Росстата России по показателю «численность пациентов, состоящих на учете в лечебно-профилактических организациях, на конец года» на 100 000 населения в 2016 году среднее значение по Российской Федерации составило 2397 пациентов на 100 000 населения. Наибольшие значения сложились: в Курской области – 3217,2 пациентов, в г. Севастополе-3201,1 пациентов, в Республике Мордовия -2 998,1 пациентов, в Калужской области – 2997,2 пациентов, в Краснодарском крае – 2926,2 пациентов. Наименьшие значения сложились в Чукотском автономном округе -1206,3 пациентов, в Чеченской Республике – 1057,8 пациентов, в Республике Ингушетия – 975,5 пациентов, в Республике Тыва-827,8 пациентов, в Республике Дагестан – 782,5 пациентов.

По официальным данным Минздрава России по показателю «Заболеваемость впервые в жизни с установленным диагнозом злокачественного новообразования на 100 тыс.

населения» на конец 2016 года среднее значение по Российской Федерации составило 409 человек. Наибольшие значения показателя сложились в Орловской области – 536,6 человек, в Сахалинской области – 516,3 человек, в Пензенской области – 515,2 человек, в Псковской области – 502,7 человек, в Ярославской области – 498,7 человек. Наименьшие значения данного показателя на конец 2016 года сложились в Республике Алтай – 276,5 человек, в Ханты-Мансийском автономном округе-Югра-271,5 человек, в Республике Саха (Якутия) – 245,7 человек, в Республике Тыва – 228,4 человек, в Ямало– Ненецком автономном округе – 211,6 человек.

При этом в проекте Программы государственных гарантий, направленной Фондом в Минздрав России, установлены средние нормативы объема медицинской помощи на одного застрахованного и средние нормативы финансовых затрат на единицу медицинской помощи по профилю «Онкология» в условиях дневного и круглосуточного стационаров.

Таким образом, при реализации территориальных программ государственных гарантий существуют риски недостаточности финансирования в субъектах Российской Федерации с высоким уровнем показателей распространенности и заболеваемости злокачественными новообразованиями

Учитывая вышеизложенное, СПРАВЕДЛИВАЯ РОССИЯ считает необходимым:

1. Просвещение общества о необходимости ранней диагностики онкологических заболеваний и её преимуществах, в том числе путем учреждения общественного совета, который бы учитывал необходимость реализации указанной редакционной политики в СМИ;
2. Увеличение расходов федерального бюджета на здравоохранение, в том числе в целях исправления дефицита и качества кадров в вопросах борьбы с онкологией;
3. Выделение реабилитации пациентов, прошедших лечение от онкологии в качестве отдельного направления, государственной подпрограммы;
4. Решение проблемы неравенства в обеспеченности препаратами в зависимости от региона проживания пациента – обеспечить регионы с высоким уровнем показателей распространенности и заболеваемости злокачественными новообразованиями;
5. Решение проблемы недостижения утвержденных целевых показателей путем установления персональной ответственности уполномоченных должностных лиц, как на уровне субъектов Российской Федерации, так и на федеральном уровне путем утверждения Национального совета по сбережению народа.

3.5. ПСИХИЧЕСКОЕ ЗДОРОВЬЕ НАСЕЛЕНИЯ

По последним данным, ежегодно в Российской Федерации в амбулаторно-поликлинические учреждения психиатрической службы обращаются более 4 млн. человек (3%); из них около 55% (то есть более половины) составляют лица трудоспособного возраста – от 20 до 59 лет. За период с 2010 по 2015 гг. самая высокая общая заболеваемость психическими расстройствами отмечалась среди лиц 18-19 лет. При этом в течение последнего отчетного года данный показатель обнаружил некоторое уменьшение по большинству психических расстройств, за исключением расстройств аутистического спектра, первичная заболеваемость которыми выросла на 42,4%. В 2015 г. в общем числе зарегистрированных психически больных людей на долю пациентов с психозами и состояниями приобретенного слабоумия приходилось 27,4%; доля больных психическими расстройствами непсихотического уровня составляла 50,6%, а с умственной отсталостью – 22,0%. На долю шизофрении в общей структуре психических расстройств в 2015 г. приходилось 13,9%. Характерной особенностью является то, что диагностическая структура психических расстройств в различных федеральных округах РФ до сих пор имеет довольно существенные отличия. При этом самые высокие уровни показателя общей заболеваемости в

2015 г. отмечались в Сибирском и Уральском федеральных округах, а самые низкие – в Северо-Кавказском.

Кроме того, в России ситуация осложняется увеличением числа разного рода невротических и других пограничных психических состояний, в том числе связанных с алкоголизмом, бедностью и стрессами на работе.

ПРИМЕР ИЗ ЖИЗНИ.

Ульяновская область: Областное государственное автономное учреждение социального обслуживания «Психоневрологический интернат в с. Акшуат» – под влиянием пенсионеров-бывших осужденных, которых туда направляют, чтобы не помещать в обычный дом престарелых. Режим напоминает тюремный, а бывшие осужденные отбирают у пациентов питание. Персонал пугает пенсионеров в Областном государственном автономном учреждении социального обслуживания «Геронтологический центр в г. Ульяновске»: «Будешь нарушать режим – поедешь в Акшуат».

Согласно проведенным исследованиям, то или иное психическое, депрессивное или невротическое расстройство наблюдается у каждого третьего россиянина. По некоторым данным, до 40% населения страны имеют признаки какого-либо нарушения психической деятельности. На долю же лиц, нуждающихся в систематической психиатрической помощи, приходится 3-6% населения. Наиболее распространенными психическими расстройствами являются разнообразные фобии, панические и навязчивые состояния, а также связанные со стрессом расстройства. Около 10% россиян страдают от депрессий различной этиологии и степени тяжести. Расстройства пищевого поведения (анорексия, булимия, ожирение, орторексия) встречаются примерно у 20% жителей нашей страны.

За последние годы в России из-за психических расстройств на 13% возросло число инвалидов. На конец 2015 г. в РФ насчитывалось более 1 млн. человек, имеющих группу инвалидности по психическим заболеваниям. Следует также отметить, что среди имеющих группу инвалидности, занято трудом немногим более 3% лиц. Растет показатель инвалидности и среди детского населения, в том числе за счет расстройств аутистического спектра. При этом специалисты предполагают, что из-за проблемы стигматизации психических расстройств в России люди обращаются за психиатрической помощью только в самых крайних случаях, существенное число больных остаются без должного обследования и квалифицированного лечения. Большую роль в отрицании психического расстройства играет своеобразный российский менталитет: больным быть стыдно, а особенно стыдно быть психическим больным. В итоге большая доля россиян, страдающих психическими расстройствами, попросту избегает лечения, а это оказывает прямое отрицательное влияние на оценку реальной распространенности психических заболеваний среди населения.

Не маловажную роль играет в этом компетенция и профессионализм врачей психиатров, которая оставляет желать лучшего.

ПРИМЕР ИЗ ЖИЗНИ.

Калининградская область: 21 февраля 2019 года в психиатрической больнице поселка Прибрежный умерла 15-летняя школьница. В день гибели её госпитализировали в Психиатрическую больницу №1, а оттуда перенаправили в лечебное заведение в Прибрежном. При оказании медпомощи девочке не был поставлен верный диагноз. Врачи не смогли выявить угрозу жизни пациента, а принятых ими реанимационных мер оказалось не достаточно.

По данным Росстата, с 2000 по 2014 гг. отмечался своеобразный «перекос» статистики в отношении психических расстройств, выразившийся ростом заболеваемости с од-

новременным уменьшением количества взятых под диспансерное наблюдение больных. Среди причин этого называются: изменение диагностических критериев психиатрических заболеваний; либерализация диспансерного учета психиатрических больных; изменение структуры заболеваемости; снижение доступности медицинской помощи и, как следствие, выявляемости психических расстройств. С 1995 по 2014 гг. общее число психиатрических коек в РФ сократилось на 22%. Получается, что психиатрическая помощь в этот период и сама постепенно удалялась от потребителя.

В 2015 г. стационарную психиатрическую помощь граждане РФ получали в 207 психиатрических больницах (ПБ) и 70 стационарных отделениях в составе психоневрологических диспансеров (ПНД). Также функционировали 14 подразделений клиники 1-го эпизода, 34 реабилитационных стационарных отделений, 30 лечебно-трудовых (производственных) мастерских и 14 учреждений, обеспечивающих жилье с поддержкой для психически больных людей (общежития, групповые дома, квартиры для независимого проживания). Внебольничная помощь оказывалась в 92 ПНД, 186 диспансерных отделений ПБ, 2288 психоневрологических, 774 психотерапевтических кабинетах и 1 психозэндокринологическом. В составе ПНД, кроме того, работали 259 дневных, 1 ночной и 19 стационаров на дому.

Число учреждений, имеющих психотерапевтические отделения (кабинеты), за указанный период продолжило снижаться. Жилье с поддержкой для психически больных, утративших социальные связи, составляли 8 отделений-общежитий (на 1 меньше, чем в 2014 г.), 5 квартир для независимого проживания и 1 групповой дом. Эти цифры нельзя назвать даже маленькими, они мизерны, и создание подобных учреждений до сих пор идет с огромным трудом.

Кадровый состав профильных специалистов никак нельзя назвать оптимальным. В РФ на конец 2015 г. число штатных должностей врачей-психиатров, включая сексологов и судебно-психиатрических экспертов, равнялось 21447,75. В расчете на 10 тыс. населения это составляет 1,47, то есть по сравнению с предыдущим годом показатель уменьшился на 1,45%. Психиатрическую помощь пациентам с психическими расстройствами оказывают по стране менее 13 тыс. врачей (физических лиц), а психиатрическую помощь детям – менее 1400 психиатров.

Крайне скудно кадровое обеспечение психотерапевтической составляющей психиатрической помощи: число врачей-психотерапевтов (физических лиц) составило всего лишь 1440 на всю страну, уменьшившись при этом за год на 4,7%. Не вызывают оптимизма и показатели по кадровому составу медицинских психологов (менее 4000) и социальных работников (менее 1000). Кроме того, более половины должностей, занятых лицами с немедицинским образованием, в психиатрической службе страны до сих пор находится в штатах стационаров, а не амбулаторных учреждений.

Подытоживая выявленные негативные тенденции, следует отметить, прежде всего, что контингент наблюдаемых психиатрических пациентов в целом по стране становится более тяжелым, увеличивается доля инвалидов в связи с психическими заболеваниями. Растет средняя длительность пребывания в стационаре пациентов с психическими расстройствами. В сети амбулаторно-поликлинических учреждений сокращается число ПНД и уже значительно уменьшилось количество учреждений, имеющих психотерапевтические кабинеты. Продолжается сокращение ПБ и ПНД, имеющих стационарные отделения. При этом сокращение круглосуточного коечного фонда не компенсируется приростом числа мест в дневных стационарах. Сокращается также кадровый потенциал врачей-психиатров и особенно врачей-психотерапевтов. Стоит сказать, что и уровень профессиональной подготовки профильных специалистов в нашей стране не соответствует современным мировым стандартам. Таким образом, имеющиеся на настоящий момент ресурсы в сфере охраны психического здоровья населения РФ не позволяют эффективно решать даже те задачи, которые находятся в сугубом ведении психиатрической службы.

Одновременно с этим, из-за низкого уровня заработной платы врачи-психиатры, кроме официальной практики в государственных учреждениях, ведут частную практику, где

пациенты никак не учитываются. В западной практике психиатры относятся к наиболее высокооплачиваемой категории специалистов. По этой же причине определенная часть врачей-психиатров позиционирует себя в качестве врачей-психотерапевтов, не имея никакой подготовки в области психотерапии и действуя по отношению к своим пациентам как обычный психиатр, ориентированный на медикаментозные (психофармакологические) методы лечения.

КАДРОВОЕ ОБЕСПЕЧЕНИЕ СИСТЕМЫ ОХРАНЫ ПСИХИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ

Для обоснования последующих выводов будет целесообразным привести еще некоторые цифры. В современной России действуют 614 тыс. практикующих врачей, но у нас имеется всего около 16 тыс. психиатров и всего 1400 врачей– психотерапевтов, при этом последняя группа ежегодно сокращается на 50-100 действующих специалистов. В сфере психического здоровья действуют также около 24 тыс. дипломированных психологов. Таким образом, получается следующее соотношение: в области соматической медицины мы имеем 600 тысяч практикующих специалистов, а в области психического здоровья населения, максимум – около 40 тыс. (на 145 миллионов населения).

Для более наглядной демонстрации переведем эти цифры в традиционную статистическую форму. По количеству врачей на 10 тысяч населения Россия занимает пятое место в мире (после Кубы, Греции, Белоруссии и Грузии): 43 врача на 10 тыс. населения. То есть – один врач примерно на 230 человек. Но, несмотря на эти «призовые» позиции в мировом рейтинге, люди у нас болеют чаще и дольше, а умирают раньше, чем в большинстве развитых стран. Это, конечно, вопрос качества.

Ситуация в области психического здоровья еще более удручающая. При пересчете на все население России, по той же методике, получается 2,7 специалистов (психиатров, психотерапевтов и клинических психологов) на 10 тыс. населения, то есть 1 специалист в области психического здоровья – на 3,5 тысячи человек.

Но это в пересчете на все население. А если взять только 10%, то получится 1 специалист на 350 человек. Но ни один психиатр или психотерапевт не может квалифицированно вести одновременно более 10 пациентов. То есть, на квалифицированную психиатрическую и/или психотерапевтическую помощь могут рассчитывать, максимум, не более 3% пациентов. А 97% ее вообще никогда не получают. Для России – это 13 млн. человек, страдающих различными формами психопатологии.

То есть, пока невозможно даже ставить вопрос о профилактической работе, а уж тем более о системе раннего выявления предрасположенности к психопатологии.

Уместно отметить, что лица с такой патологией в 20 раз чаще берутся за оружие при решении своих внутренних проблем.

В Российской Федерации до настоящего времени нет законодательного определения психологической помощи и психологической модели психотерапии, что позволяет манипулировать этими понятиями многочисленным экстрасенсам, колдунам, знахарям, прорицателям, снимателям порчи и т.д. Разработка закона о психологической помощи и психологической модели психотерапии, к осуществлению которой должны допускаться только дипломированные специалисты-психологи с дополнительной подготовкой по одной из методов психотерапии, является чрезвычайно актуальной.

Не менее значимым является вопрос об общественной аккредитации специалистов. Сертификация лиц (получивших психологическое или медицинское образование в аккредитованных вузах) в качестве психотерапевтов должна осуществляться профессиональными сообществами.

КОНЦЕПЦИЯ ПСИХИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ НАЦИИ (КПЗН)

Методологические основы (принципы) построения КПЗН

Необходимо внести в законодательную, нормативную правовую базу и КПЗН следующие определения понятий «здоровье» и «психическое здоровье»:

1. Здоровье – «состояние организма человека, когда функции всех его органов и систем уравновешены с внешней средой и отсутствуют какие-либо болезненные изменения» (Большая медицинская энциклопедия), «состояние полного физического, душевного и социального благополучия, а не только отсутствие болезней и физических дефектов» (Устав Всемирной организации здравоохранения, 1946 г.).

Психическое здоровье – «состояние психической сферы человека, характеризующееся общим душевным комфортом, обеспечивающее адекватную регуляцию поведения и обусловленное потребностями биологического и социального характера» (Устав Всемирной организации здравоохранения, 1946 г.).

2. Систему показателей индивидуального психического здоровья личности построить с учетом генетических, биохимических, метаболических, морфологических, функциональных, психологических, социально-духовных и клинических показателей здоровья.
3. Включить основные положения КПЗН в структуру Концепции национальной безопасности РФ.
4. Исследовать и решать проблемы психического здоровья нации во взаимосвязи с решением проблем национальной безопасности в ее основных сферах и направлениях.
5. Поскольку личность является основным субъектом всех видов жизнедеятельности, рассматривать психическое нездоровье личности как фактор высоких рисков и угроз национальной безопасности во всех ее сферах.
6. Определить конкретные риски и угрозы национальной безопасности, которые могут возникать под влиянием фактора психического нездоровья субъектов в разных сферах жизнедеятельности населения, в том числе в разных видах профессиональной деятельности.
7. Рассматривать психическое здоровье нации как приоритетный национальный интерес России в современных условиях внешних и внутренних угроз.
8. Рассматривать психическое здоровье личности как одну из базовых целей политики национальной безопасности, направленной на прогнозирование, выявление, предупреждение и нейтрализацию всех видов угроз психическому здоровью российской нации.

Таким образом, **СПРАВЕДЛИВАЯ РОССИЯ** считает необходимым:

1. Внести изменения в законодательство в части оказания психотерапевтической помощи, включающей медицинскую и психологическую модели психотерапии;
2. Разработать систему сертификации и аккредитации специалистов-психотерапевтов, включив психотерапевтическую помощь в структуру страховой медицины;
3. Восстановить организационно-штатную структуру главных психотерапевтов в регионах.
4. Законодательное закрепление определения психологической помощи и психологической модели психотерапии;
5. Изменение общественного мнения и сознания людей по отношению к психическим расстройствам и методам их лечения. Признание в общественном сознании серьезности психических расстройств и просветительская работа в указанной сфере, достигающаяся, в том числе путем учреждения общественного совета, который бы учитывал необходимость реализации указанной редакционной политики в СМИ в

- соответствии с законодательными предложениями СР;
6. Выделение отдельной ЦСР (целевой статьи расходов федерального бюджета) «жилье с поддержкой для психически больных, утративших социальные связи»;
 7. Решение вопроса кадровой подготовки детских психологов, психотерапевтов и психиатров.

3.6. МЕДИЦИНСКАЯ ПОМОЩЬ ПОЖИЛЫМ ЛЮДЯМ

Рядом исследователей была поднята весьма актуальная проблема, обозначившая новые аспекты оказания медицинской помощи – оказание медицинской помощи пожилым пациентам. Эта тема приобрела особую актуальность в контексте резонансного увеличения пенсионного возраста.

По своему экономическому положению пожилые граждане являются очень бедными людьми. У каждого второго-третьего (40,9%) имеющих в личном распоряжении денежных средств не хватает на покупку одежды (36,7%) и даже продуктов питания (4,2%). Половина (53,3%) не может позволить себе без специальных сбережений приобретение предметов бытовой техники (холодильник, телевизор). Лишь доходы 5,8% являются достаточными для удовлетворения этих нужд.

По объективным и субъективным оценкам опрашиваемых, уровень здоровья пожилых людей является весьма невысоким. Структура их заболеваемости в основном (72,0-75,5%) представлена четырьмя классами болезней – системы кровообращения, костно-мышечной системы, органов пищеварения и дыхания. Большинство респондентов состояние своего здоровья воспринимают как удовлетворительное (73,3%), а 19,2% – как плохое. Только 7,5% считают его хорошим.

В пожилом возрасте все большее число людей постепенно утрачивают свою способность к труду. В результате уровень первичной инвалидности у них более чем в 3 раза выше, чем у трудоспособного населения. Признаки стойкой утраты трудоспособности наблюдаются у 28,3% пожилых пациентов: 3 группу инвалидности имеют 9,1%, 2 группу – 12,5 %, 1 группу – 2,5 %, оформляют группу инвалидности в настоящее время – 4,2%.

Состояние своего здоровья пожилые люди в основном связывают с возрастом (80,0%) и ведением нездорового образа жизни (43,3%). Он заключается в отсутствии внимания к своему здоровью и наличии вредных привычек (21,7%), в нерациональном режиме труда и отдыха (9,2%), стрессах на работе и дома (6,7%), плохом питании (5,8%). Немаловажное значение также имеют: наследственная предрасположенность (20,0%), недоступность качественной медицинской помощи (14,2%), неудовлетворительное состояние окружающей среды (6,7%) и перенесенные ранее заболевания (3,3%).

Сохранение здоровья в пожилом возрасте во многом определяется качеством питания. Вместе с тем хорошо питаются менее половины пожилых граждан (45,0%). В основном качество их питания является удовлетворительным (47,5%) и даже плохим (5,8%), а 1,7% не смогли дать ему какую-либо оценку. Как и следовало ожидать, основной причиной невысокого качества питания являются материальные трудности (65,6%) и неудобный график работы (4,7%).

Важнейшее значение в сохранении здоровья в пожилом возрасте принадлежит медицинскому (или гигиеническому) поведению, поскольку без активного участия самих людей многие возможности для укрепления защиты их здоровья и повышения уровня благополучия утрачиваются. Медицинское поведение включает ответственное отношение к своему здоровью, своевременное обращение за медицинской помощью и строгое выполнение врачебных рекомендаций.

Практически все (94,2%) пожилые люди в течение года регулярно обращаются за медицинской помощью: от 1 (20,8%), 2-4 (49,2%) до 5 и более раз (24,2%). Большая часть

(57,5%) посещает поликлинику с лечебной (48,3%) и консультативной (9,2%) целью. Однако каждый третий (38,3%) в основном обращается для выдачи рецептов, оформления направлений, получения справок и других медицинских документов. Только у 4,2% основной целью посещения является профилактический (или диспансерный) медицинский осмотр.

Необходимо привлечь пожилых людей к проведению профилактического медицинского осмотра, т.к. в настоящее время только у 4,2 % из них основной целью посещения является профилактический (или диспансерный) медицинский осмотр.

Медицинское поведение пожилых людей характеризуется недостаточно строгим выполнением медицинских рекомендаций. Всегда выполняют предписания врача только 63,3%. В случае несогласия с врачебными рекомендациями большинство (59,2%) все равно будут их выполнять, еще 18,3% постараются найти с врачом взаимопонимание, а 5,8% – обратятся к другому специалисту и только 16,7% не станут их выполнять, не давая никаких объяснений.

СПРАВЕДЛИВАЯ РОССИЯ считает необходимым обратить внимание врачей, дающих рекомендации пожилым людям сделать дополнительный акцент на необходимости выполнения таких рекомендаций.

Возможности получения медицинской помощи пожилыми жителями села в основном представлены четырьмя типами учреждений здравоохранения: фельдшерско-акушерскими пунктами (ФАП), центральными районными больницами (ЦРБ), межрайонными медицинскими центрами и областной больницей. Обычно за медицинской помощью они обращаются по месту своего постоянного проживания: чаще – в поликлинику ЦРБ (61,7%), существенно реже – в ФАП (7,5%), а каждый третий (30,8%) получает лечение в межрайонном медицинском центре или областной больнице.

Временная доступность поликлиники ЦРБ для пожилых людей является весьма различной. Время на дорогу у одних (51,7%) измеряется в пределах 10-30 минут. На дорогу другим требуется 30-60 минут (20,8%) и даже более 1 часа (27,6%). Большинство (75,8%) пациентов довольны графиком работы врачей поликлиники, но каждого четвертого (24,2%) их рабочий режим не устраивает. Врачебный прием в день обращения и на следующий день доступен для половины (49,2%) пациентов. Однако другая половина (50,8%) ожидает прием врача в течение 3-7 дней (29,1%) и более 1 недели (18,3%), а 3,3% вообще не могут попасть на прием к нужному специалисту. Но и в назначенный для приема день требуется немалое время на его ожидание: до 15 минут врачебный прием ожидают 15,0%; 15-30 минут – 40,8%; 30-60 минут – 32,5% и даже 1-2 часа – 11,7% пациентов. Достаточным временем приема врача является лишь для 30,8%. Однако каждый второй-третий (43,3%) пациент продолжительностью врачебного приема не доволен, а 25,9% не смогли его оценить.

СПРАВЕДЛИВАЯ РОССИЯ считает необходимым: 1) Провести анализ транспортной доступности медицинской помощи для пациентов; 2) Принять меры к устранению кадрового дефицита и организации работы в первичном звене системы здравоохранения.

Особо социально уязвимой группой являются инвалиды. Поэтому государство предоставило им право на льготное лекарственное обеспечение. Вместе с тем получение льготных лекарств для них часто бывает сопряжено с определенными трудностями. При выписке рецепта на лекарства в поликлинике с ними сталкиваются 86,2% и при получении их в аптеке – 79,3% инвалидов.

У подавляющего большинства (85,8%) пациентов пожилого возраста никогда не возникало никаких проблем с получением медицинской помощи за пределами постоянного места жительства. Однако 14,2% пришлось столкнуться с отказом в медицинской помощи как при наличии страхового полиса (10,8%), так и при его отсутствии (3,4%).

Оплачивать медицинские услуги из своих личных средств когда-либо в своей жизни приходилось большей части (58,3%) пациентов. Никогда их не оплачивали 31,7%, а 10,0% не смогли вспомнить данный факт. Из-за отсутствия денег от медицинской помощи отказывался каждый второй-третий (45,0%) пациент. Среди оставшихся 55,0% пациентов

одни (27,5%) были в состоянии оплатить медицинские услуги, а у других (27,5%) такой необходимости никогда не возникало.

Вместе с тем подавляющее большинство (79,2%) пациентов готово тратить собственные деньги на оплату медицинских услуг и лекарственных средств. Однако суммы, выделяемые ими на эти потребности, являются весьма незначительными. Для большинства (68,4%) они не превышают 4000 руб. в год. И только 10,8% могут позволить себе потратить более 4000 руб. Затруднились в определении суммы таких затрат 20,8%.

Хорошо известно, что восприятие качества медицинской помощи во многом определяется характером отношений, складывающихся между врачом и пациентом. На необходимость уважительного общения между ними особое внимание обращает ВОЗ. Это требование вызвано распространением в медицинском сообществе негативных представлений о пожилых людях. По отношению к ним часть врачей испытывает фрустрацию или неприязнь, вызванную физическими или когнитивными ограничениями пожилых людей, подходя к их лечению заранее уверенными в его бесперспективности.

Наиболее продолжительный контакт пожилого населения с системой здравоохранения обеспечивают терапевты, на долю которых приходится 40,1% всех амбулаторных посещений пациентов пожилого возраста. Частота обращений к терапевту является наибольшей, составляя 74,2%. Вдвое реже они обращаются к хирургу (30,8%) и окулисту (30,8%) и втрое – к невропатологу (21,7%). И крайне редко – к отоларингологу (10,0%), стоматологу (9,2%), рентгенологу (4,2%) и врачам других узких специальностей (4,2%).

В структуре посещений пожилого населения на долю терапевта пришлось 40,1%, хирурга – 16,7%, окулиста – 16,7%, невропатолога – 11,6%, отоларинголога – 5,4%, стоматолога – 4,9%, рентгенолога – 2,3% и врачей других узких специальностей – 2,3%.

Медицинские рекомендации полностью понятны лишь половине (56,6%) пациентов, частично – 39,2%, а 4,2% из даваемых врачом объяснений вообще ничего не понимают. Возникающие порой сложности в понимании врачебных назначений связаны с неразборчивостью медицинских записей (33,3%), широким использованием специальных медицинских терминов (31,7%), быстрой речью без повторений (10,8%). Оставшиеся 24,2% затруднились в определении причин непонимания врача.

СПРАВЕДЛИВАЯ РОССИЯ считает необходимым: Минздраву России, органам управления здравоохранением субъектов Российской Федерации при повышении квалификации и переподготовки медицинских работников во время оценки практических умений и навыков особое внимание обращать на доступность для понимания пациентом врачебных рекомендаций.

При проведении осмотра и назначении лечения врач всегда учитывает состояние здоровья, перенесенные заболевания и возраст пациента лишь в 67,5% случаев; когда как – в 29,2% и никогда – в 3,3%. Свою эмпатийность, заключающуюся во внимательном выслушивании жалоб, врач всегда проявляет лишь в 61,7% случаев; когда как – в 32,5% и никогда – в 5,8%. Необходимые диагностические и лечебные процедуры врачом всегда назначаются лишь в 45,0% случаев; когда как – в 48,3% и никогда – в 6,7%.

СПРАВЕДЛИВАЯ РОССИЯ считает необходимым организовать в каждой поликлинике возможность прямой связи пациента с закрепленным за данной поликлиникой ответственным сотрудником контролирующего органа (территориального подразделения Росздравнадзора) для оперативного разрешения таких ситуаций и недопущения ухудшения состояния больного.

Оценивая содержание врачебной деятельности, лишь половина (56,7%) пожилых пациентов считает, что врачи занимаются профилактической работой: проводят санитарно-просветительские и иммунопрофилактические мероприятия, осуществляют диспансерное наблюдение за здоровыми и больными людьми. Однако каждый третий (33,3%) затрудняется в оценке профилактической направленности медицинской деятельности, а 10,0% ее категорически отрицают. При оценке квалификации врача больше половины

(58,3%) пациентов пожилого возраста считают ее вполне достаточной для осуществления эффективной профессиональной деятельности. Однако 7,5% утверждают обратное. А 34,2% не решаются дать врачебной квалификации какую-либо определенную оценку.

Эффективным механизмом социального контроля, с помощью которого пациенты могут выразить свое неудовлетворение доступностью и качеством медицинской помощи, является официальная процедура подачи жалоб. Подавляющее большинство пациентов (96,7%) никогда в своей жизни не предъявляли претензий к работе лечащего врача или медицинского учреждения. В восприятии большинства (42,5%) его работа на протяжении последнего года всегда оставалась неизменно стабильной. Однако каждый третий (30,0%) отмечает появление некоторых изменений: причем чаще положительных (19,2%), чем отрицательных (10,8%). Не смогли дать оценку работе медицинского учреждения 27,5%.

При оценке качества медицинских услуг, предоставляемых учреждениями здравоохранения разного типа, обнаружена вполне определенная направленность оценочных характеристик. Пациенты меньше всего довольны качеством работы ФАП (плохая – 23,3%), в значительно большей степени – ЦРБ (плохая – 2,7%) и полностью довольны работой межрайонных медицинских центров и областной больницы (плохая – 0,0%).

Однако чувство социальной защищенности, благодаря возможности получения бесплатной медицинской помощи в системе ОМС, испытывают лишь 30,8% пациентов пожилого возраста. Каждый четвертый (24,2%) в случае возникновения болезни не ощущает себя социально защищенным, а 45,0% сомневаются в наличии такой защиты.

Выводы.

1. Доступ к первичному медицинскому обслуживанию пожилых жителей села затрудняется наличием ограниченных индивидуальных и общественных ресурсов здравоохранения.
2. К индивидуальным барьерам доступа к медицинской помощи пожилого населения, кроме физических ограничений, относится удаленность места жительства и низкий экономический статус. Каждый второй (48,4%) пациент затрачивает на дорогу до поликлиники 30-60 мин (20,9%) и даже более 1 часа (27,5%). Однако в гораздо большей степени доступность медицинской помощи затрудняется финансовыми препятствиями, включая бедность (доходы 40,9% являются недостаточными для покупки одежды (36,7%) и даже продуктов питания (4,2%) и недоступные цены на медицинские услуги и лекарственные средства (от медицинской помощи отказывались 45,0% пациентов).
3. Институциональные барьеры доступа к медицинской помощи обусловлены ограниченностью общественных ресурсов здравоохранения: нехваткой подготовленного персонала, перегруженностью лечебных учреждений, дефицитом лекарств. Ситуация усугубляется наличием дефектов в организации дела: 44,2% ожидают врачебный прием в течение 30-60 минут, более 1 часа – 11,7%; для 43,3% его продолжительность является недостаточной; 24,7% не устраивает график работы врачей; 14,2% испытывают сложности в получении медицинской помощи за пределами постоянного места жительства, а 3,3% вообще не могут попасть на прием к нужному специалисту. С трудностями при выписке рецепта на льготные лекарственные средства сталкиваются 86,2%, а при их получении в аптеке – 79,3% инвалидов.
4. Социальное взаимодействие пожилых пациентов с врачами далеко от оптимального. При проведении осмотра врач не всегда учитывает состояние здоровья и возраст (32,5%) пациента, не всегда внимательно выслушивает его жалобы (38,3%) и не всегда назначает необходимые диагностические и лечебные процедуры (55,0%). Врачебные объяснения являются не вполне понятными для 43,4% пациентов, а 36,7% выполняют медицинские назначения частично (32,5%) или не выполняют их вообще (4,2%).

Таким образом, СПРАВЕДЛИВАЯ РОССИЯ считает необходимым:

Просвещение общества о необходимости заботиться о своем здоровье, создания образа активного долголетия и его преимуществ, в том числе путем учреждения общественного совета, который бы учитывал необходимость реализации указанной редакционной политики в СМИ;

Переформатирование системы предоставления медицинской помощи граждан в проактивную форму с применением механизма «единого окна» по аналогии с системой многофункциональных центров предоставления государственных услуг. Создание пациент-ориентированных медицинских организаций, отличительными признаками которых являются доброжелательное отношение к пациенту, отсутствие очередей за счет правильной организации процессов и работы персонала, качественное оказание медицинской помощи, приоритет профилактических мероприятий в первичном звене здравоохранения;

Ограничение предельного уровня расходов гражданина на приобретение жизненно необходимых и важнейших лекарственных препаратов в размере не более 10 процентов от доходов гражданина и субсидирование со стороны федерального бюджета расходов, превышающих указанный порог.

3.7 ДОСТУПНОСТЬ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ

Повышение качества и обеспечение доступности медицинской помощи, в том числе жителям сельской местности, отдаленных населенных пунктов является одной из важнейших задач здравоохранения.

ПРИМЕРЫ ИЗ ЖИЗНИ***Кировская область***

В Санчурском районе в 2009 году было закрыто медицинское училище. Были закрыты все участковые больницы района: Корляковская (50 коек), Матвинурская (30 коек) и Люмпанурская (10 коек). Количество ФАПов сократилось с 17 до 7. В районной больнице закрыты туберкулезное, кожно-венерологическое и инфекционные отделения, оториноларингологического отделение, грязеводолечебница, ликвидирована санитарно-эпидемиологическая служба. Коечная мощность больницы сокращена с 250 коек до 30. Детское отделение представляет собой одну единственную палату, в которой находятся и подростки, и новорожденные груднички, девочки и мальчики. В том же помещении располагается палата инфекционного отделения.

Нижегородская область

Раньше в Ветлужской районной больнице было 250 коек в круглосуточном стационаре и 150 в дневном стационаре. В результате «оптимизации» в стационаре осталось 115 коек, а в дневном стационаре – 15. Сократилось количество врачей и персонала.

Проблемы здравоохранения на селе затрагивают 37,8 млн. человек, что составляет 25,7% жителей от общей численности населения Российской Федерации.

В этой связи особого внимания заслуживает совершенствование работы «первичного звена», поскольку сочетание низкой плотности населения и транспортной доступности с другими неблагоприятными социально-экономическими факторами (преобладание населения с низким уровнем доходов, недостаточная развитость инфраструктуры по оказанию бытовых и медико-социальных услуг, неблагоприятные жилищно-бытовые условия, распространенность злоупотребления алкоголем) обуславливают более высокую социальную значимость мероприятий по повышению доступности медицинской помощи сельскому населению.

Одной из острых проблем российского здравоохранения является кадровое обеспечение медицинских организаций, расположенных в труднодоступных районах, районах с низкой плотностью населения и удаленных сельских поселениях. На ее решение направлена программа «Земский доктор», под которой понимают реализуемые в 2012 – 2017 годах мероприятия по предоставлению единовременных компенсационных выплат медицинским работникам.

По данным Федерального фонда обязательного медицинского страхования за период с 2012 года по 2016 год включительно фактическая численность участников программы составила 23 950 человек.

В 2016 году при планируемом объеме 5 333 человека на работу было принято 4 922 человека (92,3%), при этом уровень реализации программы составил 100% в 51 субъекте Российской Федерации (в 2015 году таких регионов было 42). При этом, дефицит средств регионального бюджета не позволил реализовать программу «Земский доктор» в 4 субъектах Российской Федерации: республика Алтай, Кабардино-Балкарская и Карачаево-Черкесская республики, Астраханская область.

За годы реализации программы она была существенно расширена: возрастной критерий увеличен с 35 до 50 лет, в программу помимо сельских населенных пунктов дополнительно включены рабочие поселки и поселки городского типа. Однако, несмотря на принимаемые меры, численность медицинских работников со средним медицинским образованием в 2016 году по отношению к 2015 году снизилась на 1,4% в целом по Российской Федерации и на 0,8% в сельской местности.

ПРИМЕР ИЗ ЖИЗНИ

Владимирская область

В городском поселении Струнино недовольство «оптимизацией» (а в действительности, ликвидацией больниц и поликлиник) привело к обращению в адрес Президента в ходе прямой линии в июне 2018 года, а также к митингам и другим формам протеста. Предельно накалена ситуация в городах Лакинск, Собинка и Кольчугино.

ДОСТУПНОСТЬ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ НА СЕЛЕ

Таблица. Сеть медицинских организаций и их структурные подразделения, расположенные в сельской местности

СУБЪЕКТЫ ФЕДЕРАЦИИ	Число медицинских организаций – всего		Число медицинских организаций, оказывающих медицинскую помощь в стационарных условиях		Число медицинских организаций, оказывающих медицинскую помощь в амбулаторных условиях (самостоят. и без стоматологии)		Число отделений Скорой медицинской помощи, входящих в состав других организаций	
	2016	2017	2016	2017	2016	2017	2016	2017
Российская Федерация	1145	1109	946	939	40	37	944	926
Центральный федеральный округ	178	170	145	139	7	7	117	113
Северо-Западный федеральный округ	74	66	50	45	5	4	40	42

Южный федеральный округ	145	140	109	110	13	13	89	80
Северо-Кавказский федеральный округ	133	134	119	117	8	7	102	111
Приволжский федеральный округ	269	257	224	219	3	3	204	197
Уральский федеральный округ	68	66	57	57	2	1	69	67
Сибирский федеральный округ	197	197	188	187	1	1	226	222
Дальневосточный федеральный округ	69	69	53	64	1	1	97	94

Таблица. Сеть медицинских организаций и их структурные подразделения, расположенные в сельской местности. Число домов ребенка, поликлиник, амбулаторий

СУБЪЕКТЫ ФЕДЕРАЦИИ	Число домов ребенка в сельской местности		Число поликлиник, амбулаторий, женских консультаций, центров, входящих в состав больничных организаций сельской местности	
	2016	2017	2016	2017
Российская Федерация	5	5	4664	4696
Центральный федеральный округ	1	1	1021	1056
Северо-Западный федеральный округ	-	-	449	440
Южный федеральный округ	1	1	714	712
Северо-Кавказский федеральный округ	-	-	229	225
Приволжский федеральный округ	2	2	1114	1108
Уральский федеральный округ	-	-	284	301
Сибирский федеральный округ	1	1	537	538
Дальневосточный федеральный округ	-	-	316	316

Таблица. Медицинские кадры в медицинских организациях, расположенных в сельской местности

СУБЪЕКТЫ	Число врачей		Обеспеченность врачами на 10 тыс. нас.		Число среднего медицинского персонала		Обеспеченность средним медицинским персоналом на 10 тыс. нас.	
	2016	2017	2016	2017	2016	2017	2016	2017
ФЕДЕРАЦИИ								
Российская Федерация	55822	55872	14,8	14,8	206408	201747	54,6	53,4
Центральный федеральный округ	8649	8636	12,3	12,3	33619	32738	47,9	46,6

Северо-Западный федеральный округ	2535	2504	11,6	11,4	9965	9628	45,6	44
Южный федеральный округ	9179	9565	14,9	15,5	29539	29758	47,8	48,2
Северо-Кавказский федеральный округ	8216	8359	16,5	16,8	25978	26073	52,2	52,4
Приволжский федеральный округ	13200	12851	15,8	15,3	51751	49166	61,8	58,7
Уральский федеральный округ	3167	3080	13,7	13,3	14391	13791	62,1	59,5
Сибирский федеральный округ	7898	7914	15,1	15,2	30982	30611	59,3	58,6
Дальневосточный федеральный округ	2747	2742	18,3	18,2	9479	9325	63	62

Диаграмма. Число врачей в сельской местности

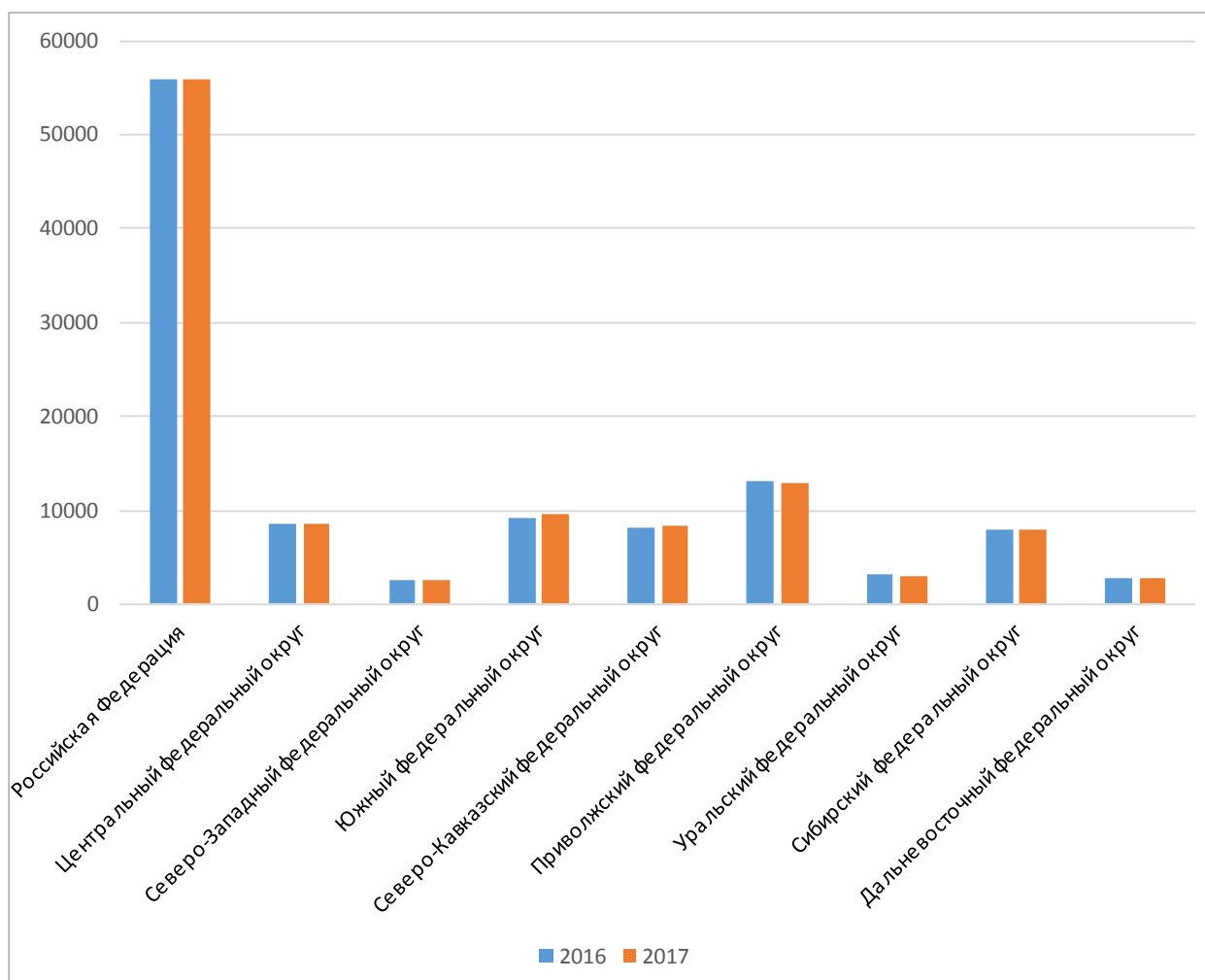


Диаграмма. Обеспеченность врачами в сельской местности на 10 тыс. нас.

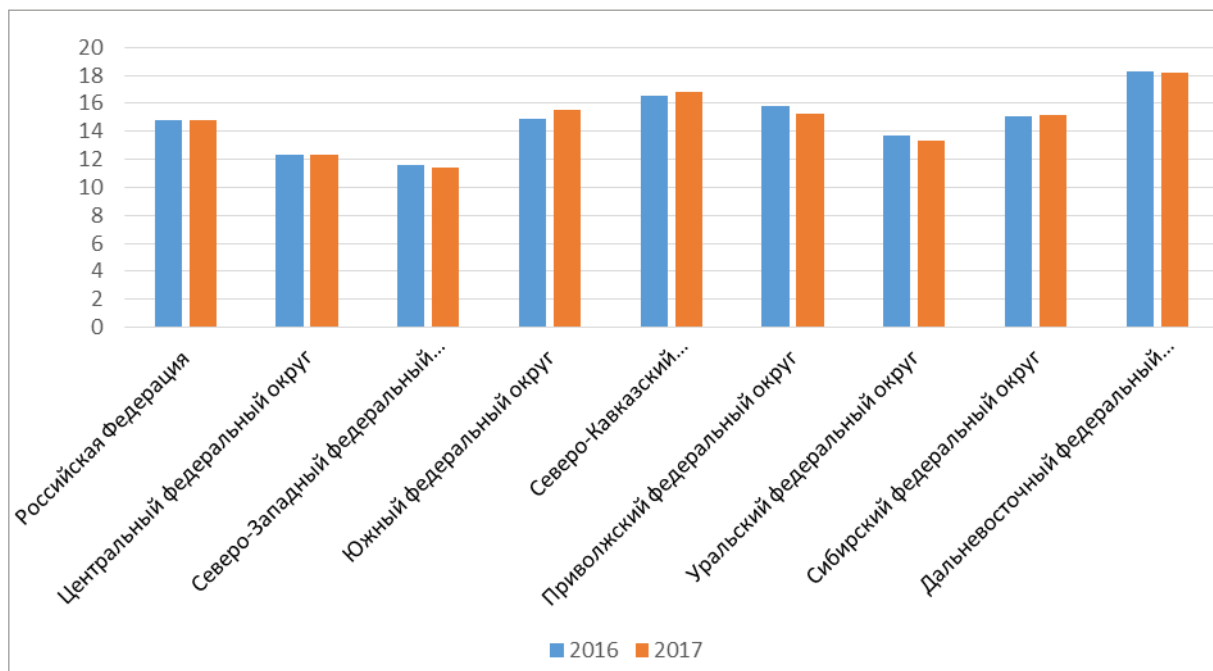


Диаграмма. Число среднего медицинского персонала в сельской местности

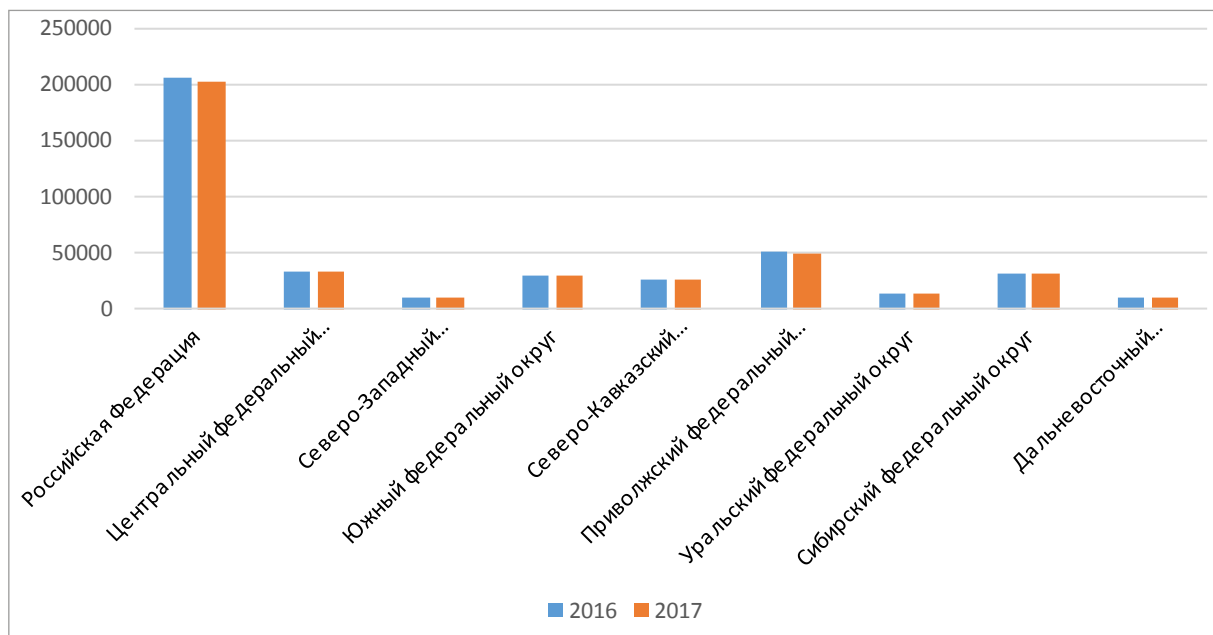


Диаграмма. Обеспеченность средним медицинским персоналом в сельской местности на 10 тыс. населения

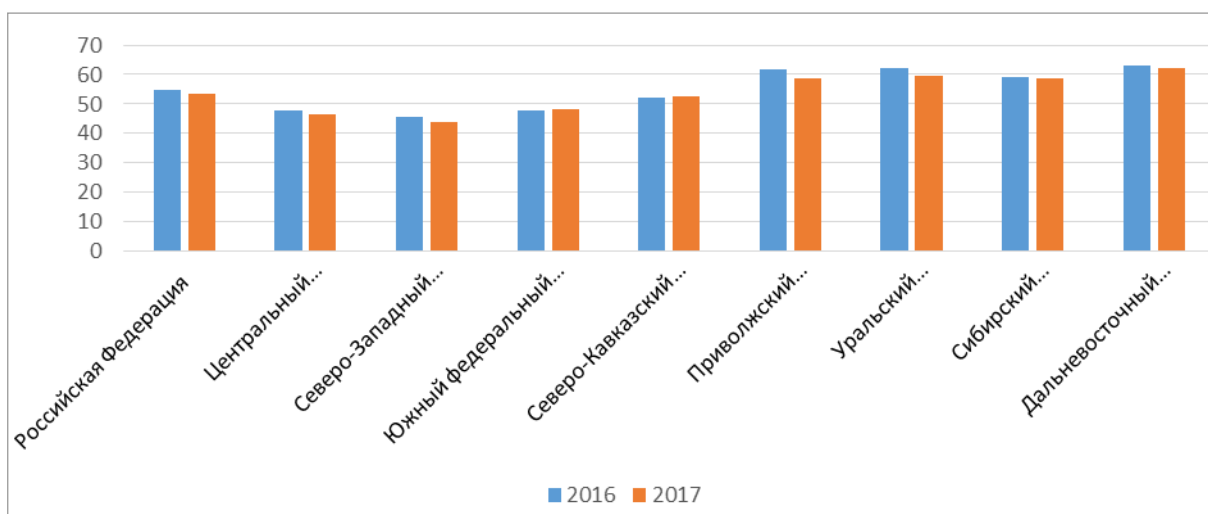


Таблица. Зубные врачи, работающие в медицинских организациях, расположенных в сельской местности

СУБЪЕКТЫ ФЕДЕРАЦИИ	Число зубных врачей		обеспеченность на 10000 сельского населения	
	2016	2017	2016	2017
Российская Федерация	3237	3060	0,86	0,81
Центральный федеральный округ	440	372	0,63	0,53
Северо-Западный федеральный округ	144	145	0,66	0,66
Южный федеральный округ	571	529	0,92	0,86
Северо-Кавказский федеральный округ	318	365	0,64	0,73
Приволжский федеральный округ	899	841	1,07	1
Уральский федеральный округ	326	298	1,41	1,29
Сибирский федеральный округ	363	348	0,7	0,67
Дальневосточный федеральный округ	174	161	1,16	1,07

Диаграмма. Число зубных врачей в медицинских организациях сельской местности

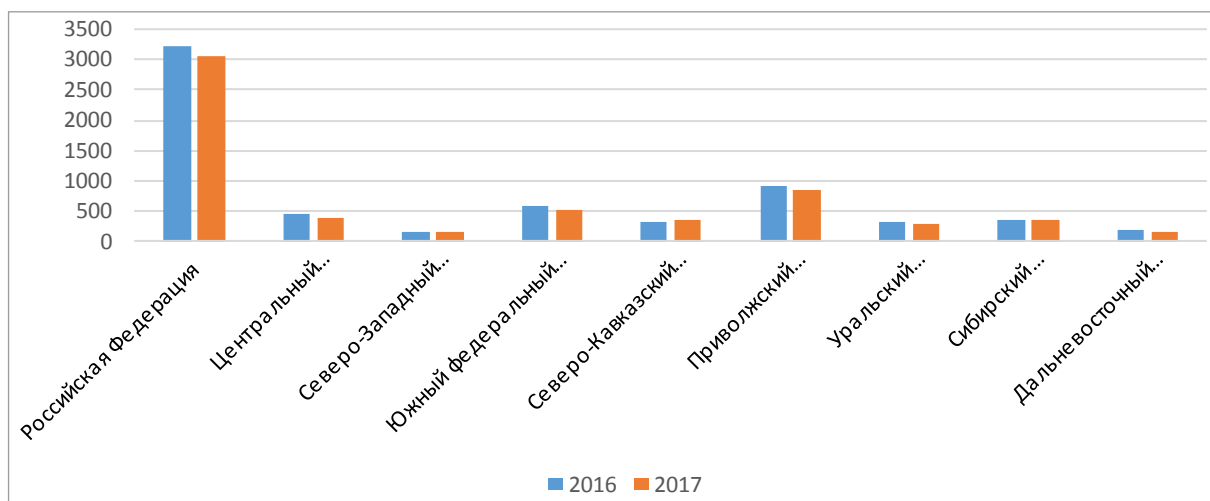


Диаграмма. Обеспеченность зубными врачами в медицинских организациях на 10000 сельского населения

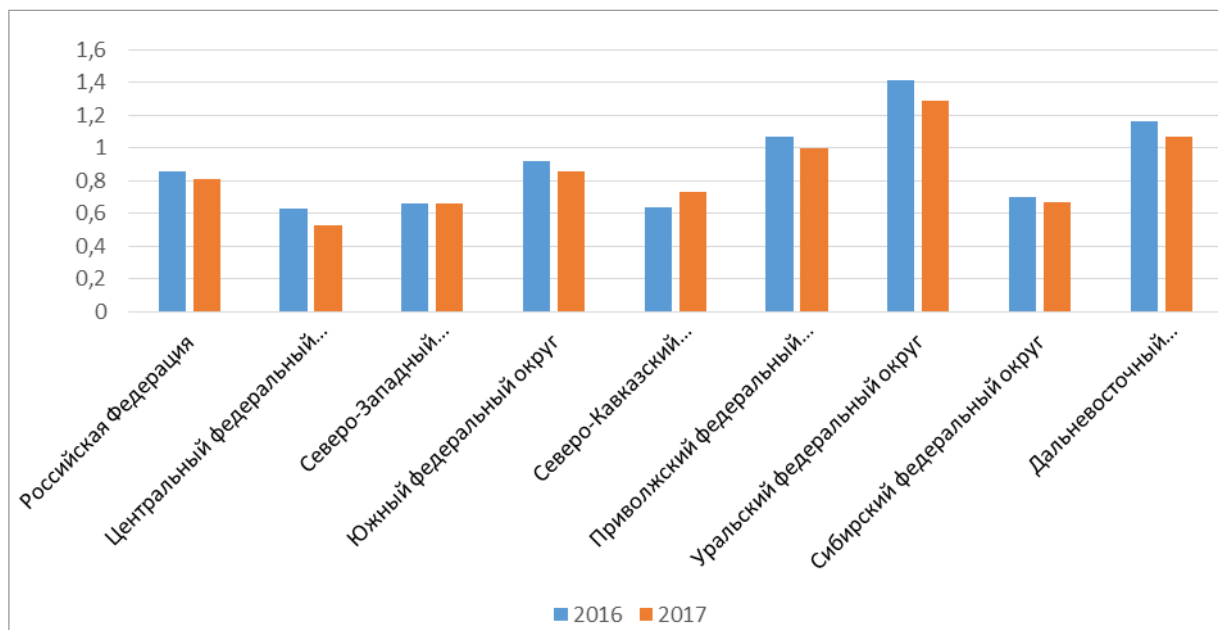


Таблица. Укомплектованность врачебными кадрами медицинских организаций, расположенных в сельской местности.

СУБЪЕКТЫ ФЕДЕРАЦИИ	Укомплектованность врачебными кадрами		Число физ. лиц среднего медперсонала, работающих на ФАПе, ФП
	2016	2017	
Российская Федерация	85,9	85,1	35066
Центральный федеральный округ	86,3	85,1	6885
Северо-Западный федеральный округ	84,5	83,6	2097
Южный федеральный округ	85,5	83,9	3410

Северо-Кавказский федеральный округ	87	86,8	2486
Приволжский федеральный округ	86,3	85,7	11019
Уральский федеральный округ	88,2	85,9	2506
Сибирский федеральный округ	84,1	84,2	5497
Дальневосточный федеральный округ	87,7	86,7	1166

Диаграмма. Укомплектованность врачевными кадрами

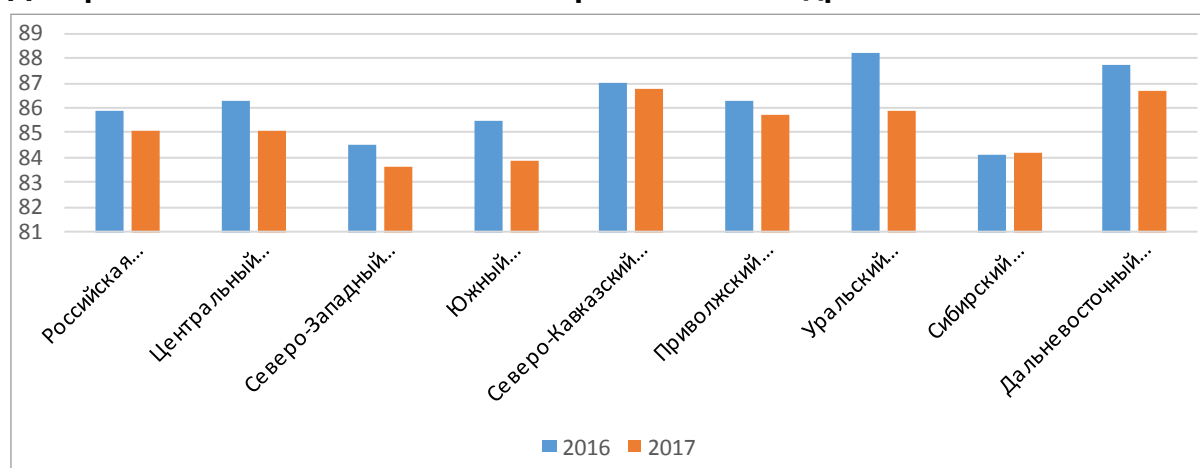


Диаграмма. Число физических лиц среднего медперсонала, работающих в ФАПе, ФП

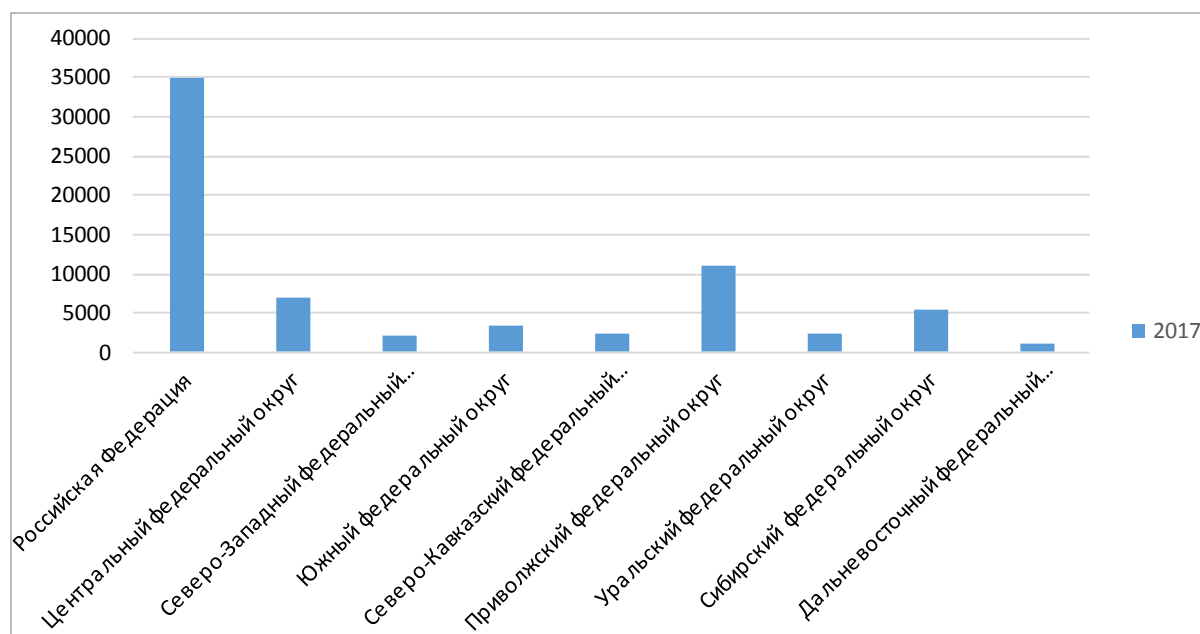


Таблица. Техническое состояние зданий медицинских организаций, расположенных в сельской местности

СУБЪЕКТЫ ФЕДЕРАЦИИ	Число зданий		Доля зданий, находящихся в аварийном состоянии, требуют сноса(%)		Доля зданий, требующих капитального ремонта	
	2016	2017	2016	2017	2016	2017
Российская Федерация	59302	59606	1,28	1,02	13,3	10,3
Центральный федеральный округ	12097	12104	1,23	1,09	17,6	11,5
Северо-Западный федеральный округ	3520	3594	1,05	1,56	7	6,7
Южный федеральный округ	7146	7234	0,25	0,36	4,2	3
Северо-Кавказский федеральный округ	3143	3129	2,26	2,24	17,7	17,7
Приволжский федеральный округ	16078	16039	0,95	0,69	10	7,3
Уральский федеральный округ	4091	4295	1,37	0,37	21,9	18,4
Сибирский федеральный округ	9740	9744	1,9	1,17	15,2	11,7
Дальневосточный федеральный округ	2848	2861	2,88	2,76	14,2	13,4

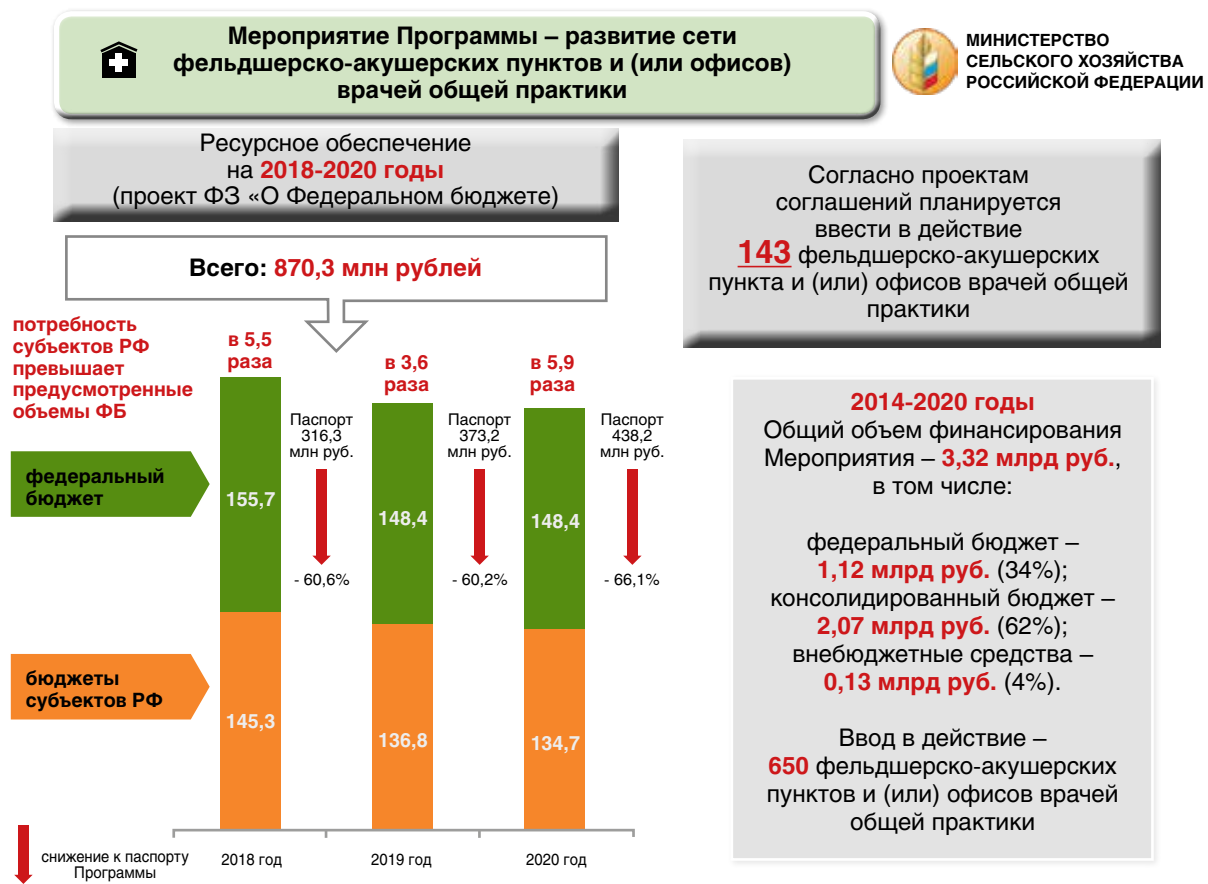
ПРИМЕРЫ ИЗ ЖИЗНИ***Вологодская область***

Из обращения жителей Сокольского района (население около 50 тыс. человек) в адрес губернатора области: «Медицину в Сокольском районе развалили практически всю. Была взрослая больница, которую администрация продала частнику, взрослую неврологию закрыли и все эти отделения перенесли в детскую больницу, чем значительно уменьшили количество мест для детей. Ремонта в детской поликлинике не было очень давно, нет оборудования, даже ингаляторы для детей находятся в плачевном состоянии. В палатах невозможно находиться: старая мебель, прогнившие матрасы от которых даже у здоровых взрослых людей появляются пролежни, от окон дует, со стен и потолков отваливается штукатурка».

Курская область

51 ФАП (7,9%) требует реконструкции, 21 ФАП (3,2%) нуждается в переводе в другое помещение. В капитальном ремонте нуждается 141 (21,9%) ФАП, в косметическом – 316 (49,0%). Собственным транспортом ФАПы не обеспечены, поэтому транспортировка больных осуществляется скорой помощью ЦРБ или личным транспортом граждан. В среднем ФАПы оснащены табельным оборудованием на 45%.

Слайд. Развитие сети ФАПов



Таким образом, для восстановления количества фельдшерско-акушерских пунктов в масштабах 2005 года, учитывая темпы, гордо объявленные Председателем Правительства Российской Федерации Д.А.Медведевым с трибуны Инвестиционного форума в г. Сочи 15.02.2019, а именно строительство 350 пунктов в год, понадобится 24 года.

Одним из ведущих механизмов реализации среднесрочных перспектив планирования потребности и расстановки кадров в сфере здравоохранения субъектами Российской Федерации, является целевой прием. Квота целевого приема на обучение по медицинским и фармацевтическим специальностям, устанавливаемая Минздравом России подведомственным вузам, ежегодно увеличивается, составив в 2017 году по программам бакалавриата и специалитета 56,2 % (в 2016 году – 56 %) от объема контрольных цифр приема граждан на обучение за счет бюджетных ассигнований федерального бюджета, а в ряде вузов Минздрава России по результатам зачисления по отдельным специальностям она достигала 80 %. Количество мест целевого приема в вуз Минздрава России определяется в каждом субъекте Российской Федерации в зависимости от конкретной кадровой потребности на местах, выявляемой при помощи Федерального регистра медицинских работников.

В настоящее время акушерско-гинекологическая помощь женщинам, проживающим в сельской местности, в период беременности, во время родов и в послеродовом периоде, организована на основе трехуровневой системы ее оказания. Необходимым условием является создание в регионах перинатальных центров, позволяющих сконцентрировать в одном учреждении беременных и новорожденных высокого перинатального риска.

Правительством Российской Федерации утверждена программа развития перинатальных центров в Российской Федерации, предусматривающая строительство 32 перинатальных центров в 30 субъектах Российской Федерации. В настоящее время перинатальные

центры функционируют в 18 субъектах Российской Федерации. В то же время, в нарушение установленных сроков строительства, в 14 регионах России перинатальные центры не введены в эксплуатацию.

В то же время, с 2012 года органами управления здравоохранением субъектов Российской Федерации начата работа по приведению структуры медицинских организаций в соответствие с требованиями нормативных документов Минздрава России, а также по оптимизации штатной численности работников организаций здравоохранения, в том числе в целях обеспечения повышения заработной платы медицинским работникам. Зачастую результатом данной работы становится закрытие единственных медицинских организаций, расположенных в сельской местности.

ПРИМЕРЫ ИЗ ЖИЗНИ

Мурманская область

По состоянию на 01.01.2018 функционируют 16 стационарных фельдшерско-акушерских пунктов, из которых 10 имеют степень износа свыше 90%. С 2012 года до 01.01.2018 ликвидированы 6 ФАПов:

ФАП в п. Мишуково закрыт 18.07.2016. Работает передвижной ФАП (приём ведёт фельдшер).

ФАП с. Кузомень закрыт с 2018 года – численность населения менее 100 человек (75 чел.). Расстояние до медицинского учреждения 225 км. Создано домовое хозяйство.

ФАП в населенном пункте «41-й километр» закрыт 31.08.2012. В настоящее время населенный пункт ликвидирован.

ФАП с. Каневка закрыт с 2018 года – численность населения менее 100 человек (62 чел.). Расстояние до медицинского учреждения 225 км. Создано домовое хозяйство.

ФАП населенный пункт. Ревда-3 «54-й километр» выведен из организационной структуры ГОБУЗ «Ловозерская центральная районная больница» с 01.01.2017 года – численность населения менее 100 человек (59 чел.). Расстояние до ближайшего медицинского учреждения 18 км.

ФАП с. Сосновка закрыт с 25.03.2014 – численность населения менее 100 человек (33 чел.). Расстояние до ближайшего медицинского учреждения 295 км. Создано домовое хозяйство.

Общее количество ФАП снизилось с 22 до 16.

Потребность в фельдшерско-акушерских пунктах составляет 9 штук, в том числе: 5 штук – новых и 4 штуки – на замену имеющимся. Дополнительные средства, выделенные на строительство таких объектов, составляют 108 млн. рублей, дефицит финансирования – 85,15 млн. рублей.

Республика Башкортостан

Неудовлетворительное состояние ФАПов является одной из ключевых проблем сельского здравоохранения. В республике их всего 2064, 72% из них находятся в аварийном состоянии. Для улучшения ситуации, производится замена на модульные ФАПы. В республике установлено 32 модульных ФАПа, из них в 2018 году – 20 ФАПов. Заключены контракты на поставку ещё 15 ФАПов.

Только в седьмом созыве Государственной Думы в адрес профильного Комитета поступило более ста обращений граждан о закрытии в районах и сельских населенных пунктах поликлиник, фельдшерско-акушерских пунктов, участковых больниц.

Необходимым условием организации эффективного взаимодействия всех участников системы здравоохранения и повышения качества и доступности оказываемой медицинской помощи, в том числе для населения Российской Федерации, проживающего в сельской местности, является внедрение информационных технологий. Применение те-

лемединских технологий позволяет расширить возможности диагностики, лечения и наблюдения пациентов, способствует доступности медицинской помощи, оперативности ее оказания вне зависимости от места проживания граждан, снижению временных и финансовых издержек при оказании медицинской помощи.

В целях создания правовых основ использования информационно-телекоммуникационных технологий в сфере охраны здоровья граждан принят Федеральный закон от 29 июля 2017 года № 242-ФЗ «О внесении изменений в отдельные законодательные акты Российской Федерации по вопросам применения информационных технологий в сфере охраны здоровья».

Однако, для реализации основных положений данного Закона необходимо подключение медицинских организаций, находящихся на территории сельской местности к региональным медицинским информационным системам, для обеспечения преемственности оказания медицинской помощи. Вместе с тем, в условиях «цифрового неравенства» в малонаселенных и отдаленных территориях внедрение информационных технологий в медицинских организациях пока отстает – 80% медицинских организаций нуждаются в подключении к сети «Интернет» или требуют модернизации связи.

Для обеспечения своевременного оказания экстренной медицинской помощи гражданам, проживающим в труднодоступных регионах Российской Федерации в 2017 году 34 регионам предоставлена субсидия в размере 3 300,0 млн. рублей на закупку авиационной услуги в целях оказания скорой специализированной медицинской помощи. По состоянию на 1 января 2017 года регионами использовано 99 % выделенных средств (3,2 млрд. рублей).

Однако, как показывают проверки, проведенные Росздравнадзором, своевременное выделение денежных средств и их целевое расходование вовсе не означает достижение запланированного результата. Выявляются сопутствующие проблемы:

- недостаточность нормативно-правового регулирования, в том числе порядка расчета стоимости авиационной услуги (летного часа и часа дежурства вертолета);
- отсутствие должного контроля со стороны Минздрава России и Федерального казначейства за расходованием регионами предоставленных бюджетных средств;
- отдельные нарушения, допускаемые субъектами Российской Федерации при закупке авиационных услуг.

В частности, используемое в Правилах предоставления субсидий понятие «авиационная услуга» не соответствует законодательству Российской Федерации. Статус пациента на борту воздушного судна при осуществлении авиационных работ Воздушным кодексом Российской Федерации не определен. В результате в отношении указанных категорий медицинских работников и пациентов не применяются нормы в части страхования ответственности перевозчика перед пассажирами по риску гражданской ответственности за причинение вреда жизни потерпевшего в размере не менее чем 2,025 млн. рублей на одного пассажира.

Отсутствует нормативный правовой акт, регламентирующий методику расчета стоимости летного часа в гражданской авиации при оказании авиационной услуги (авиационной работы) в целях предоставления оказания медицинской помощи (скорой специализированной медицинской помощи) с применением авиации гражданам, проживающим в труднодоступных районах Российской Федерации. Стоимость услуги определяется на основе коммерческих предложений перевозчиков по результатам проведенных конкурсных процедур. Как следствие, стоимость авиационной услуги различается по регионам в несколько раз. Например, в Республике Саха (Якутия) летный час стоит почти 340 тыс. рублей, а в Республике Бурятия – в полтора раза меньше. При этом в сопоставимом Ханты-Мансийском автономном округе – только 94 тыс. рублей.

Оценка эффективности использования субсидии осуществляется Минздравом России исходя из показателя результативности «доля лиц, госпитализированных по экстренным показаниям в течение первых суток».

При этом данный показатель не соответствует цели предоставления субсидий и не позволяет оценить число вызовов скорой медпомощи, осуществленных с помощью воздушных судов. Так, в проверенных регионах из 53 тысяч таких госпитализаций только чуть более 800 осуществлено с использованием воздушных судов. При этом в республиках Саха (Якутия) и Бурятия целевые значения этого показателя были достигнуты еще по итогам первого полугодия 2017 года, то есть до начала расходования предоставленной субсидии.

В России в труднодоступных и сельских районах проживают около 40 млн. человек. В последние годы сельское население оказалось практически вне системы здравоохранения, что привело к резкому ухудшению его здоровья, сокращению продолжительности жизни, распространению эпидемий социально опасных болезней, включая инфекционные.

Наиболее острыми социальными проблемами, связанными с обеспечением здоровья сельского населения, являются:

снижение объемов финансирования сельского здравоохранения;

- обширность территорий с низкой плотностью населения, живущего в разобщенных, нередко труднодоступных поселениях, характеризующихся неудовлетворительным дорожно-транспортным сообщением, что снижает доступность медицинской помощи и затрудняет массовые профилактические мероприятия;
- непропорционально высокий уровень профессиональной заболеваемости и травматизма в сельском хозяйстве, в том числе обусловленных спецификой сельскохозяйственного труда.
- Маломощность сети сельских медицинских учреждений привела к снижению доступности медицинской помощи жителям села, ее качества, усугубила разрыв в обеспечении медицинской помощью городского и сельского населения.

Малодоступность качественной медицинской помощи усугубляется отсутствием дорог, транспорта, увеличением стоимости поездок, удаленностью сельских лечебно-профилактических учреждений (ЛПУ) от центральных районных больниц.

Решение сложных проблем сельского здравоохранения невозможно без системного, комплексного подхода, использования новых, современных методов организации медицинской помощи и технологий ее оказания.

Анализ сложившейся ситуации, проведенный ведомствами и специалистами, показал, что действующая организационная модель медицинской помощи сельскому населению малоэффективна как с медицинских, так и с экономических позиций и нуждается в коренной структурной и функциональной перестройке.

При определении приоритетов и этапов модернизации здравоохранения для сельского населения необходимо учитывать структуру его смертности. Более 96% общей смертности определяется следующими группами заболеваний: на 1-м месте (более половины смертности) – болезни системы кровообращения; далее идут травмы и отравления, новообразования, болезни органов дыхания, неточно обозначенные состояния, болезни органов пищеварения, инфекционные и паразитарные болезни, болезни мочеполовой системы.

Другим интегральным критерием качества жизни в соответствии с рекомендациями ВОЗ является показатель потерянных лет потенциальной жизни, который характеризует экономические потери общества от смертности.

Учет этих факторов позволяет определить конкретные направления и этапы мероприятий, специфику оборудования и специализацию медицинского персонала, которые необходимы для достижения максимального социального и экономического эффекта при модернизации сельского здравоохранения.

При общем сокращении числа стационарных сельских ЛПУ всех уровней, снижении их статуса, уменьшении пропускной способности и коечного фонда, а также заметной неуккомплектованности врачами обозначилась тенденция к развитию стационар замещающих технологий.

Системные решения, положенные в основу концепции ТМС, позволяют поэтапно осуществлять ее создание, последовательно вводя в эксплуатацию ее сегменты.

Разворачиванию подобной системы серьезно препятствует имеющая несколько аспектов проблема внедрения. Требуется:

- уточнить законодательство, регулирующее легализацию внедрения телемедицинских услуг с учетом передачи персональных данных, ответственности за принятие решений и возможности оплаты телемедицинских услуг страховыми компаниями;
- унифицировать систему получения информации, передачи данных и переоснащение медицинских учреждений;
- одновременно переподготовить многочисленный персонал.

Так как обеспечение сельского населения доступной квалифицированной медицинской помощью связано с проблемой крайне разнородной приборной базы и разной степенью подготовки персонала, необходима разработка простого и сравнительно дешевого решения, позволяющего использовать существующую приборную базу и предусматривающую минимальную переподготовку персонала. Линейка приборов, которыми будут оснащаться ФАПы, должна благодаря максимальной автоматизации минимизировать степень возможных ошибок, зависящих от медицинского персонала.

Вторая функция приборов – объективизация собираемых данных и их передача в органы управления здравоохранением, чтобы они могли сформировать достоверную статистическую базу данных. Приборы должны быть простыми в обслуживании, что исключит необходимость высокой квалификации технического персонала и позволит быстро и широко внедрить систему в практику.

Отдельно стоит отметить проблему внедрения новых методик лечения. Современные методы диагностики требуют анализа полученных данных, для чего нужна высокая квалификация специалиста. По закону диагноз может ставить только врач. Фельдшер – сотрудник ФАПа – может только обследовать пациента (желательно – под контролем врача-специалиста). Телемедицина является единственной, безальтернативной возможностью быстро и без искажений передать объективные результаты обследований, проведенных в ФАПе фельдшером, в вышестоящую клинику врачу-специалисту и получить диагноз и рекомендации по лечению или немедленной отправке пациента в эту клинику для необходимого лечения.

Однако современные производители медицинской техники, во-первых, нацелены на разработку узкоспециализированных приборов, а во-вторых, реализуют сохранение полученных данных в собственных форматах, несовместимых с другими. В результате возникают большие сложности при использовании разного диагностического оборудования в единой телемедицинской системе, не говоря уже о безболезненной замене старого оборудования на более новое.

Многие крупные компании пытаются выйти на рынок телемедицинских услуг. Однако найти единую эффективно работающую модель пока не удастся. Это вынуждает пользователя, которому требуется полноценная диагностика, применять несколько никак не связанных между собой систем, что препятствует их интеграции в реальную практику.

Необходимо создание универсального аппаратно-программного комплекса, обеспечивающего минимальный объем диагностических услуг, максимальную объективизацию получаемых данных, а также возможность адаптировать существующий парк портативной медицинской техники на местах.

В дальнейшем это даст возможность распространить действие телемедицинской системы и на более крупные больницы и поликлиники с подключением более сложного оборудования, что существенно облегчит ее внедрение и масштабирование, а также взаимодействие с существующими сетями и информационными системами других ведомств.

АВТОМАТИЗИРОВАННЫЕ СИСТЕМЫ ПОДДЕРЖКИ ПРИНЯТИЯ РЕШЕНИЙ

Широкое распространение в здравоохранении России искусственный интеллект не получил, хотя он уже сейчас позволяет оптимизировать работу клиник, повысить эффективность оказания помощи и сделать процесс диагностики более точным. Российские врачи неоднозначно относятся к возможностям искусственного интеллекта в здравоохранении, указывая на нехватку инфраструктуры и погрешность в работе.

Говорить о полной замене врача искусственным интеллектом пока преждевременно. Искусственный интеллект следует воспринимать именно как эффективного помощника врачу, который подстраивается под его работу и помогает поставить точный диагноз с первого раза. Вполне вероятно, что мы будем наблюдать за симбиозом работы компьютера и человека, а роль ИИ будет стремительно расти по мере обеспечения благоприятных условий для его внедрения. В здравоохранении возможно автоматизировать 36% функций, особенно на уровне работы с данными. Можно прогнозировать, что в будущем большинство рутинных задач будет передано машине, а врачи смогут сфокусироваться на более важных задачах, требующих человеческого ресурса и профессионального подхода.

СПРАВЕДЛИВАЯ РОССИЯ поддерживает внедрение телемедицинских технологий, но оно не должно заменять и вытеснять живое общение с пациентом.

Считаем необходимым:

1. Исходя из задач Федеральных проектов «Создание единого цифрового контура в здравоохранении на основе единой государственной информационной системы здравоохранения» и «Развитие системы оказания первичной медико-санитарной помощи» о создании до конца 2019 года телемедицинских систем во всех субъектах Российской Федерации к запуску этих систем обеспечить переподготовку медицинского и технического персонала в Институтах и на Факультетах повышения квалификации медицинских работников.

2. Для обеспечения работы телемедицинской системы разработать:

- организационно-финансовую схему электронного взаимодействия (оказания телемедицинских услуг), хранения, обмена и использования информации и процесса непрерывного дистанционного повышения квалификации медицинских работников, занятых в сфере оказания высокотехнологичной медицинской помощи.
- нормативно-правовые акты, позволяющие реализовать весь комплекс организационных и технологических основ электронного взаимодействия, хранения, обмена и использования информации и дистанционного обучения.
- систему мониторинга работоспособности в реальном времени и уровня использования высокотехнологичной дорогостоящей медицинской техники в центрах высокотехнологичной медицинской помощи.

3. Гармонизировать законодательство государств в области телемедицины со странами СНГ, ЕАЭС, БРИКС, ШОС для проведения трансграничных телемедицинских консультаций. Включить в механизм экспорта медицинских услуг организацию трансграничных телемедицинских консультаций российскими специалистами своих коллег и в других развивающихся странах Азии, Африки, Латинской Америки.

3.8 РАЗВИТИЕ МЕДИЦИНСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ И САНАТОРНО-КУРОРТНОГО ДЕЛА

Недавно Минздрав России вынес на общественное обсуждение новые проекты порядка реабилитации детей и взрослых – взамен приказа, действующего с 2012 года. Однако новые порядки совсем не улучшают сложившуюся ситуацию, скорее наоборот. В частности они не предусматривают реабилитацию для людей с инвалидностью. В проектах приказов Минздрава сохранено разделение людей по «реабилитационному потенциалу». Если врач (врачебная комиссия) решил, что человек никогда не сможет полностью восстановиться, то в реабилитации он, по мнению Минздрава России, не нуждается. Люди без «реабилитационного потенциала» смогут рассчитывать только на паллиативную помощь – облегчение страданий и улучшение качества жизни. Причем это ограничение распространяется на любые организации, даже частные клиники не смогут проводить реабилитацию пациентов, если нет перспективы восстановления.

В группе без «реабилитационного потенциала» могут оказаться дети с церебральным параличом и спинальной мышечной атрофией (СМА), взрослые с рассеянным склерозом и боковым амиотрофическим склерозом (БАС). Эксперты называют такой подход дискриминационным и указывают на прямое нарушение конвенции ООН по правам инвалидов, которую Россия ратифицировала в 2012 году и тем самым признала, что людям с инвалидностью нужно обеспечить доступ к реабилитации и предоставить тот же набор услуг, что и другим. Реабилитация нужна вне зависимости от того, сможет ли человек восстановиться и, например, ходить. Любому человеку важно быть максимально самостоятельным, и нередко единственная цель реабилитации – сделать так, чтобы человек мог без чьей-либо помощи умываться, одеваться, чистить зубы, есть.

Предлагаемые меры направлены исключительно на восстановительную реабилитацию, например, после травм или инсульта. Притом что огромное и активно развивающееся направление реабилитации – это поддерживающая реабилитация. Согласно новому порядку реабилитации многих людей точно отнесут к категории «без реабилитационного потенциала», а это значит, что получить право на амбулаторную комплексную реабилитацию им вряд ли удастся.

Эксперты подчеркивают, что чем раньше физический терапевт, эрготерапевт, психолог, логопед включатся в сопровождение пациента, тем больше шансов отсрочить тот момент, когда человек будет нуждаться в посторонней помощи. Ребенка с церебральным параличом важно учить по максимуму использовать тот потенциал, который у него есть, чтобы суметь жить в мире, который не приспособлен для людей с двигательными или, например, речевыми нарушениями.

Сейчас если у пациента нет «реабилитационного потенциала», ему гарантирован уход для поддержания «достигнутого или имеющегося уровня функций и приспособления окружающей среды под уровень возможного функционирования пациента». Паллиативная помощь в действующих правилах реабилитации не упоминается в принципе, так как порядок ее оказания приняли через три года после действующего приказа (в 2015-м).

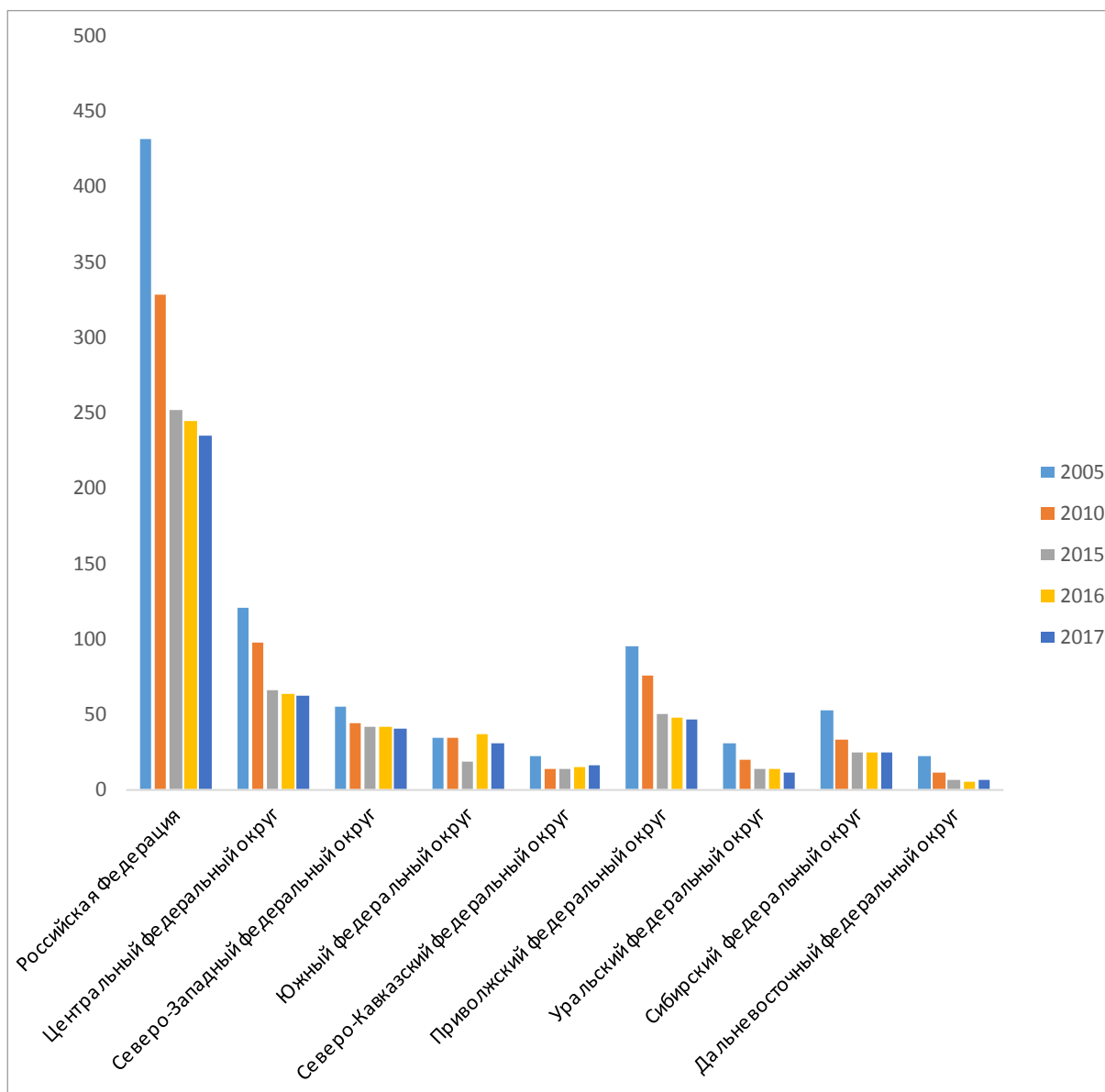
У детей продолжительность курса реабилитации будет составлять от 12 до 21 дня, проводить его будут от одного до четырех раз в год. Курсовой подход предполагает, что ребенку этого хватит, он возьмет и за курс восстановится, что во многих случаях, в частности при ДЦП, невозможно. На такую реабилитацию расходуются средства, но это не приносит никакой пользы. Новый порядок подойдет, если ребенок сломал руку, а дети с особенностями развития, двигательными нарушениями остаются без помощи, их потребности не учитывают.

Предлагается, что в случае тяжелых нарушений реабилитация должна проходить в стационаре. Но в феврале этого года был принят закон о паллиативной помощи, где закре-

пляется право человека на выездную паллиативную помощь. Зарубежный опыт показывает, что нуждающиеся люди в основном получают помощь в реабилитации на дому: это удобнее для пациента и дешевле для системы здравоохранения.

Необходимость изменений в существующем порядке реабилитации назрела давно. Процент нуждающихся в медицинской реабилитации после оказания специализированной медицинской помощи в 2017 году составил 23,8 %. По отдельным категориям пациентов охват помощью по медицинской реабилитации от потребности составил: пациентов с острым нарушением мозгового кровообращения – 88,5 %; пациентов с нарушением функций и ограничением жизнедеятельности после заболеваний центральной нервной системы – 51 %; пациентов с острым коронарным синдромом – 46,4 %; пациентов с нарушением функций и ограничением жизнедеятельности после заболеваний сердечно-сосудистой системы (без цереброваскулярной болезни) – 12 %; пациентов с нарушением функций и ограничением жизнедеятельности после заболеваний опорно-двигательного аппарата и периферической нервной системы – 8,3 %.

Диаграмма. Детские санатории.



Число детей, получивших помощь в санаторно-курортных организациях в 2016 году по данным Росстата составило 1 475 000. Напоминаем, в 2005 году такую помощь получили 1 505 000 детей. То есть наблюдается небольшой спад. Но возникает законный вопрос к цифрам. За счет чего вообще были достигнуты такие показатели? Ведь количество санаториев за это время уменьшилось в среднем по стране на 45,6 %, а в ряде регионов, в частности находящихся в Дальневосточном федеральном округе и вовсе на 72,7%. Это свидетельствует о катастрофическом падении доступности данного вида помощи для детей.

СПРАВЕДЛИВАЯ РОССИЯ считает необходимым провести безотлагательную инвентаризацию действующих детских санаториев, создать единую базу с указанием профилей и емкости санаториев, ввести мораторий на их реорганизацию и ликвидацию, выработать законодательные меры поддержки, включая налоговое стимулирование их деятельности. Отдельно предлагаем поручить правоохранительным органам провести расследование причин сокращения и перепрофилирования детских санаториев, провести нормативно-правовую экспертизу документации, сопровождавшей такие решения.

4. ПРОФИЛАКТИКА ЗАБОЛЕВАНИЙ, ДИСПАНСЕРИЗАЦИЯ И ФОРМИРОВАНИЕ ЗДОРОВОГО ОБРАЗА ЖИЗНИ

4.1. СОСТОЯНИЕ ДИСПАНСЕРИЗАЦИИ ПРЕБЫВАЮЩИХ В СТАЦИОНАРНЫХ УЧРЕЖДЕНИЯХ ДЕТЕЙ-СИРОТ И ДЕТЕЙ, НАХОДЯЩИХСЯ В ТРУДНОЙ ЖИЗНЕННОЙ СИТУАЦИИ

В последние годы государство наконец-то обратило внимание на важность диспансеризации населения для профилактики и раннего выявления заболеваний. Широкие слои населения, судя по отчетам Минздрава России, регулярно проходят диспансеризацию. Но как обстоят дела с диспансеризацией самых социально незащищенных слоев населения пребывающих в стационарных учреждениях – детей-сирот?

В 2017 году так же, как и в предыдущие года, диспансеризация данной категории детей проведена в 100% случаев. По результатам диспансеризации количество детей с впервые выявленной патологией составило 30%, впервые взято на диспансерный учет 21% детей.

Нуждаются в проведении санаторно-курортного лечения 10% детей, из нуждающихся получили санаторно-курортное лечение в 2017 году 55% детей. В 3 регионах не предоставлено санаторно-курортное лечение детям, нуждающимся в его проведении (Республика Саха (Якутия), Мурманская, Сахалинская области).

Нуждаются в реабилитационных мероприятиях 32%, из нуждающихся прошли реабилитационные мероприятия в 2017 году 85% детей. В двух регионах не проводились реабилитационные мероприятия (Мурманская область и Еврейская автономная область).

Нуждаются в оказании специализированной, в том числе высокотехнологичной, медицинской помощи 7% детей, получили специализированную, в том числе высокотехнологичную, медицинскую помощь (от числа нуждающихся), в 2017 году 75% детей. В 4 регионах по результатам диспансеризации дети не обеспечены специализированной, в том числе высокотехнологичной, медицинской помощью (Республика Алтай, Республика Тыва, Алтайский край, Новосибирская область).

Нуждаются в обеспечении лекарственными средствами, в том числе для лечения редких (орфанных) заболеваний, 25% детей, получили необходимые лекарственные средства в 2017 году (от числа нуждающихся) 93% детей. В Республике Тыва дети не обеспечены необходимыми лекарственными средствами.

Назначена индивидуальная программа реабилитации инвалида 89% детей (в 2016 году – 96%), проведена индивидуальная программа реабилитации инвалида (от числа нуждающихся) в 2017 году 85% детей. В 2 регионах по результатам диспансеризации детям не реализовались индивидуальные программы реабилитации инвалидов (Омская, Самарская области).

ДИСПАНСЕРИЗАЦИЯ ДЕТЕЙ-СИРОТ И ДЕТЕЙ, ОСТАВШИХСЯ БЕЗ ПОПЕЧЕНИЯ РОДИТЕЛЕЙ, В ТОМ ЧИСЛЕ УСЫНОВЛЕННЫХ (УДОЧЕРЕННЫХ), ПРИНЯТЫХ ПОД ОПЕКУ (ПОПЕЧИТЕЛЬСТВО), В ПРИЕМНУЮ ИЛИ ПАТРОНАТНУЮ СЕМЬЮ.

По данным территориальных органов Росздравнадзора, в 2017 году диспансеризация выполнена 100% детей. По результатам диспансеризации количество детей с впервые выявленной патологией так же, как и в 2016 году, составило 23%; впервые взято на диспансерный учет 17% детей.

Нуждаются в проведении санаторно-курортного лечения 8% детей, получили санаторно-курортное лечение в 2017 году (от числа нуждающихся) 57% детей. В 2 регионах нуждающимся детям не проводилось санаторно-курортное лечение (Республика Карелия, Камчатский край).

Нуждаются в реабилитационных мероприятиях 13% детей, прошли реабилитационные мероприятия в 2017 году (от числа нуждающихся) 79% детей. В 3 регионах по результатам диспансеризации детям не проводились реабилитационные мероприятия (Республика Башкортостан, Мурманская область, Еврейская автономная область).

Нуждаются в оказании специализированной, в том числе высокотехнологичной, медицинской помощи 3% детей, получили помощь в 2017 году (от числа нуждающихся) 69% детей. В 7 регионах по результатам диспансеризации дети не обеспечены специализированной, в том числе высокотехнологичной, медицинской помощью (Республика Мордовия, Архангельская, Кировская, Курганская, Саратовская, Еврейская автономная области, город Севастополь).

Нуждаются в обеспечении лекарственными средствами, в том числе для лечения редких (орфанных) заболеваний, 8%, получили необходимые лекарственные средства (от числа нуждающихся) в 2017 году 92% детей. В 8 регионах по результатам диспансеризации дети не обеспечены необходимыми лекарственными средствами (Республика Саха (Якутия), Красноярский край, Вологодская, Мурманская, Псковская, Тульская области, Ханты-Мансийский автономный округ, Еврейская автономная область).

Назначена индивидуальная программа реабилитации инвалида 85% детей (от числа прошедших диспансеризацию детей – инвалидов), проведена индивидуальная программа реабилитации инвалида в 2017 году (от числа нуждающихся) 79% детей. В 3 регионах по результатам диспансеризации детям не была проведена индивидуальная программа реабилитации инвалида (Белгородская, Оренбургская, Еврейская автономная области).

КОНТРОЛЬНЫЕ МЕРОПРИЯТИЯ ПО ВОПРОСУ ОРГАНИЗАЦИИ И ОСУЩЕСТВЛЕНИЯ ДИСПАНСЕРИЗАЦИИ ДЕТЕЙ-СИРОТ.

За 2017 год по вопросу организации и осуществления диспансеризации детей-сирот проведена 571 проверка, из них: плановых – 415, внеплановых – 156. Проверена 491 медицинская организация. Нарушения выявлены в 212 медицинских организациях (43% от проверенных). Выдано 203 предписания, составлено 69 протоколов об административных правонарушениях.

В ходе контрольных мероприятий выявлены следующие нарушения:

- несоблюдение предусмотренного объема исследований;
- проведение осмотров врачом-специалистом, не имеющим соответствующей профессиональной подготовки;
- в медицинскую документацию (истории развития ребенка) не вносятся объективные данные осмотров врачей и результаты проведенных обследований.
- Таким образом, по-прежнему сохраняются проблемы качества проведения диспансеризации детей-сирот, а также детей, оставшихся без попечения родителей, в том числе усыновленных (удочеренных), принятых под опеку (попечительство), в приемную или патронатную семью, а также низкий охват детей реабилитационными, оздоровительными и профилактическими мероприятиями.

С целью повышения качества оказываемой медицинской помощи детям-сиротам и детям, находящимся в трудной жизненной ситуации орган государственной власти в сфере охраны здоровья должен в полном объеме исполнять полномочия, предусмотренные ст. 16 и ст. 54 Федерального закона от 21.11.2011 №323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации».

КОНТРОЛЬ ЗА СОБЛЮДЕНИЕМ ПРАВ ГРАЖДАН ПРИ ПРОВЕДЕНИИ ДИСПАНСЕРИЗАЦИИ ОПРЕДЕЛЕННЫХ ГРУПП ВЗРОСЛОГО НАСЕЛЕНИЯ.

В соответствии с п. 8 ст. 16 Федерального закона от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» к полномочиям органов государственной власти субъектов Российской Федерации в сфере охраны здоровья относится организация осуществления мероприятий по профилактике заболеваний и формированию здорового образа жизни.

Важнейшим инструментом в профилактике хронических неинфекционных заболеваний является диспансеризация определенных групп взрослого населения. Однако и при проведении диспансеризации встречаются многочисленные нарушения, в частности приписки.

ПРИМЕР ИЗ ЖИЗНИ

Приморский край

В 2016 году были установлены факты подделки документов по диспансеризации. С жалобами обратился житель посёлка Хрустальный Кавалеровского района. При обращении в больницу за прохождением положенной ему диспансеризации ему было отказано ввиду того, что в карте уже имелась запись, о том, что он её прошел. Тогда заявитель обратился к депутату, председателю местного отделения Партии СПРАВЕДЛИВАЯ РОССИЯ в Кавалеровском районе. В результате проведенной проверки были установлены факты подделок документов по диспансеризации ещё у нескольких человек. По данным фактам было возбуждено административное дело, установлены виновные, но ввиду нехватки врачей виновных не уволили. В 2016 году за каждого пациента, который проходил диспансеризацию, лечебным учреждениям выделялось от 1500 до 2000 руб.

В 2017 году включено в план диспансеризации 64% граждан от подлежащих диспансеризации (в 2016 году – 73%). По итогам 2017 года также, как и в 2016 году, 1 этап диспансеризации прошли 91% от включенных в план диспансеризации. Количество медицинских организаций, участвующих в проведении диспансеризации, составило – 3589.

В 4 регионах план диспансеризации исполнен менее чем на 50% (Республика Крым, Саха (Якутия), Московская область, город Севастополь).

В 43 регионах план диспансеризации исполнен от 90% до 100% (Республики Адыгея, Карелия, Кабардино-Балкарская Республика, Ставропольский край, Астраханская, Архангельская, Белгородская, Брянская, Волгоградская, Воронежская, Ивановская, Калужская, Костромская, Курская, Ленинградская, Орловская, Рязанская, Ярославская области, Ненецкий автономный округ, г. Санкт – Петербург, г. Москва и др.).

С применением передвижного мобильного медицинского комплекса прошли диспансеризацию 4% от прошедших 1 этап.

Передвижные мобильные медицинские комплексы при проведении диспансеризации не использовались в 15 регионах (Республики Бурятия, Марий Эл, Саха (Якутия), Северная Осетия-Алания, Приморский край, Вологодская, Калужская, Магаданская, Новосибирская, Орловская, Сахалинская, Ярославская области, Ненецкий автономный округ, Чукотский автономный округ, город Севастополь).

Всего сформировано 3449 мобильных медицинских бригад. Данные бригады отсутствуют в 7 регионах (Республики Адыгея, Саха (Якутия), Северная Осетия -Алания, Чу-

котский автономный округ, Ненецкий автономный округ, Еврейская автономная область, Сахалинская область).

За отчетный период направлены на II этап диспансеризации 34% от прошедших 1 этап (в 2016 году – 33%), прошли II этап 87% от направленных (в 2016 году – 85%).

Важной особенностью диспансеризации является не только раннее выявление хронических неинфекционных заболеваний и факторов риска их развития, но и проведение гражданам, имеющим указанные факторы риска, краткого профилактического консультирования, а также для граждан с выявленными факторами риска развития хронических неинфекционных заболеваний – индивидуального углубленного профилактического консультирования или группового профилактического консультирования (школа пациента) в отделении (кабинете) медицинской профилактики или центре здоровья.

Регионы, где процент охвата групповым профилактическим консультированием (школа пациента) граждан с II и IIIa группами состояния здоровья, а также граждан с IIIб группой состояния здоровья, имеющих высокий и очень высокий суммарный (абсолютный или относительный) сердечно-сосудистый риск, составляет менее 10% – Республики Адыгея, Кабардино-Балкарская, Карелия, Коми, Марий Эл, Саха (Якутия), Тыва, Алтайский, Красноярский, Приморский, Ставропольский, Хабаровский края, Астраханская, Вологодская, Иркутская, Калужская, Кировская, Ленинградская, Московская, Новгородская, Омская, Орловская, Пензенская, Псковская, Сахалинская, Свердловская, Тверская, Томская области, Чукотский автономный округ, г. Санкт – Петербург.

В 2017 году впервые взято на диспансерный учет также, как и в 2016 году – 11% от прошедших диспансеризацию.

По результатам диспансеризации специализированная медицинская помощь/реабилитационные мероприятия оказаны 2% от прошедших диспансеризацию (в 2016 году – 3%).

Всего в 3586 медицинских организациях имеются 1548 кабинетов оказания медицинской помощи по отказу от курения (в 2016 году – 1507). В 10 регионах данные кабинеты отсутствуют (Республики Адыгея, Тыва, Костромская, Магаданская, Мурманская, Ростовская области, Ненецкий автономный округ, Чукотский автономный округ, Еврейская автономная область, город Севастополь).

Контрольные мероприятия, проводимые Росздравнадзором по данному направлению

В 2017 году Росздравнадзором осуществлено 327 проверок (за 2016 год – 291 проверка), из них 271 – плановая (за 2016 год – 229), 56 – внеплановых (за 2016 год – 40). По результатам контрольных мероприятий, как и в 2016 году, выдано 141 предписание, составлен 41 протокол об административных правонарушениях (за 2016 год – 11). Проверено 303 медицинских организации (за 2016 год – 231), в 147 выявлены нарушения, что составляет 48,5% от проверенных организаций (за 2016 год – 42).

Выявлены следующие нарушения:

- не проводится полный установленный перечень диагностических исследований и не выполняется полный объем медицинских мероприятий;
- недооценка и (или) не выявление факторов риска развития неинфекционного хронического заболевания;
- отсутствие рекомендаций по дальнейшему обследованию и лечению.

Следует отметить, что недостаточная профилактическая работа с целью мотивации к ведению здорового образа жизни, приверженности постоянного лечения, своевременного прохождения диспансеризации препятствует снижению смертности от сердечно-сосудистых заболеваний и онкологической патологии, приводит к высокой запущенности онкозаболеваний и позднему выявлению.

Резюмируя, можно сказать, что качественное исполнение всех мероприятий, связанных с проведением диспансеризации, приводит к снижению смертности и увеличению продолжительности жизни, а также формированию приверженности к здоровому образу жизни; уменьшению частоты выявления и регистрации факторов риска хронических неин-

фекционных заболеваний у граждан, проходящих диспансеризацию; уменьшению числа граждан с первично выявленными заболеваниями на поздних стадиях их развития; снижению инвалидности и смертности от хронических неинфекционных заболеваний у граждан, проходящих диспансеризацию; увеличению числа граждан, относящихся к I группе здоровья, и уменьшению числа граждан, относящихся ко II и III группам здоровья. Отсутствие должного ведомственного контроля за проведением диспансеризации напрямую свидетельствует о невыполнении мероприятий по снижению смертности в регионах, об отсутствии планомерной работы медицинских работников, направленных на формирование здорового образа жизни, снижению потребления алкоголя и курения, что, в конечном счете, приводит к росту смертности.

4.2. ПЕРСОНИФИЦИРОВАННЫЙ ПОДХОД В ОРГАНИЗАЦИИ ПЕРВИЧНОЙ МЕДИКО-САНИТАРНОЙ ПОМОЩИ

Переход глобальной экономики к шестому технологическому этапу (к экономике знаний) характеризуется интеграцией потенциалов естественного и искусственного интеллекта во всех сторонах жизни человека.

На этом пути особое внимание в последнее время уделяется цифровизации индустрии здоровья – сочетания «реагирования» на заболевание с профилактическим направлением ее оказания, с особым вниманием к предсказательной и одновременно персонифицированной медицине. Внедрение принципов 4П-медицины (прогнозирование развития заболеваний (предикция); предотвращение появления заболеваний (превентивность или профилактика); индивидуальный подход к каждому пациенту (персонализация); мотивированное участие пациента в медицинских мероприятиях (партисипативность) должно стать магистральным направлением развития современного оказания медицинской помощи.

Парадигма охраны достигнутого уровня здоровья человека сменяется парадигмой укрепления будущего здоровья с учётом состояния всех органов и систем.

Искусственный интеллект и системы поддержки принятия решений (СППР) изменяют модель первичного звена медико-санитарной помощи в рамках реактивной и предиктивной медицины. Привычный медицинский цикл (профилактика, диагностика, лечение, реабилитация) стал пятитактным: прогноз, профилактика, диагностика, лечение и реабилитация. Доля прогноза как этапа в биомедицинском обслуживании человека с каждым годом и даже месяцем возрастает, что быстро меняет функционал и квалификационные требования к медикам.

Звучит все красиво. Однако...

ПРИМЕР ИЗ ЖИЗНИ

г. Москва

28 января 2019 года члена Партии СПРАВЕДЛИВАЯ РОССИЯ, девушку в возрасте 25 лет положили в клинику Министерства труда России на реабилитационную программу сроком 14 дней. Её диагноз: «двусторонняя нижнедолевая абсцедирующая пневмония, ограниченная эмпиема плевры справа». Такой тяжёлый диагноз девушка получила вследствие непрофессионализма врачей местной поликлиники, которые не смогли вовремя диагностировать пневмонию. Однако по факту никакой помощи в реальности не оказывалось, родственников склоняли к платным услугам. Родственникам приходится проводить все реабилитационные мероприятия платно. Средняя стоимость месячного курса реабилитации в частном центре – 300-500 тыс. рублей.

Все это требует решения в кратчайшие сроки основной стратегической задачи – разработки «Национальной стратегии охраны общественного здоровья и медицинской помощи» и принятия на ее основе новой модели здравоохранения Российской Федерации с учетом наилучшего отечественного и зарубежного опыта, рассматривающую здоровье населения как основную экономическую категорию.

В этой сети медицинский контакт-центр будет "сопровождать" действия пациента и врача, используя систему визуализации и специальные пациентские сервисы.

В глобальной перспективе неуклонно произойдет трансформация систем образования и охраны здоровья на принципах «центрированности на человеке», что подразумевает оказание услуг с учетом индивидуальных биологических особенностей, предпочтений, потребностей и личностных ценностей, а также при активном вовлечении личности и его окружения, доверенных лиц в формирование решений.

СПРАВЕДЛИВАЯ РОССИЯ считает **необходимым** в целях ориентации на прогнозирование и персонализацию в вопросах оказания первичной медико-санитарной помощи разработку и законодательное закрепление Национальной стратегии охраны общественного здоровья и медицинской помощи, и принятия на ее основе новой модели здравоохранения Российской Федерации с учетом наилучшего отечественного и зарубежного опыта, рассматривающего здоровье населения как основную экономическую категорию.

4.3 ОРГАНИЗАЦИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ В СРЕДНИХ УЧЕБНЫХ ЗАВЕДЕНИЯХ

В современном мире условия жизнедеятельности детей и подростков должны обеспечивать им как гармоничный рост и развитие, так и состояние здоровья.

Актуальность проблемы организации медицинской помощи детям в школах и дошкольных учреждениях характеризуется продолжающимся регрессом состояния здоровья детей в период пребывания их в образовательных учреждениях, что указывает на недостаточную эффективность массовых мероприятий первичной и вторичной профилактики.

Условия воспитания и обучения в образовательных учреждениях оказывают существенное влияние на состояние здоровья детей и подростков. При этом ряд значимых патологий в структуре заболеваемости детей и подростков непосредственно связан с неблагоприятными факторами воздействия образовательной среды.

Несоблюдение гигиенических требований к режиму учебно-воспитательного процесса, а именно его интенсификация приводит к росту нервно-психических расстройств, астенизации детей. Повсеместное применение технических средств обучения, уровни освещенности, несоответствующие санитарно-гигиеническим нормативам, высокая учебная нагрузка способствуют снижению остроты зрения обучающихся. Нарушения осанки, сколиозы во многом связаны с неправильной посадкой ребенка в течение продолжительного времени, возникающей вследствие несоответствия мебели росту-возрастным особенностям учащегося.

В настоящее время оказание медицинской помощи обучающимся в образовательных организациях осуществляется на основании Федеральных законов от 21 ноября 2011 года № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» и от 29 декабря 2012 года № 273-ФЗ «Об образовании в Российской Федерации».

В то же время, проблемы охраны здоровья обучающихся все чаще поднимаются и родительской общественностью, и медицинским сообществом.

ПРИМЕРЫ ИЗ ЖИЗНИ

г. Москва

В большинстве школ медсестра приходит 1-2 раза в неделю. Работает по графику, который вывешен на ее кабинете. Входит в штат поликлиники. Частота появления медсестры зависит от того, какую ставку ей выделил департамент здравоохранения. Медсестра ничего не назначает, не лечит, а только констатирует состояние ребенка и вызывает при необходимости врачей или родителей.

Ненецкий Автономный Округ

По данным Департамента здравоохранения НАО в округе осуществляют свою деятельность 26 школ. В 8 школах, расположенных в городе Нарьян-Мар и поселке Искателей, медицинская помощь учащимся оказывается непосредственно в образовательных учреждениях. В 11 школах, расположенных в сельской местности, в связи с отсутствием в медицинских кабинетов, отвечающих соответствующим требованиям медицинская помощь учащимся оказывается в ближайших медицинских учреждениях. Об остальных 7 учреждениях Департамент здравоохранения, труда и социальной защиты населения Ненецкого автономного округа «скромно» умолчал, потому что, как очевидно, медпомощь в данных учебных заведениях отсутствует вовсе.

Воздействие «внутришкольной среды» на здоровье детей и подростков определяется уровнем санитарно-эпидемиологического благополучия образовательной организации, в систему оценки которого включаются материально-техническая база, выполнение гигиенических нормативов и соблюдение санитарно-противоэпидемического режима. По данным Роспотребнадзора, более 34 % общеобразовательных организаций не имеют медицинских кабинетов, а 6 % действующих медицинских кабинетов не соответствуют требованиям санитарных норм и правил.

Чрезвычайно важная роль в оздоровлении детского населения принадлежит раннему выявлению и своевременному лечению заболевания. Так, основным методом обследования детского населения в целях профилактики распространения туберкулеза является туберкулинодиагностика. Однако действующее законодательство предусматривает добровольность оказания медицинской, в том числе противотуберкулезной помощи, в связи с чем многие родители отказываются от профилактического обследования ребенка на туберкулез, а также от проведения его лечения в случае подтвержденного заболевания. В то же время, в Российской Федерации сохраняется высокая заболеваемость детского населения туберкулезом. Согласно данным Роспотребнадзора в 2015 году отмечено увеличение числа случаев впервые выявленного активного туберкулеза среди детей в возрасте до 17 лет в 37 субъектах Российской Федерации, в том числе в Мурманской области – в 2,6 раза, а в Тульской области – в 1,8 раза. В этой же возрастной группе в 2015 году зарегистрировано 400 случаев бациллярных (заразных) форм туберкулеза и 22 случая смерти среди детей, что свидетельствует о позднем выявлении заболевания. Расценивая отстранение необследованного на туберкулез ребенка от посещения образовательной организации как нарушение его прав на образование, такие родители также создают угрозу нарушения прав на охрану здоровья других детей.

Требуется решения вопрос лекарственного обеспечения медицинского блока школ и детских садов: отсутствуют перечни посиндромной укладки медикаментов и перевязочных материалов для оказания неотложной медицинской помощи детям в образовательных организациях, аптек для физкультурных залов, кабинетов технологий, спортивных соревнований и турпоходов школьников.

Сохраняется проблема кадрового обеспечения отделений медицинской помощи обучающимся. Врачебный персонал в образовательных организациях часто представлен со-

вместителями, работающими на 0,5 ставки, а медицинские сестры осуществляют свою деятельность в школах и детских садах по расписанию, что приводит к срыву профилактической работы среди обучающихся.

Крайне остро стоит вопрос о возможности оказания работниками школ и дошкольных учреждений первой помощи детям при их обращении в медицинские кабинеты в случаях, не требующих вызова бригад скорой и неотложной медицинской помощи.

Особого внимания в системе оказания помощи детям заслуживает школьная стоматология, которая должна являться важнейшим механизмом социальной защиты населения, так как обеспечивает равный доступ детей к профилактической и лечебной стоматологической помощи независимо от имущественного и социального положения их семей.

Принимая во внимание состояние здоровья подрастающего поколения, в настоящее время назрела необходимость формирования на законодательном уровне комплекса мер, направленных на укрепление здоровья детей и подростков, одним из составных элементов которого должно стать развитие системы оказания медицинской помощи непосредственно в общеобразовательных учреждениях.

Система оказания медицинской помощи в общеобразовательных учреждениях должна включать в себя следующие мероприятия:

- анализ и изучение состояния здоровья школьников и организацию необходимых лечебно-оздоровительных мероприятий;
- организацию и проведение противозидемических мероприятий для предупреждения инфекционных и профилактике неинфекционных заболеваний;
- обеспечение врачебного контроля за постановкой физического и гигиенического воспитания в школе;
- осуществление систематического контроля за соблюдением санитарно-гигиенических условий при проведении учебных занятий и за выполнением установленного режима дня;
- проведение систематической санитарно-просветительской работы среди учащихся, учителей и родителей;
- контроль санитарно-гигиенического состояния школьных столовых;

Важнейшим элементом данной системы должен стать школьный врач, прошедший соответствующее обучение принципам мониторинга состояния здоровья детей и специфике работы в образовательной организации.

В деятельность школьного врача должно войти проведение углубленного медицинского осмотра школьников, направление учащихся по показаниям на лабораторные и рентгенологические исследования, организация проведения плановых профилактических и противозидемических мероприятий по предупреждению инфекционных заболеваний среди школьников, в том числе раннее выявление туберкулеза, контроль за соблюдением карантинных, своевременное проведение дезинфекции, сигнализация в соответствующие организации о выявленном заболевании, выявление причин неявки на занятия школьников, санитарное просвещение среди школьников, учителей и родителей по профилактике инфекционных заболеваний и формированию здорового образа жизни.

Таким образом, основные проблемные вопросы по развитию системы охраны здоровья обучающихся связаны с нормативным закреплением полномочий системы образования и системы здравоохранения при организации охраны здоровья детей и подростков в период обучения и воспитания; обеспечением кадрами, материально-техническим оснащением медицинских кабинетов образовательных организаций, с финансированием, с соблюдением врачебной тайны, ответственностью законных представителей несовершеннолетних за их здоровье.

5. ОБЯЗАТЕЛЬНОЕ И ДОБРОВОЛЬНОЕ МЕДИЦИНСКОЕ СТРАХОВАНИЕ

«Советское поколение» помнит, как начались реформы здравоохранения. В конце 80-х годов появились публикации и выступления об «остаточном» финансировании медицины и необходимости перехода от «бюджетной» модели Семашко к социальному страхованию, которое прибавит к бюджетному финансированию внебюджетные источники. Посмотрите, что из этого получилось

Таблица. Расходы на общественное здравоохранение

Страна	СССР	Россия	Развитые страны
% ВВП	4,4%*	3,4%	6-9%

Налицо провал реформ. Сегодня денег на медицину выделяется минимум в 2 раза меньше, чем нужно для ее общедоступности по опыту развитых стран, и значительно меньше, чем в СССР. При этом по сравнению с Советским Союзом выросла техническая оснащенность отрасли и затраты на покупку оборудования, его обслуживание, ремонт и расходные материалы. С другой стороны, переход от сметного финансирования на страховую оплату потребовал создать армию высокооплачиваемого немедицинского персонала для оформления, учета, экспертизы и оплаты медицинских услуг. Поэтому сегодня до врача и пациента доходит примерно в 1,5 раза меньше денег, чем в СССР. Парадокс: в рамках реформ к бюджету добавили внебюджетные средства ОМС, а денег стало меньше.

Отсюда дефицит Программы государственных гарантий, который покрывается падением доступности помощи («оптимизация») и обнищанием медицинских работников. Причина – ошибки в реформах здравоохранения и создании системы ОМС. Федеральный закон от 29.11.2010 г. «Об обязательном медицинском страховании в РФ» определяет ОМС как вид социального страхования. Однако нормы и практики применения этого закона противоречат как Федеральному закону от 16.07.1999 г. «Об основах обязательного социального страхования», так и принятым во всем мире принципам социального страхования

Принято считать, что у развитых стран более высока доля затрат на здравоохранение в ВВП потому, что они богаты. Между тем все обстоит ровно наоборот. Развитые страны богаты, в том числе потому, что приоритет здравоохранения в структуре их национальных расходов обеспечивает как многократный мультипликативный эффект, так и прямой вклад медицины в ВВП (9–17%), что в 5 раз больше их оборонной промышленности и в 2 раза больше цифровой экономики.

В странах с социальным страхованием врач – полноправный участник страховых отношений и субъект права. Отсюда разделение труда и ответственности между медиками и лечебными учреждениями. Клиники проходят аккредитацию, которая подтверждает должные условия для практики врачей.

Создан, с одной стороны, огромный рынок дублирующих ОМС платных услуг, которые оказываются преимущественно государственными клиниками. Его размер достиг 36,4% национальных расходов на здравоохранение (ВОЗ, 2015). Для сравнения, в Германии этот показатель лишь 12,5%. С другой стороны – немыслимый для стран с социальным страхо-

ванием рынок корпоративного ДМС, который субсидируется государством как напрямую (через ДМС чиновников и работников госсектора экономики), так и косвенно – через налоговые льготы на прибыль предприятий и НЛДФЛ работников.

Вместо одноканальной общенациональной консолидации финансирования в России налицо его региональная, ведомственная и сословная дезинтеграция на множество независимых друг от друга каналов. Помимо системы ОМС, за медицинскую помощь платят федеральный бюджет (в т.ч. бюджет Минздрава, других министерств и ведомств), бюджеты регионов и муниципалитетов, ведомственная и госкорпоративная медицина, ФСС (платит за реабилитацию и санаторно-курортное лечение) и даже ПФР (в рамках т.н. набора социальных услуг).

Дезинтегрирована даже святая святых – военная медицина. Если в СССР военно-медицинская инфраструктура использовалась в интересах всех ведомств (медсанбаты Минобороны лечили пограничников, а госпиталь внутренних войск, если нужно, помогал армейцам), то сегодня доступность помощи зависит от цвета погон, а права на ОМС наши военные лишены. При этом ни одна ведомственная система (в том числе военная) не обеспечивает «прикрепленных» всеми видами помощи, в ДМС масса нестраховых случаев, а чтобы решать все проблемы со здоровьем с помощью «кассовой» медицины, нужно быть очень богатым человеком. С другой стороны, потребители платных услуг, ДМС и ведомственной медицины в России получают не «высококачественную», а просто нормальную медицинскую помощь, – какой она должна быть и в ОМС, если будут обеспечены выгодные для клиник тарифы. При этом нет равенства медицинских гарантий – доступность помощи зависит от региона, места работы, социального класса и уровня доходов.

Из-за всего этого – дефицит Программы государственных гарантий и заведомо убыточный для клиник ОМС. Он ниже себестоимости медуслуг, не покрывает ряд текущих затрат (например, обслуживание и ремонт оборудования), в нем нет амортизационных отчислений и нет наценки. Тем самым, с одной стороны, честная (без приписок) работа клиник в ОМС планомерно убыточна, и даже простое воспроизводство невозможно без постоянных внешних затрат бюджета на покрытие текущих расходов и на восстановление основных средств. Соответственно, кредит не доступен, рыночные инвестиции связаны с риском, а за инновации некому платить.

В этих условиях центральной фигурой становится не потребитель (пациенты), а производитель – лечебные учреждения. Поэтому, с одной стороны, возможности и желание страховщиков по защите прав застрахованных сведены к минимуму, а вместо принципа «деньги следуют за пациентом» работает принцип «деньги идут перед пациентом или вместо пациента». Отсюда подушевое финансирование амбулаторно-поликлинической помощи, «прикрепление» к поликлиникам, госзакупка лекарств вместо лекарственного страхования и попытки развивать здравоохранение не через увеличение тарифов ОМС, а через инвестиции в инфраструктуру. Отсюда возникает необходимость административного управления системой ОМС государством.

В СССР оказание «нематериальных» услуг (не только медицинских, но и любых других – торговых, финансовых, транспортных или бытовых) не считалось производством, не учитывалось в ВВП и оплачивалось по нормативной себестоимости без наценки. Тем самым труд врача не признавался производительным – но он хотя бы не считался убыточным. Сегодня в «промежуточном» ОМС медицинская помощь оплачивается не только без наценки, но и ниже себестоимости, то есть с экономической точки зрения труд врача наносит обществу убыток. Поэтому экономия на труде (низкие зарплаты медработников, увеличение норм обслуживания и увольнение) – такой же важный инструмент баланса дефицитной системы ОМС, как и снижение доступности помощи: «оптимизация» и рост платности.

В СССР врачи имели статус госслужащих. Им гарантировались пожизненная занятость, жилье, рост доходов в соответствии со стажем и квалификацией, повышенная пен-

сия. Неудачные реформы лишили их гарантий госслужбы, но не создали экономических условий для превращения в участников страховых отношений, приравняв по гарантиям занятости и доходам к работникам фастфуда. В этих условиях криминализация осложнений лечения лишь разрушает отрасль – ведет к перетоку кадров в коммерческую медицину, антиселекции врачей, их уклонению от лечения тяжелых больных и «бегству с рабочих мест». Поэтому если не остановить кампанию «дел врачей», лечиться скоро будет не у кого. Это реальная угроза жизни и здоровью каждого гражданина России, угроза национальной безопасности.

Таким образом, созданная в России система ОМС – не имеющий ничего общего с социальным страхованием «промежуточный» институт, неэффективность которого ведет к обнищанию медработников, падению доступности помощи и разрушению здравоохранения.

Необходимо, во-первых, превратить ОМС в общенациональную систему, обеспечив коллегальность ее управления. Это значит – реальное равноправие представителей государства, работодателей и профсоюзов, принятие только согласованных всеми сторонами решений и обеспечение личной ответственности за эти решения.

Во-вторых, это консолидация в ОМС бюджетного и внебюджетного финансирования медицинской помощи с достижением порога общедоступности современной медицинской помощи – не менее 6% ВВП:

- а) запрет на оказание платных услуг государственными ЛПУ;
- б) ревизия расходов бюджетов на здравоохранение всех уровней, ведомств и госпредприятий;
- в) ревизия ведомственной и госкорпоративной медицины;
- г) перенос с регионов на федеральный бюджет страхования неработающих.

В-третьих, выполнить поручение Президента Правительству Российской Федерации о переводе ОМС на страховые принципы, добившись тем самым реализации принципа «деньги следуют за пациентом».

Есть ли реальные альтернативы этому пути? Первый путь – это привести медицинские гарантии населению в соответствие с фактическим финансированием – 3,4% ВВП. Сегодня оно соответствует странам третьего мира. По факту этот путь уже реализуется – по доступности медицинской помощи в ряде районов Россия близка к странам «третьего мира». Поэтому в недавнем рейтинге Bloomberg по показателю здоровья населения наша страна заняла лишь 95-е место – после Кабо-Верде, которая расходует на медицину почти как Россия – 3,3% ВВП.

Второй путь – возврат к централизованной советской модели «медицина-госслужба» с ежегодным выделением на нее не менее 6% ВВП из бюджета.

В настоящее время источниками финансирования государственной системы здравоохранения являются взносы в ФОМС работающих граждан (5,1% от зарплаты), взносы в ФОМС субъектов Российской Федерации за неработающих граждан, доходы бюджетов бюджетной системы Российской Федерации за счет которых осуществляется финансирование принятых обязательств и переданных полномочий Российской Федерации и субъектов Российской Федерации на отдельных направлениях деятельности системы здравоохранения (например, субсидии федерального бюджета на софинансирование капитальных вложений в объекты здравоохранения субъектов РФ, расходы федерального бюджета на финансирование федеральных медицинских организаций, учреждений, осуществляющих управление и иные функции в сфере здравоохранения, прочие виды межбюджетных трансфертов).

Основными источниками доходов федерального фонда ОМС, за счет которых осуществляется финансирование деятельности медицинских организаций в рамках системы обязательного медицинского страхования, являются отчисления граждан от заработной платы и платежи субъектов Российской Федерации за неработающее население.

Коэффициенты удорожания (Таблица) определяются на основании прогноза индекса потребительских цен с учетом значений коэффициентов удорожания в соответствии с законами о бюджете ФОМС на 2017 и 2018 год и соответствующего законопроекта на 2019 год.

Таблица. Индекс потребительских цен и коэффициенты удорожания

	2018	2019	2020	2021
Прогноз индекса потребительских цен (на конец года)	1,0340	1,0430	1,0380	1,0400
Коэффициент удорожания (бюджет ФОМС 2017)	1,0816	1,0816	-	-
Коэффициент удорожания (бюджет ФОМС 2018)	1,0730	1,1160	1,1610	-
Коэффициент удорожания (проект бюджета ФОМС 2019)	-	1,1190	1,1620	1,2080

В бюджете ФОМС на 2017 год приведены два одинаковых значения коэффициента удорожания на плановые годы, которые, по-видимому, отражают удорожание по отношению к базовым значениям 2017 и 2018 годов. В бюджете на 2018 и проекте бюджета на 2019 год коэффициенты для плановых лет, по-видимому, отражают мультипликацию к базовому году нарастающим итогом. В бюджете на 2018 год коэффициент не соответствует ИПЦ на 2018 год, а ежегодный рост коэффициента составляет около 1,04 (примерно соответствует прогнозу ИПЦ).

В проекте бюджета 2019 года план коэффициента удорожания на 2019 год существенно выше прогноза ИПЦ, хотя в соответствии с законопроектом он должен быть равен коэффициенту удорожания в предыдущем году, умноженном на прогноз ИПЦ. Рост коэффициента за 2020 год – около 1,0384 и за 2021 год – 1,0396 соответствует прогнозам ИПЦ. Пояснений по установленным значениям коэффициента удорожания в бюджете ФОМС для 2018 года не приведено.

При неполной определенности в установлении базовых значений коэффициентов удорожания обоснованность применения индекса потребительских цен в качестве мультипликатора при расчете коэффициента удорожания также сомнительна. Потребительские цены не имеют прямой корреляции с ценообразованием в здравоохранении. Динамика роста компонентов структуры себестоимости в здравоохранении существенно отличается от динамики оценки стоимости набора составляющих потребительской корзины, а использование ИПЦ при расчете удорожания стоимости медицинской помощи – необоснованное упрощение.

Согласно сведениям ФОМС, для приведения в соответствие с существующей идеологией распределения субвенции по субъектам Российской Федерации, которая учитывает соотношение заработной платы в регионе к средней зарплате по России, предложено такой же подход применять при расчете платежа на неработающее население.

Однако методика распределения этих субвенций сама не является совершенной. Применение аналогичного подхода для методики расчета взносов за неработающее население унаследует все недостатки методики распределения субвенций.

Цены и уровни зарплат могут существенно отличаться в разных регионах, что «зеркально» и подтверждено методикой распределения субвенций, применяющей различные коэффициенты дифференциации субъектов Российской Федерации по уровню зарплат и уровню цен. Обоснованность применения единого линейного «70/30» подхода для всех субъектов Российской Федерации сомнительна.

В соответствии с законопроектом о бюджете ФОМС на 2019 год предусмотрено распределение субвенций в бюджеты территориальных фондов ОМС на сумму 2,068 трлн. руб.

Размер субвенции в соответствии с методикой, утвержденной Постановлением Правительства РФ от 05.05.2012 № 462 (ред. от 18.10.2018) зависит от численности застрахованного населения и коэффициента дифференциации субъекта Российской Федерации. Коэффициент дифференциации на 70% зависит от уровня зарплат в субъекте РФ и на 30% от ценовой дифференциации.

Состав компонентов формулы расчета субвенций свидетельствует, что формула не учитывает особенности здравоохранения субъекта РФ, такие как профиль заболеваний и причин смертности населения и/или сложившиеся особенности существующих «мощностей» системы предоставления медицинской помощи в субъекте РФ. В нее не входит ни один показатель, характеризующий здравоохранение, только цены и зарплаты в целом по субъекту, а не в его системе здравоохранения.

В проекте бюджета ФОМС на 2019 год предлагается всем в абсолютных цифрах субвенцию увеличить, но у одних относительно среднего темпа прибавки (Москва, Санкт-Петербург) прирост 6-14%, а у других наоборот ниже среднего на 6-11% (Сахалинская, Мурманская, Архангельская область). Разница в 25% – это системная ошибка в применяемой формуле.

По сообщению Счетной Палаты РФ система ОМС на «посреднической» деятельности только в 2015 г. потеряла 30,5 млрд. рублей, которые не пошли на оплату медпомощи, а были направлены на расходы страховых медицинских организаций. Эта цифра составляет 50 000 годовых зарплат врачей по 50 000 рублей в месяц.

При этом прямым интересом страховщиков является получение, как можно больших денег от государства и как можно меньшее их расходование, для получения большего дохода. Это означает, что у СМО имеется прямой конфликт интересов с интересами пациентов и системой здравоохранения. Именно поэтому невозможно говорить о том, что они будут защищать права пациентов – ведь защита прав пациентов приведет к удорожанию помощи, то есть к убыткам для СМО. Поэтому систему защиты прав пациентов, маршрутизацию пациентов СМО будут выстраивать в своих интересах, а не в интересах пациентов.

Все это лишний раз подтверждает актуальность и справедливость нашей Партийной программы. **СПРАВЕДЛИВАЯ РОССИЯ считает необходимым** исключить из сферы государственного здравоохранения страховые медицинские организации, поскольку их основная задача – извлечение прибыли – не совпадает с целью государственного здравоохранения.

ПРИМЕР ИЗ ЖИЗНИ

Нижегородская область

Задолженность 87 учреждений здравоохранения области за поставленные лекарства на начало 2018 года составляла 810 млн. 662 тыс. рублей. С учетом долгов за жилищно-коммунальные услуги и горюче-смазочные материалы общая задолженность переваливает за миллиард рублей. Во многих больницах имеет место недоплата за проведенные операции. Такое положение создается в результате низких тарифов, по которым страховые компании в рамках ОМС оплачивают оказанную медицинскую помощь.

Страховые медицинские организации согласно Федеральному закону от 29.11.2010 № 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации» имеют право забирать себе долю штрафов, которые они выписывают лечебным учреждениям. Таким образом, они заинтересованы не в улучшении качества медицинского обслуживания, а в увеличении количества нарушений. Главный врач городской больницы №13 в Нижнем Новгороде, профессор А.В. Разумовский вынужден создавать специальные группы юристов для того чтобы «отбиться» от постоянных штрафов и санкций со стороны страховых компаний, так как они ведут постоянный надзор за отчетностью в поисках доказательств избыточности и дороговизны лечения.

По данным Счетной Палаты РФ на одного сотрудника страховых медорганизаций приходится по 1 консультации в части оказания медпомощи и 1 жалобе в год.

Ранее уже говорилось, что функцию страховщика на себе несет государство. Действительно, страховые компании в России не несут на себе страхового риска, а потому не являются страховыми, хотя и называются так.

Исходя из изложенного, СПРАВЕДЛИВАЯ РОССИЯ считает необходимым:

1. Доведение расходов федерального бюджета на здравоохранение до уровня развитых стран (7-8% ВВП);
2. Принятие мер, направленных на увеличение поступающих страховых сумм: запрет на участие в государственных закупках и отмена налоговых льгот в отношении организаций, не уплачивающих страховые взносы и привлекающие нелегальный труд;
3. Устранение ФОМС и переход к прямому бюджетному финансированию в соответствии с законодательными предложениями СР;
4. Исключение частных страховых компаний из системы медицинского страхования;
5. Повышение статуса врача. Врач должен быть приравнен по предоставляемым ему гарантиям к государственному служащему.
6. Повышение роли профессиональных союзов: запрет на замещение руководящих должностей профсоюзов аффилированными с руководством организации лицами в соответствии с законодательными предложениями СПРАВЕДЛИВОЙ РОССИИ;
7. Законодательно закреплённая методика, ограничивающая удорожание тарифа ОМС;
8. Законодательное закрепление более гибкой системы распределения субвенций в бюджеты территориальных фондов ОМС.

6. ОБЕСПЕЧЕННОСТЬ НАСЕЛЕНИЯ МЕДИЦИНСКИМИ ИЗДЕЛИЯМИ И ЛЕКАРСТВЕННЫМИ ПРЕПАРАТАМИ

В феврале 2013 г. Минздрав России представил Стратегию обеспечения населения России лекарствами до 2025 года и план ее реализации. В документе подчеркивалась необходимость разработки и внедрения механизмов, направленных на лекарственное обеспечение широких слоев населения доступными лекарственными препаратами для медицинского применения. Наиболее эффективным из таких механизмов является лекарственное страхование.

Лекарственное страхование широко используется в ряде государств, где вопросы обеспечения и доступности лекарственных препаратов для населения являются одним из приоритетов проводимой государственной политики. Доля государственного участия в лекарственном обеспечении таких стран, как Германия, Испания, Чехия и некоторых других стран Европы превышает 70%, в то время как в России этот показатель чуть выше 20%.

Подобная система также решает проблему низкой доступности ряда лекарственных препаратов для медицинского применения. Ее главным инструментом является возмещение значительной части стоимости лекарственных препаратов для населения. При этом предусматривается введение системы соплатежей, при которой часть страхового платежа берет на себя государство, а часть покрывается застрахованным.

Ее основными принципами являются: всеобщность и обязательность; ориентация на сохранение здоровья граждан; частичное участие личных средств граждан.

Всеобщность означает, что она охватывает всех граждан РФ, застрахованных в системе ОМС. Целевая ориентация проявляется в определении перечня лекарственных препаратов, включенных в программу лекарственного страхования. Частичное участие средств граждан подразумевает, что государство компенсирует не полную стоимость лекарственных средств, а определенную их часть (фиксированную сумму, в виде процента, по средней цене продукта, по цене, зафиксированной по МНН и др.).

Система лекарственного обеспечения была опробована в Кировской области, где с 2013 г. внедрили программу лекарственного страхования пациентов с заболеваниями сердечно-сосудистой системы. При этом "лекарственным страхованием" называли там систему сооплаты пациентов за лекарства, при которой 90% расходов взял на себя областной бюджет. Организационный механизм был применен тот же, что при обеспечении льготных групп населения: лекарства выписывали врачи, а пациенты получали их по рецептам в аптеке, доплачивая 10%, чтобы сохранилась их мотивация к лечению. Результаты первых двух лет работы проекта впечатлили экспертов: в муниципалитетах, участвующих в проекте, на 25% снизилась потребность в вызовах скорой помощи и в стационарном лечении по данному профилю, первичный выход на инвалидность сократился на 22%, смертность от болезней системы кровообращения снизилась на 21%.

Дальнейшего развития пилотный проект до настоящего времени не получил.

ПРИМЕР ИЗ ЖИЗНИ***Московская область***

Заместитель главврача Видновской районной клинической больницы Лариса Волощук после многократных обращений в различные региональные ведомства и правоохранительные органы, лишившись всякой надежды на объективное изучение ситуации, написала открытое письмо Президенту Российской Федерации.

После очередной смены главного врача в районной больнице сложилась катастрофическая ситуация. Сокращено количество коек. Пациентам не хватает антибиотиков, обезболивающих, в дефиците даже бинты, а капельницы и внутривенные катетеры медсестры покупают за свой счет. После закрытия в Видновской больнице обоих инфекционных отделений – детского и взрослого, в городе Видное возникла вспышка заболеваемости корью.

6.1. СИТУАЦИЯ С ОБЕСПЕЧЕНИЕМ ЛЕКАРСТВЕННЫМИ ПРЕПАРАТАМИ

По данным органов управления здравоохранением субъектов Российской Федерации по итогам 2017 года на территории Российской Федерации в реализации государственных программ льготного лекарственного обеспечения задействованы: 10533 пункта отпуска лекарственных препаратов (в том числе 4 120 ФАПов), 8230 медицинских организаций, 239811 врачей и 17708 фельдшеров, осуществляющих выписку лекарственных препаратов.

В субъекты Российской Федерации в рамках осуществления субъектами Российской Федерации переданных полномочий по организации льготного лекарственного обеспечения отдельных категорий граждан в регионы поставлены лекарственные препараты на общую сумму 41926135 тыс. руб.

В рамках реализации постановления Правительства Российской Федерации от 26.12.2011 №1155 по состоянию на 31.12.2017 выписаны и обеспечены лекарственными препаратами 883305 рецептов на общую сумму 49525475 тыс. руб., в т.ч. 4930 рецептов на сумму 238944 тыс. руб. обеспечены за счет средств региональных бюджетов. На отсроченном обеспечении находятся 23 рецепта.

В рамках реализации органами государственной власти субъектов Российской Федерации переданных полномочий Российской Федерации по организации льготного лекарственного обеспечения отдельных категорий граждан выписано и обеспечено 47984340 рецептов на сумму 67310414 тыс. руб., в т.ч. 7725580 рецептов на сумму 26445512 тыс. руб. обеспечены за счет средств региональных бюджетов.

На отсроченном обеспечении находится 3007 рецептов. Доля рецептов, находящихся на отсроченном обеспечении, от количества предъявленных в аптечные организации, составляет 0,01%.

Наибольшее количество рецептов на отсроченном обеспечении (в абсолютных показателях) наблюдается: в Москве – 334 рецепта; в Севастополе – 188 рецептов (0,25% от общего количества рецептов, предъявленных в аптечные учреждения); в Московской области – 170 рецептов (0,01%); в Кировской области – 160 рецептов (0,03%); в Республике Чувашия – 140 рецептов (0,04%); в Калининградской области – 125 рецептов (0,05%); в Приморском крае – 125 рецептов (0,04%); в Томской области – 114 рецептов (0,04%); в Республике Татарстан – 106 рецептов (0,01%); в Рязанской области – 97 рецептов (0,05%); в Красноярском крае – 96 рецептов (0,01%); в Волгоградской области – 90 рецептов (0,03%); в Амурской области – 90 рецептов (0,04%) и т.д.

Однако почему, при таких благих цифрах официальной статистики обеспечения населения льготными лекарственными средствами с экранов телевидения, радио и Интернета

не сходят ролики о сборе средств на лекарства преимущественно для детей? Это прямо указывает на недоступность жизненно важных лекарств даже для самых незащищенных групп населения.

Сегодня в России правом на бесплатные лекарства пользуются только стационарные больные и льготные категории граждан. Подавляющая часть населения вынуждена покупать амбулаторные лекарства даже из числа жизненно важных за счет своих средств. Это приводит к недоступности лекарств, ухудшению здоровья и увеличению смертности, то есть противоречит интересам самих людей, которые хотели бы жить дольше и быть здоровыми, но не только. В экономике это влечет за собой увеличение вызовов скорой помощи, числа и продолжительности госпитализаций, удорожанию терапии, увеличение числа «больничных листов», росту инвалидности и сопутствующих расходов на пенсии, реабилитацию, а также, кроме роста смертности, ведет к сокращению числа трудодней и снижает работоспособность граждан. Все это является ударом не только по интересам самих людей, но и по интересам экономики государства.

Диаграмма. Объем рынка ЛП в амбулаторных и стационарных условиях в России в 2017 г.



Структура расходов на ЛП в амбулаторных условиях. В 2017 г. расходы населения и государства на лекарственные препараты и изделия медицинского назначения в амбулаторных условиях составили 1254,1 млрд. руб., из них населения – 81% (1021,4 млрд. руб.), государства – 19% (232,7 млрд. руб. с учетом ведомственных закупок). В «новых-8» странах ЕС, имеющих близкий с РФ уровень экономического развития (оценено по ВВП на душу населения), доля государственных расходов на ЛП в амбулаторных условиях составляет 38%, в «старых» странах ЕС расходы государства в амбулаторных условиях составляют 67% (рис. 3).

Таким образом, на ЛП в амбулаторных условиях в РФ население тратит в 4 с лишним раза больше, чем государство. В «новых-8» странах ЕС расходы населения только в 2 раза больше, чем государства, а в «старых» странах ЕС – они в 2 раза ниже, чем государственные.

¹ Значение расходов населения на ЛС в амбулаторных условиях рассчитаны как разница между показателем, представляемым Росстатом, всех расходов в амбулаторных условиях (1254,1 млрд руб.) и расходов на все государственные программы, реализуемые в амбулаторных условиях (232,7 млрд руб., см. раздел 1.4 и табл. П-1 в Приложении).

² «Новые-8» страны ЕС включают: Венгрию, Латвию, Литву, Польшу, Словакию, Словению, Чехию и Эстонию.

Диаграмма. Структура расходов на ЛП и ИМН в амбулаторных условиях в России, «новых-8» странах ЕС и «старых» странах ЕС



Диаграмма. Динамика расходов на ЛП в амбулаторных условиях в постоянных ценах



За последние пять лет с 2012 по 2017 г. государственные и личные расходы на ЛП в амбулаторных условиях в текущих ценах также выросли: государственные расходы – в 1,6 раза (с 138,2 до 215,2 млрд. руб.), личные – в 1,8 раза (с 575,1 до 1038,9 млрд. руб.). Однако, в постоянных ценах (2012 г. – 100%) государственные расходы выросли только на 9%, а личные – на 20%.

При этом среднедушевые денежные доходы российских семей за этот период снизились на 10% в постоянных ценах 2012 г. (с 23,2 до 21,0 тыс. руб.).

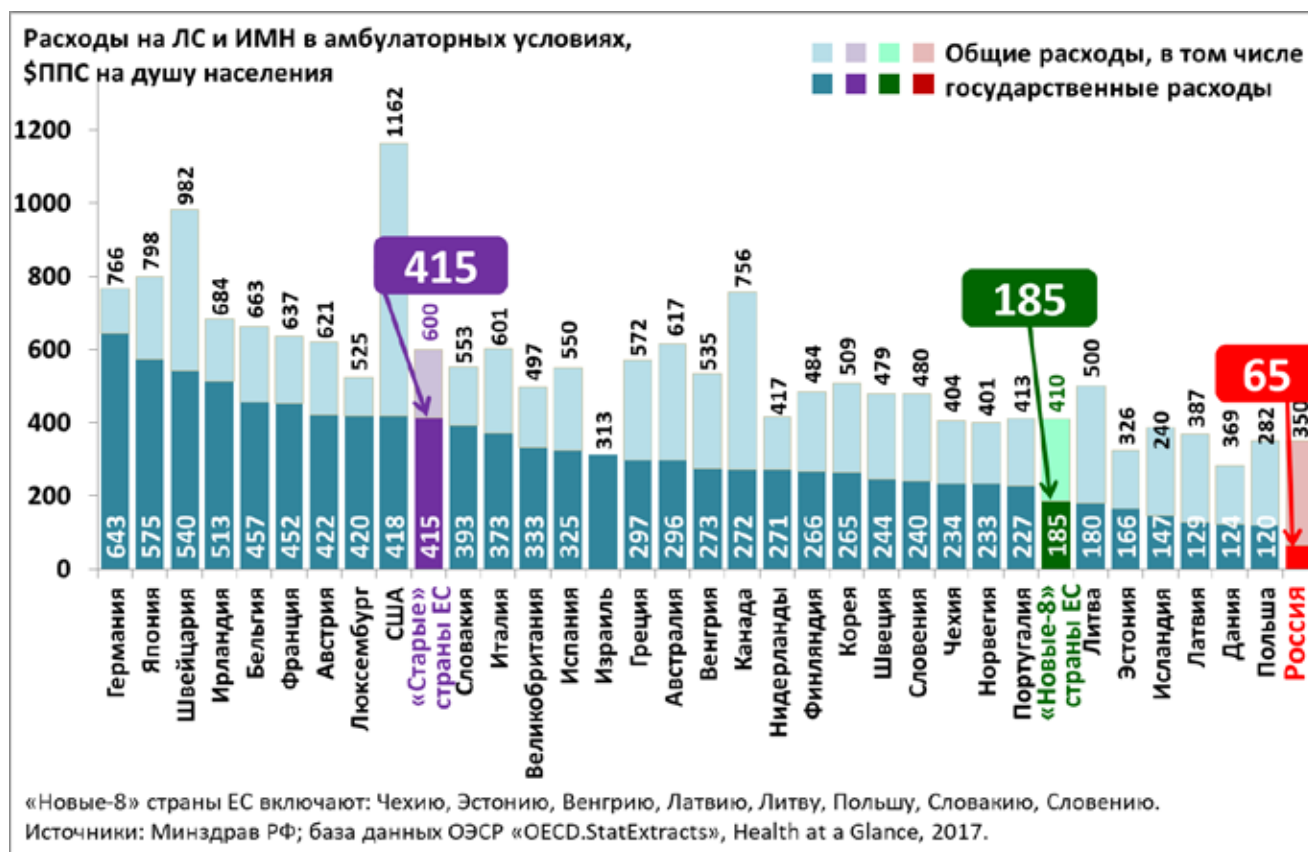
Из диаграммы также видно, что темп роста государственных расходов в постоянных ценах за последние пять лет существенно замедлился. В 2005-2011 гг. они росли в среднем с темпом 8,9% в год, а в 2012-2017 гг. только 0,7% в год, т.е. разница составляет почти 13 раз. При этом темп роста расходов населения за последние пять лет снизился только в 2 раза (с 8,2% в 2005-2011 гг. до 3,8% в 2012-2017 гг.).

Все это говорит о том, что за последние 5 лет снижение темпов роста государственных расходов на ЛП на фоне падения реальных денежных доходов российских семей легли дополнительным финансовым бременем на российских граждан.

Сравнение расходов на ЛП в амбулаторных условиях в РФ и странах ЕС. В 2017 г. государственные и личные расходы населения на ЛП и ИМН в амбулаторных условиях в РФ составили 350 \$ППС (1 \$ППС = 24,55 руб.) на душу населения. Это на 15% меньше, чем в «новых-8» странах ЕС (410 \$ППС) и в 1,7 раза меньше, чем в «старых» странах ЕС (600 \$ППС).

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

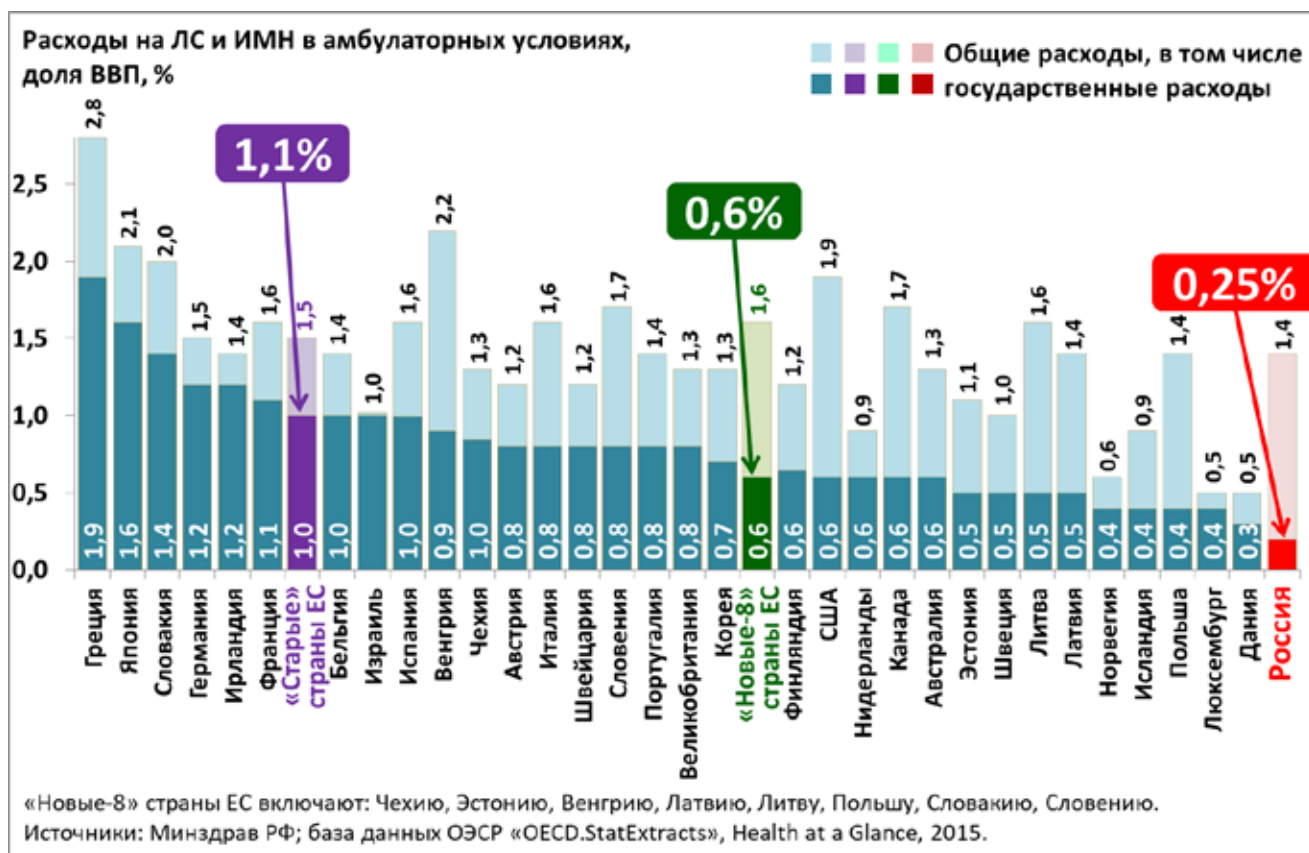
Диаграмма. Подушевые расходы на ЛП и ИМН в амбулаторных условиях, том числе оплачиваемые из государственных источников, в РФ (2017) и в странах ОЭСР (2016)



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

³ По данным Росстата. \$ППС – доллар, оцененный по паритету покупательной способности – соотношение валют разных стран, установленное по покупательной способности этих валют применительно к определенному набору товаров и услуг (по всему ВВП).

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



Таким образом, расходы государства на ЛП в амбулаторных условиях в расчете на душу населения в РФ почти в 3 раза ниже, чем в «новых» странах ЕС, близких к РФ по уровню экономического развития.

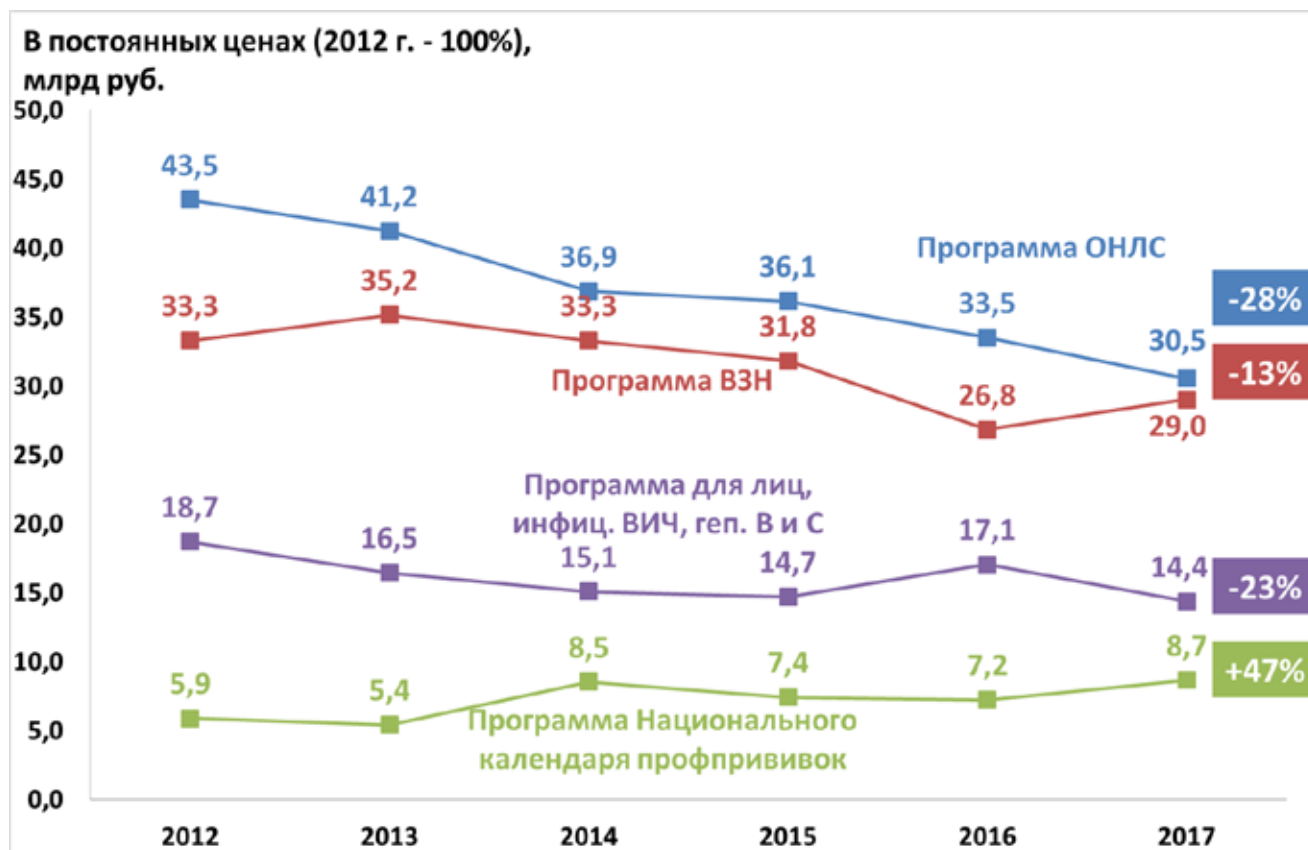
За последние 5 лет (с 2012 по 2017 г.) государственные расходы в постоянных ценах (2012 г. – 100%) за счет средств федерального бюджета снизились на 17%, а за счет средств регионов возросли в 1,6 раза (с учетом затрат на лечение орфанных заболеваний). При этом затраты федерального бюджета снизились почти по всем программам: по программе ОНЛС – на 28%, по программе «7 нозологий» – на 13%, по программе ВИЧ – на 23%. Лишь по программе профилактических прививок расходы выросли на 47%.

Анализ государственных программ лекарственного обеспечения свидетельствует, что доступ к лекарствам имеет только ограниченное число граждан РФ (8,8 млн. чел.), и что по всем существующим программам имеется существенный дефицит финансирования (50%). За последние 5 лет расходы по этим программам в постоянных ценах росли только за счет региональных бюджетов, а за счет федерального бюджета упали на 17%.

Обеспечение населения ЛП по региональным программам зависит от уровня бюджетной обеспеченности субъекта РФ. В структуре затрат на различные государственные программы сложились неоптимальные балансы с преобладанием финансирования программ для отдельных малочисленных групп населения, например, страдающих орфанными заболеваниями. Это ограничивает доступность ЛП для других категорий населения (в странах ЕС за счет общественных средств расходы на ЛП в амбулаторных условиях компенсируются всем категориям населения). В дальнейшем, такая ситуация потребует увеличения затрат по другим направлениям, например, дополнительное финансирование по

обеспечению всех детей и подростков от 0 до 17 лет бесплатными лекарствами, а также граждан, страдающих болезнями системы кровообращения, инфекционными болезнями и не имеющим на сегодня специальных льгот.

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



Проблема с лекарствами стала одной из ключевых в 2018 году и привела к необходимости проведения 16.11.2018. специального совещания у Президента Российской Федерации. В ходе его среди прочих проблем было сообщено, что 81% льготников отказываются от лекарств в пользу денежной компенсации. Получают впоследствии лекарства далеко не все.

Количество необеспеченных рецептов за полгода выросло с 300 до 900 тысяч. При этом органы прокуратуры, например Саратовской области по поводу гибели 28-летней женщины с сахарным диабетом, сообщают, что ими выявляются эпизоды запрета врачам со стороны органов исполнительной власти субъектов РФ назначать лекарства, если их нет в аптеках. По данным ОНФ свыше 70% льготников вынуждены покупать лекарственные препараты за свой счет из-за отсутствия их в аптеках. При этом 65% льготников обращаются с жалобами на нехватку льготных лекарств в специальные ведомства, преимущественно в Минздрав. Однако только у 18% после обращения в вышестоящие учреждения ситуация улучшилась. Таким образом, динамика необеспеченных рецептов должна учитывать тот факт, что рецепты врачи выдают далеко не всегда.

Осенью 2018 года в г. Гулькевичи Краснодарского края региональное отделение «Лига пациентов» было вынуждено обратиться в Следственный комитет Российской Федерации по вопросу необеспечения пациентки инсулинами. Итогом стало получение пациенткой необходимого лекарства в сопровождении следователя и двух автоматчиков. Такие эпизоды показывают близость ситуации к критической.

В Росздравнадзоре фиксируют снижение объемов ресурсов, выделяемых из региональных бюджетов на льготные лекарства. По итогам 2017 года такая тенденция, в частности, наблюдалась в 26 субъектах РФ. И в отдельных регионах сокращение даже превышало 50%. Кроме того, в ведомстве фиксируют и уменьшение числа льготников по программам лекарственного обеспечения, которым гарантировано получение препаратов. Так, в 2017 году число льготников в целом уменьшилось на 2,2%, а за первый квартал 2018-го – еще на 1,8%. В Орловской, Тульской, Рязанской областях из-за физической недоступности лекарств, отказа в выписке препаратов из программы вышли уже 90% льготников.

Генеральная прокуратура Российской Федерации впервые в марте 2017 года дала данные о количестве нарушений в сфере лекарственного обеспечения: за 2016 год выявлено 15 тысяч нарушений, заведено 7 уголовных дел.

2018 год стал годом завершения выполнения указов Президента Российской Федерации от 2012 года, в частности, и по зарплатам врачей и медицинского персонала. Это потребовало от регионов и учреждений здравоохранения перенаправления ресурсов на зарплаты, в частности, и за счет сферы лекарственного обеспечения. И по сообщениям немалое число учреждений находится на грани банкротства, если бы оно было применимо к социально значимым учреждениям.

Таким образом, даже льготная система лекарственного обеспечения не решает поставленных перед ней проблем: льготники массово монетизируют льготы из-за недоступности необходимых лекарств, власти субъектов Российской Федерации используют любые возможности, чтобы не исполнять обязательства перед льготниками, поскольку стараются сокращать расходы на медицинскую помощь.

Количество граждан, реализовавших право на отказ от набора социальных услуг в части лекарственного обеспечения на 2018 год составило 76% (11 746 596 человек) от общей численности граждан, включенных в Федеральный регистр.

В Брянской, Орловской, Тульской и Рязанской областях данный показатель составил более 90%. Еще в 26 субъектах Российской Федерации отказом от получения набора социальных услуг воспользовались 80% – 90% граждан, что оказывает существенную нагрузку на бюджеты субъектов Российской Федерации, фактически выполняющих вышеуказанные социальные обязательства со стороны государства. Наименьшее количество отказов отмечено в регионах Дальневосточного федерального округа, г. Севастополе (49%), Ненецком автономном округе (26%) и Республике Тыва (49%).

По итогам 2017 года в 26 субъектах Российской Федерации наблюдается снижение объемов затрат региональных бюджетов на льготное лекарственное обеспечение по отношению к 2016 году, наиболее заметное (более 10%) в Калужской (16%), Астраханской (11%), Кировской (18%), Оренбургской (18%) областях, Республиках Башкортостан (12%), Мордовия (25%), Дагестан (34%), Кабардино-Балкарской (54%), Удмуртской (31%) и Чувашской (15%) Республиках, Красноярском (20%) и Алтайском (17%) краях.

Почему лекарства стали недоступны? Потому что право на лекарство стало зависеть от целого ряда условий: есть ли препарат в стандарте (сейчас еще и в клинических рекомендациях), есть ли он в перечнях ЖНВП и перечне согласно Федеральному закону «О государственной социальной помощи» от 17.07.1999 №178-ФЗ) зарегистрирована ли цена на препарат? проведены ли торги именно по тому торговому наименованию и форме выпуска, которое нужно пациенту, а не самое дешевое по МНН? выписал ли врач рецепт? есть ли лекарство в аптеке? То есть существует целый ряд условий, от выполнения которых зависит, получит льготник нужное лекарство или нет. Понятно, что проще отказаться от льготы в натуральной форме.

В 2015-2016 году должны были пройти пилотные проекты по лекарственному обеспечению и возмещению в нескольких регионах, а в 2017 году согласно Стратегии лекарственного обеспечения должно было начаться внедрение эффективных моделей лекарственного обеспечения. По факту, для реализации Стратегии не сделано ничего.

Однако ОНФ незадолго до этого заявил, что 71% опрошенных врачей сообщают о проблемах с лекарствами в стационарах. А в октябре 2018 года «Лига пациентов» направила в Росздравнадзор сообщение с перечнем регионов, откуда поступали жалобы на то, что в стационарах нет лекарств. На конгрессе «Право на лекарство» также звучали сообщения Росздравнадзора о нехватке лекарств в стационарах.

Так же Министр сообщила, что: «более 81 процента перечня занимают отечественные препараты, а из них почти 87 процентов производится по полному циклу, что позволяет гарантировать надёжность и своевременность лекарственного обеспечения».

Такие заявления создают у руководства страны впечатление, что вопрос лекарственной безопасности практически решен, однако это, мягко говоря, не так. Дело в том, что Россия практически совсем не производит сырья для лекарств, а тем более компонентов сырья, а привозит их из других стран. Уже поэтому понятие «полного цикла» является вводящим в заблуждение. А в понятие отечественных лекарств входят и те, что имеют только вторичную упаковку. Россия производит практически только дженерики, качество которых периодически вызывает сомнения. Доля лекарств, созданных из собственного сырья, просто отсутствует в информационном поле. Есть основания полагать, что это всего лишь несколько процентов от всего рынка. Сложно также в публикуемой аналитике найти долю лекарств, которую производят иностранные компании на локализованных производствах. Если говорить о безопасности, то вряд ли Россия может рассчитывать на поддержку иностранных компаний в случае реальных угроз своей безопасности.

Помимо сказанного, существуют десятки системных проблем с регулированием цен и взаимозаменяемостью, с наценками в аптечных сетях, с дистанционной торговлей, с торговлей лекарствами в ритейле, с тем, что лекарство есть в стандарте, но нет в перечне ЖНВЛП, что в целом лекарства из перечня ЖНВЛП пациенты должны покупать сами, за свои деньги, чего в развитых странах уже нет.

Следует отметить при этом, что конституционное право на медицинскую помощь предметно раскрывается через стандарты медицинской помощи (теперь и клинические рекомендации). Согласно ст. 37 Федерального закона № 323 «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» в структуру стандарта входит обеспечение лекарствами. По факту в стандарты первичной медико-санитарной (амбулаторной) помощи действительно входят лекарства. Согласно п.п. 4 и 7 ст. 35 Федерального закона №326 «Об обязательном медицинском страховании в РФ» тариф ОМС рассчитывается на основании стандарта и тоже содержит в себе лекарства. При этом не указана дифференциация – стационарно, амбулаторно или льготно. Таким образом, по закону тарифы ОМС и стандарты являются основой для расчета базовой программы госгарантий, включая в себя лекарства вне зависимости от льгот. А все, чего нет в стандарте, назначается, согласно той же ст. 37 Закона №323-ФЗ по решению врачебной комиссии. Таким образом, уже имеется право на бесплатное лекарство у всех граждан, и система лекарственного страхования уже имеется в ОМС, как имеется и ее неисполнение территориальными фондами ОМС.

Однако количество вопросов требует системных решений, а не только признания указанной правовой цепочки государством. В конце прошлого и начале 2019 года стало ясно, что необходимы системные в сфере лекарственного обеспечения, а не бесконечное латание дыр в нормативных актах и введение новых понятий.

Речь, прежде всего, идет о том, что в России имеется закон об обращении лекарственных средств, но нет закона об обеспечении лекарственными средствами. Это – ключевая проблема последнего десятилетия после принятия Федерального закона Российской Федерации от 12.04.2010 N 61-ФЗ "Об обращении лекарственных средств". Проблемы обращения стали выше проблем обеспечения, когда бюрократическая регуляторика дошла до таких «высот», что лекарства стали недоступны даже по льготам и в стационарах. Вплоть до того, что если, например, на лекарства из ЖНВЛП не зарегистрирована цена, то препарат будет не доступен для пациентов, потому что не может обращаться. Или вообще

зарегистрировать препарат в России можно только по инициативе производителя – как будто он нужен производителю, а не пациентам.

Эта системная проблема подтверждается неутешительной статистикой контрольных мероприятий Росздравнадзора.

По состоянию на 31.12.2017 в центральный аппарат Росздравнадзора поступило 8759 обращений граждан по вопросам лекарственного обеспечения (28% от общего количества обращений).

Большинство обращений затрагивало вопросы отсутствия необходимых лекарственных препаратов в аптечных организациях (56.3%), отказов в выписке рецептов (26.5%) и длительного отсроченного обеспечения (6.9%).

В 2017 году центральным аппаратом Росздравнадзора принято участие в контрольных мероприятиях в 18 субъектах Российской Федерации (Чеченской Республике, Республиках Дагестан, Коми, г.Севастополе, Мурманской, Калужской, Орловской, Курской, Владимирской, Волгоградской, Тверской, Амурской, Смоленской, Рязанской, Брянской, Новосибирской, Тульской и Вологодской областях).

По итогам проверок установлено, что во всех проверенных регионах полномочия, переданные субъектам в соответствии с Федеральным законом от 17.07.1999 № 178-ФЗ, исполняются не в полном объеме, с нарушениями требований законодательства.

Отдельно необходимо отметить ситуацию в Смоленской, Рязанской, Новосибирской областях, г. Севастополе, где по итогам проверок комиссией был сделан вывод о неудовлетворительной реализации в регионах переданных полномочий Российской Федерации по организации лекарственного обеспечения отдельных категорий граждан.

По результатам контрольных мероприятий Росздравнадзора можно отметить, что в подавляющем большинстве случаев выявляемые проблемы с лекарственным обеспечением носят организационный характер. Наиболее часто отмечаются недостатки в логистике лекарственных препаратов, отсутствие единой информационной системы, обеспечивающей взаимодействие органов управления здравоохранением региона, медицинского информационно-аналитического центра, медицинских и фармацевтических организаций, участвующих в лекарственном обеспечении, а также сопровождение рецепта с момента выписки до получения лекарственного препарата пациентом, недостаточный контроль за управлением товарными запасами со стороны органов управления здравоохранения регионов, а также низкая физическая доступность лекарственного обеспечения для жителей удаленных и труднодоступных районов, что в отдельных случаях приводит к невозможности получения своевременной лекарственной помощи пациентами.

Большинство системных недостатков, приведших к сложившейся неблагоприятной ситуации, выявлялись в ходе предыдущих проверок Росздравнадзора, однако надлежащие меры по их устранению приняты не были.

Во всех проверенных регионах в медицинских организациях выявляются случаи отказов в выписке рецептов на лекарственные препараты, назначенные по медицинским показаниям, некорректного составления медицинскими организациями заявки на лекарственные препараты.

В фармацевтических организациях – случаи несвоевременного обеспечения лекарственными препаратами по выписанным рецептам, отказов в постановке на отсроченное обслуживание при отсутствии лекарственных препаратов в аптеке.

Некорректное составление медицинскими организациями заявки на лекарственные препараты, недостаточный контроль за управлением товарными запасами со стороны органов управления здравоохранения субъектов Российской Федерации приводит к формированию неиспользуемых товарных запасов и неэффективному использованию средств федерального бюджета (во всех проверенных регионах).

Списание невостребованных лекарственных препаратов, по причине истечения срока годности, в том числе случаи списания лекарственных препаратов, поставленных в

регионы в рамках реализации постановления Правительства Российской Федерации от 26.12.2011 № 1155, установлены в Рязанской области и г. Севастополе.

Установлены случаи несвоевременного проведения аукционов по закупке лекарственных препаратов в Чеченской Республике, Республике Коми.

В аптечных организациях отмечен ограниченный ассортимент лекарственных препаратов, недостаточный для исполнения заявки медицинских организаций в полном объеме и своевременного получения пациентами лекарственных препаратов по выписанным рецептам (Республики: Дагестан, Коми, Амурская, Владимирская, Калужская, Мурманская, Орловская, Смоленская, Тверская области).

Крайне ограниченный ассортимент наркотических и психотропных лекарственных препаратов по ряду наименований (Республика Коми, Вологодская, Мурманская, Орловская, Тверская области) создает угрозу причинения вреда жизни, здоровью пациентов вследствие неадекватной обезболивающей терапии.

В Смоленской области отмечена низкая доступность лекарственного обеспечения пациентов, в т.ч. в получении наркотических средств льготным категориям граждан.

Низкая доступность обеспечения обезболивающими лекарственными препаратами по льготным рецептам – в отдельных районах отсутствуют пункты отпуска, что приводит к нарушению прав граждан на получение своевременной лекарственной помощи (Мурманская область).

Низкая физическая доступность лекарственной помощи установлена в Республиках: Коми, Чеченской, Мурманской области.

Предоставление органами управления здравоохранением субъектов Российской Федерации недостоверных сведений в части количества выписанных и обслуженных рецептов, а также рецептов, зарегистрированных на отсроченном обеспечении (Чеченская Республика, Амурская, Брянская, Волгоградская, Калужская, Рязанская, Смоленская, Тульская области).

Нарушения в отдельных медицинских организациях в работе врачебных комиссий по оценке качества, обоснованности и эффективности лечебно-диагностических мероприятий. Формальная работа комиссий в части решения вопросов назначения лекарственных препаратов и коррекции лечения, оформления медицинской документации.

Отсутствие эффективного ведомственного контроля со стороны органов управления здравоохранения (во всех проверенных субъектах) при реализации переданных полномочий по организации льготного лекарственного обеспечения за соблюдением прав отдельных категорий граждан на получение государственной социальной помощи.

В 2017 году Росздравнадзором направлено 10 предостережений органам управления здравоохранения Республик: Дагестан, Кабардино-Балкарской, Мордовия, Алтайского, Красноярского краев, Астраханской, Калужской, Кировской, Оренбургской областей, Еврейской автономной области, о необходимости соблюдения обязательных требований нормативных актов в части льготного лекарственного обеспечения.

Территориальными органами Росздравнадзора по субъектам Российской Федерации проведены в 2017 году 678 проверок органов государственной власти субъектов Российской Федерации в рамках контроля за льготным лекарственным обеспечением, из них 39 плановых, 639 внеплановых, на территории 61 региона.

Основное количество внеплановых проверок проведены по причине поступления обращений физических лиц, индивидуальных предпринимателей, юридических лиц с жалобами на нарушение их прав и законных интересов или получения иной информации, свидетельствующей о наличии признаков нарушений – 317 проверок (49,9%).

По результатам проверок выявлены нарушения в 49 органах государственной власти субъектов Российской Федерации из 61 проверенных, что составляет 80%.

Установлены нарушения прав граждан на лекарственное обеспечение за счет средств федерального и/или регионального бюджета в 262 проверках.

Нарушения приказа Минздравсоцразвития России от 29.12.2004 № 328 «Об утверждении порядка предоставления набора социальных услуг отдельным категориям граждан» установлены в 92 проверках, в т.ч. отсутствие выписки рецептов в 27 случаях, а также в 211 случаях необеспеченность пациентов лекарственными препаратами или несвоевременное их обеспечение по выписанным рецептам.

В 10 регионах установлены случаи несвоевременного проведения аукционов по закупке лекарственных препаратов установлены, которые подтверждены в 41 проверке. Отсутствие контроля за определением потребности и составлением заявки на лекарственные препараты, а также использованием закупленных лекарственных препаратов, отмеченные в 29 проверках, приводят к случаям списания лекарственных препаратов по причине истечения срока их годности.

В Липецкой области в результате проведенной плановой проверки в отношении Управления здравоохранения Липецкой области установлены случаи списания в связи с истечением срока годности лекарственных препаратов, закупленных за счет средств федерального бюджета,

В 5 регионах 11 проверками подтверждено недостаточное количество пунктов отпуска лекарственных препаратов, участвующих в реализации льготных программ, в связи с этим не обеспечена доступность лекарственной помощи жителям удаленных и труднодоступных территорий.

Территориальными органами Росздравнадзора, в рамках контроля за соблюдением прав граждан на лекарственное обеспечение за счет средств федерального и/или регионального бюджета, проведены проверки 1374 юридических лиц, из них нарушения выявлены в 795 юридических лицах (57,9%).

Установлены нарушения прав граждан на лекарственное обеспечение за счет средств федерального и/или регионального бюджета в 404 проверках.

Нарушения приказа Минздравсоцразвития России от 29.12.2004 № 328 «Об утверждении порядка предоставления набора социальных услуг отдельным категориям граждан» установлены в 386 проверках, в том числе в 348 случаях установлено отсутствие выписки рецептов на лекарственные препараты при наличии медицинских показаний, в 104 проверках – несвоевременное обеспечение лекарственными препаратами отдельных категорий граждан, имеющих право на получение государственной социальной помощи, по выписанным льготным рецептам (в том числе, зарегистрированным на отсроченном).

По итогам проверок органов государственной власти субъектов Российской Федерации и юридических лиц выданы 1118 предписаний об устранении выявленных нарушений,

Выданы 182 протокола об административных правонарушениях, составленных по итогам проверок соблюдения прав граждан в части лекарственного обеспечения, в т.ч.: 93 протокола (51%) составлены по причине невыполнения предписания в установленный срок (ст.19.5 ч.21 КоАП РФ).

Сухие цифры статистики нарушения прав граждан на лекарственное обеспечение за счет средств федерального и/или регионального бюджета подкрепляются живыми примерами.

ПРИМЕР ИЗ ЖИЗНИ

Курская область

20 декабря 2018 года в Октябрьском районе г. Курска при прокурорской проверке филиала аптеки «Курская фармация» выяснилось, что людям приходилось ждать поставки льготных лекарств несколько месяцев. В аптеке обнаружено 10 рецептов, принятых на так называемое «отсроченное обслуживание» еще в августе и октябре 2018 года. По действующим нормам, лекарства по этим рецептам должны быть выданы в течение 10 дней. Причиной волокиты, по мнению надзорного органа, стала несвоевременная закупка Комитетом здравоохранения Курской области и передача на склад АО «Курская фармация» необходимых лекарственных препаратов.

В курский Центр защиты прав граждан **СПРАВЕДЛИВАЯ РОССИЯ** обратилась за помощью инвалид 1 группы. У женщины серьезное заболевание почек, которое требует постоянного приема лекарств. Все лекарственные препараты женщина получает по льготным рецептам. В конце 2018 года в аптеке сообщили, что закончился препарат «Майфортик». Это лекарство требует постоянного приёма. Одна упаковка стоит 22 000 рублей. Специалисты Центра направили жалобы в Комитет здравоохранения Курской области, а также в Минздрав России. Буквально через несколько дней в аптеке женщине выдали лекарство.

Помимо указанных выше причин несвоевременного обеспечения лекарственными препаратами отдельных категорий граждан, существуют еще причины организационного плана, повторяющиеся в последнее время в течение ряда лет. На это жалуются, прежде всего, организации, ответственные за непосредственное снабжение граждан льготными лекарственными средствами – государственные фармации.

Причины следующие. 1) Заказчики (как правило, региональные минздравы и департаменты здравоохранения) закупают лекарственные средства по Федеральному закону №44-ФЗ. Для этого они должны разместить всю информацию в Интернете (планы закупок, планы-графики, сами лоты) на общем сайте zakupki.gov.ru. Три года подряд для заказчиков как по Федеральному закону №44-ФЗ, так и по Федеральному закону №223-ФЗ этот сайт не работает в нормальном режиме в конце года, как правило, уже с ноября-декабря. Администраторы сайта объясняют это тем, что идут различные усовершенствования, изменения в программе сайта и др. Однако, эти работы затягиваются минимум до февраля следующего года, что затрудняет размещение лотов, а значит своевременность поставок товара практически по всей территории Российской Федерации.

2) Финансовые средства доводятся до регионов тоже в декабре, зачастую в последних числах. При этом регионы должны узаконить эти финансы на заседаниях местных законодательных собраний, а потом уже внести в бюджет своих регионов и подписать у губернаторов. Это тоже время, которое отсрочивает размещение документации на сайте в Интернете. Часть территорий сознательно идут на нарушения и размещают документацию раньше, чем узаконят федеральные деньги. Минздравы вынуждены принимать такое «не законное» решение, несмотря, что при проверках их точно накажет прокуратура или счетная палата (денежные штрафы и административные взыскания), но зато будут лекарства для обеспечения льготников своих регионов.

СПРАВЕДЛИВАЯ РОССИЯ считает необходимым: 1. Направлять финансы от федеральных ведомств на закупку товара на следующий год для федеральных льготников в регионы не позднее сентября текущего года. 2. Законодательно разрешить регионам закупать лекарственные средства для обеспечения федеральных льготников в следующем году в 4 квартале текущего года хотя бы на сумму 50% от суммы прошлогоднего финансирования.

О доступности наркотических и сильнодействующих лекарственных препаратов.

Обращение наркотических средств и психотропных веществ списка 2 – это фактически не конкурентные товарные рынки на всей территории Российской Федерации. Это происходит потому, что в каждом регионе соответствующую лицензию имеет только одно государственное унитарное предприятие, производитель в Российской Федерации тоже один – Московский эндокринный завод. Проводимые заказчиками аукционы являются по своей сути профанацией, потому что в любом случае всегда только один участник аукционов и он же победитель, с кем заключаются государственные контракты в регионе. Удлинение срока по любой причине от размещения планов-графиков до поставки наркотических средств и психотропных веществ списка 2 негативно отражается на оказании своевременной помощи таким больным.

СПРАВЕДЛИВАЯ РОССИЯ считает необходимым внести изменения в Федеральный

закон №44-ФЗ в части наделения Заказчика правом проводить закупку наркотических средств, психотропных веществ и их прекурсоров списка 2 у единственного поставщика в рамках выделенных квот и планом распределения Минпромторга России на свой регион, независимо от начальной максимальной цены контракта.

К сожалению, остается напряженной ситуация с обеспечением граждан лекарственными препаратами, предназначенными для лечения больных злокачественными новообразованиями лимфоидной, кроветворной и родственных им тканей, гемофилией, муковисцидозом, гипофизарным нанизмом, болезнью Гоше, рассеянным склерозом, а также после трансплантации органов и (или) тканей.

В 73 субъектах Российской Федерации из бюджетов субъектов Российской Федерации выделены финансовые средства на софинансирование лекарственного обеспечения граждан, страдающих такими болезнями. Однако в 12 субъектах Российской Федерации финансирование осуществлялось только за счёт средств федерального бюджета (Республики Дагестан, Ингушетия, Крым, Хакасия, Камчатский, Краснодарский края, Сахалинская, Смоленская, Ульяновская области, Чукотский автономный округ, г. Севастополь, г. Москва).

Размер финансовых средств, выделенных субъектами Российской Федерации в качестве софинансирования, в 2017 году составлял:

- 0,1-10% – в 40 субъектах Российской Федерации (Республики Адыгея, Башкортостан, Бурятия, Кабардино-Балкарская, Карелия, Калмыкия, Марий Эл, Мордовия, Северная Осетия-Алания, Тыва, Чеченская, Чувашская, Алтайский, Ставропольский края, Архангельская, Брянская, Вологодская, Волгоградская, Воронежская, Ивановская, Калининградская, Кировская, Кемеровская, Курганская, Курская, Липецкая, Мурманская, Новгородская, Новосибирская, Оренбургская, Орловская, Пензенская, Псковская, Ростовская, Самарская, Свердловская, Тверская, Челябинская, Ярославская, Еврейская автономная области);
- 11-50% – в 23 субъектах Российской Федерации (Республики Алтай, Карачаево-Черкесская, Татарстан, Удмуртия, Забайкальский, Красноярский, Приморский, Хабаровский края, Амурская, Астраханская, Белгородская, Владимирская, Иркутская, Калужская, Костромская, Магаданская, Рязанская, Саратовская, Тамбовская, Томская, Тульская области, Ханты-Мансийский автономный округ – Югра, г. Санкт-Петербург);
- более 51% – в 10 субъектах Российской Федерации (Республики Коми, Саха (Якутия), Ленинградская, Московская, Нижегородская, Омская, Пермская, Тюменская области, Ненецкий, Ямало-Ненецкий автономные округа).

Все вышеуказанные нюансы закупок, финансирования, распределения не должны касаться больного человека и создавать ему еще больший дискомфорт, порой приводя к угрозе жизни. Система должна быть построена по принципу «одного окна», и это окно должно быть у врача, а вся система взаимодействия организаций, споров и пр. должна оставаться за окном, не видимой для пациента, и не перекладываться на его плечи. Для этого следует разработать иные механизмы финансирования и поставок лекарственных средств, возможно централизации закупок на федеральном уровне и распределения через систему государственных фармаций, минуя зависимость и облегчая нагрузку на бюджет субъекта Российской Федерации.

Перечень ЖНВЛП должен автоматически включать в себя лекарства из стандартов и клинических рекомендаций, иначе они не могут быть выполнены, как это происходит сейчас. При этом указанные документы должны содержать современные способы лечения и лекарства, и обновляться не реже, чем один раз в три года, а в случае создания «прорывных технологий» – сразу же после их регистрации в любой стране мира. Как и сейчас, в случае отсутствия стандарта (клинических рекомендаций) или отсутствия лекарства в стандарте (или КР), оно должно быть доступно через решение врачебной комиссии. При этом решение врачебной

комиссии не может противоречить современным достижениям медицины и решениям врачебной комиссии федеральных научных центров при их наличии.

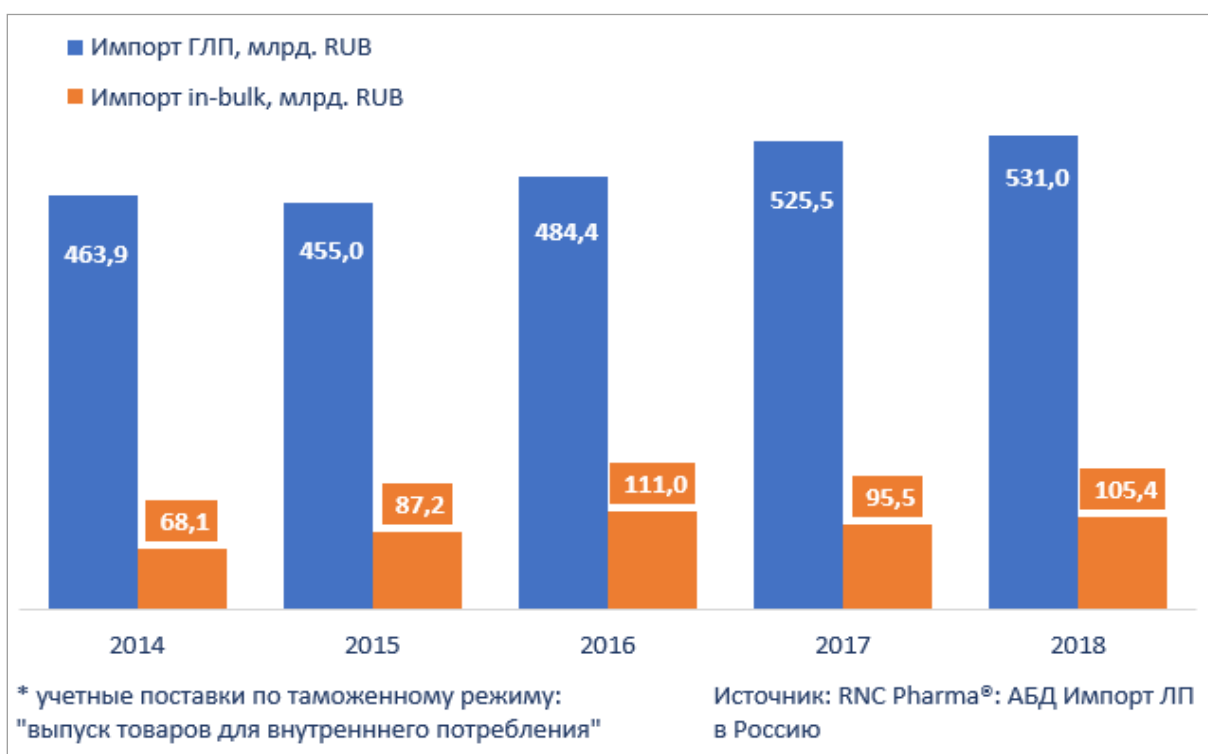
Поскольку Конституция Российской Федерации гарантирует гражданам бесплатную медицинскую помощь в государственных и муниципальных учреждениях здравоохранения, которая невозможна без лекарств, то монетизировать это право нельзя – оно все равно должно быть реализовано. Это требует отмены программы монетизации льгот, и требует реализации конституционного права граждан на лекарство в полном объеме. При этом денежная поддержка государством малоимущих слоев населения приветствуется вне зависимости от обязательств по лекарственному обеспечению, но связывать эти программы нельзя.

Необходима не столько уголовная, сколько административная ответственность за нарушение прав на лекарственное обеспечение, как для юридических, так и для физических лиц. Уголовная ответственность должна следовать за бюрократические препоны и фальсификацию лекарств.

Импорт ЛС

Общий объем ввезённых в нашу страну готовых лекарственных препаратов по итогам 2018 г. составил 531 млрд. руб. (в ценах выпуска в свободное обращение), это всего на 1,1% больше, чем годом ранее, при проведении расчётов в рублях. Динамика импорта in-bulk (субстанций) оказалась заметно лучше, здесь поставщики продемонстрировали +10,3%, а общий объем отгруженной продукции достиг 105,4 млрд. руб. Несмотря на внушительные темпы роста это существенно меньше объемов поставок в 2016 г., тогда объём импорта нерасфасованных лекарственных препаратов в нашу страну достиг рекордных 111 млрд. руб.

Диаграмма: Динамика объемов импорта ЛП (включая гомеопатию и препараты морской воды, зарегистрированные в качестве лекарственных препаратов) в Россию за период январь 2017–2018 гг., цены выпуска в свободное обращение (включая таможенную очистку и НДС), RUB



Натуральный объём поставок готовых лекарственных препаратов в нашу страну в прошлом году составил 1,87 млрд. упак., это на 7,7% меньше, чем годом ранее. Заметно сократился и объём импорта нерасфасованных лекарственных препаратов, здесь по итогам года фиксируем -5%, всего за год было ввезено порядка 4 млрд. минимальных единиц дозирования (далее МЕД) продукции in-bulk. Общий объём импорта в 2018 г. составил 38,5 млрд. МЕД, это на 5,3% меньше, чем по итогам 2017 г.

Собственно итоги декабря 2018 г. по поставкам ГЛП кардинально от среднегодовых результатов не отличались. Прирост денежного объёма (в рублях) составил 5,2%, но натуральная динамика (в упаковках) из отрицательной зоны выбраться не смогла -1,8%. Показатели по in-bulk демонстрируют -20% в рублях и практически -27% в МЕД.

В конце 2019 года под инициативой о введении закона о лекарственном обеспечении собрано более 200 тысяч подписей. По мнению инициаторов закон должен содержать не только правила обращения лекарств, как сейчас, но и механизмы получения их пациентами амбулаторно, включая:

- назначение и получение пациентом необходимых лекарств без условий в виде перечней, стандартов и клинических рекомендаций в случае обоснованной необходимости выйти за их пределы, что не отменяет все указанные документы, но корректирует их значимость;
- право врача выписывать то лекарство, которое он считает необходимым, что означает право на подбор терапии и ответственность за нее, а также означает право выписки рецепта по торговому наименованию в рамках референтной цены, применение которой является необходимым для сдерживания роста расходов государства, и при наличии права пациента приобрести более дорогое лекарство в рамках назначенного МНН с доплатой сверх референтной цены за счет собственных средств. При этом необходима административная ответственность с высокими штрафами за выявление сговоров врачей с фармкомпаниями (также статьи УК РФ о взятках и даче взяток не отменены) и создание государством системы информирования врачей о создании и действии новых лекарств или новых свойств лекарств, не зависимой от влияния фармацевтических компаний;
- определение взаимозаменяемости лекарств только врачом для конкретного пациента с целью подбора наиболее эффективной терапии. При этом повышение цены выше референтной врач должен обосновать отдельно. Терапия, которая подходит пациенту, не может меняться чаще, чем один раз в год. Для детей подходящая терапия не должна меняться;
- механизм выявления в других странах и в России новых технологий и лекарств, оценку соотношения их стоимости, эффективности и безопасности, помимо существующего процесса стандартизации, и механизм их внедрения в России. Возможно, что частью этого механизма должно стать создание государственного агентства новых медицинских технологий;
- механизмы взаиморасчетов, хранения, транспортировки и доставки лекарств до пациента, включая использование возможностей аптек. Указанные механизмы должны иметь «запасную систему» обеспечения на случай сбоя основного механизма;
- регистрацию лекарств в Государственном Реестре Лекарственных Средств в интересах пациентов, а не только производителей;
- мониторинг эффективности и безопасности применения дженериков в течение трех лет после регистрации с обязательной подачей сведений от ЛПУ в Росздравнадзор о воздействии на пациента (пострегистрационные исследования) и публикацией обобщенных ежегодных результатов для сведения общества;
- мониторинг и ответственность за нарушение прав на лекарственное обеспечение.

6.2. ОБЕСПЕЧЕНИЕ БЕЗОПАСНЫМИ МЕДИЦИНСКИМИ ИЗДЕЛИЯМИ

Ситуация с обеспечением населения качественными медицинскими изделиями, к сожалению, так же оставляет желать лучшего. В 2017 году количество сообщений о неблагоприятных событиях, связанных с применением медицинских изделий, возросло на 28%.

Центральным аппаратом Росздравнадзора проведено 87 проверок, территориальными органами Росздравнадзора проведено 5124 проверки.

В ходе осуществления государственного контроля за обращением медицинских изделий Росздравнадзором выявляются типичные нарушения, характерные для различных субъектов обращения медицинских изделий:

- производство и реализация недоброкачественной продукции;
- производство и реализация незарегистрированных медицинских изделий;
- осуществление производства медицинских изделий не в соответствии с технической и (или) эксплуатационной документацией, разработанной производителем;
- производство медицинских изделий без соответствующей лицензии;
- изменение места нахождения и места производства без уведомления Росздравнадзора и внесения соответствующих изменений в регистрационное удостоверение.

В частности у поставщиков медицинских изделий чаще наблюдается:

- реализация незарегистрированных и недоброкачественных медицинских изделий;
- нарушение маркировки (отсутствие наименования и инструкции на русском языке и пр.);
- распространение недостоверной информации о решениях Росздравнадзора, самовольная трактовка решений Росздравнадзора, несообщение в территориальные органы Росздравнадзора о выявлении в обращении медицинских изделий, не соответствующих установленных требованиям;

а у медицинских организаций:

- применение незарегистрированных и недоброкачественных медицинских изделий;
- несвоевременное техническое обслуживание и поверка медицинских изделий;
- хранение и применение медицинских изделий с истекшим сроком годности;
- несообщение в территориальные органы Росздравнадзора о выявлении в обращении медицинских изделий, не соответствующих установленным требованиям.

Проведение мониторинга безопасности медицинских изделий:

В 2017 году поступило 867 сообщений о нежелательном событии (инциденте)/риске инцидента при применении медицинского изделия, из них:

- со смертельным исходом – 12 (из них: 8 на территории Российской Федерации, 4 – за рубежом);
- с угрозой жизни и здоровью – 229;
- связаны с применением медицинских изделий отечественного производства – 156;
- связаны с медицинскими изделиями зарубежного производства – 711.

Диаграмма. Сведения о поступивших сообщениях о неблагоприятных событиях за 2013 – 2017 гг.

Основными проблемами безопасности медицинских изделий, выявленными в 2017 году, являлись: некорректное функционирование; нарушение режима изготовления, целостности упаковки или режима хранения; техническая неисправность; ошибка применения; нарушение функции приборов для контроля лабораторных показателей пациентов/диагностических тест-систем; проблемы, связанные с функционированием программного обеспечения; нарушение стерильности медицинских изделий. Ряд из обозначенных проблем могут привести к тяжелым последствиям при применении таких медицинских изделий, особенно у больного человека. Но их можно минимизировать – для этого, СПРАВЕДЛИВАЯ РОССИЯ считает необходимым проводить периодическое обучение с упором на выявление при поставках медицинских изделий недоброкачественных медицинских изделий с привлечением компетентных сотрудников территориальных управлений Росздравнадзора, производителей медицинских изделий и ввести личную ответственность сотрудников медицинских организаций, осуществляющих прием медицинских изделий у поставщика.

7. КАДРОВОЕ ОБЕСПЕЧЕНИЕ СИСТЕМЫ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

7.1. ТЕКУЩАЯ СИТУАЦИЯ С КАДРОВЫМ ОБЕСПЕЧЕНИЕМ

Кадровое обеспечение системы здравоохранения остается одной из актуальных проблем отрасли, которая связана как с дефицитом врачей и средних медицинских работников по ряду специальностей, так и со сформировавшимися диспропорциями в обеспеченности медицинскими кадрами медицинских организаций, оказывающих стационарную и амбулаторно-поликлиническую помощь. По-прежнему наблюдается дисбаланс врачей-специалистов и врачей участковой службы в первичном звене; а также в обеспеченности медицинскими кадрами в сельской местности, поселках городского типа и в малых городах.

По сведениям Минздрава России, в 2017 г. в медицинских организациях Российской Федерации работало 548 414 врачей и 1 266 181 средний медицинский работник, из которых оказывали медицинскую помощь в амбулаторных условиях 303 359 врачей (55,3 % от общей численности врачей) и 571 397 средних медицинских работников (45,1 % от общей численности средних медицинских работников).

Из общей численности врачей, работающих в поликлиниках, 207 021 (68,2 %) врач-специалист клинических специальностей (из них 72 817 (35,2 %) участковых врачей), 32 470 (10,7 %) врачей диагностических специальностей и 8 449 (2,8 %) руководителей.

Первичную медико-санитарную помощь оказывают 34 929 врачей терапевтов участковых, 26 842 врача-педиатра участкового и 11 046 врачей общей практики (семейных врачей), а также 40 686 медицинских сестер врачей-терапевтов участковых, 29 332 медицинские сестры врачей-педиатров участковых и 13 540 медицинских сестер врачей общей практики (семейных врачей).

По сравнению с 2015 г. незначительно увеличилась численность врачей в поликлиниках (2 830 человек или +0,9 %), врачей-педиатров участковых (+910 человек, +3,5 %), врачей клинических специальностей (+3 031 человек, + 1,5 %), врачей диагностических специальностей (+525 человек, +1,6 %).

Из врачей дефицитных специальностей увеличилась численность врачей-онкологов (взрослых и детских) (+250 человек, +7,6 %), врачей рентгенологов (+201 человек, +2,6 %), врачей-кардиологов (взрослых и детских) (+108 человек, +2,4 %) и незначительно врачей – психиатров (+13 человек, +0,3 %).

Однако за этот же период сократилась численность врачей-терапевтов участковых (-513 человек, -1,4 %), медицинских сестер врачей-терапевтов участковых (-1 172 человека, -2,8 %), медицинских сестер врачей педиатров участковых (-15 человек, -0,1 %), медицинских сестер врачей общей практики (семейных врачей) (-406 человек, -2,9 %).

Укомплектованность штатных врачебных должностей в поликлиниках в целом, в 2017 г. составила 84,8 % при коэффициенте совместительства 1,28.

Штатные должности врачей-терапевтов участковых укомплектованы на 86,3 % при коэффициенте совместительства 1,13; врачей-педиатров участковых – на 93,0 % при коэффициенте совместительства 1,1, врачей общей практики (семейных врачей) – на 83,7 % при коэффициенте совместительства 1,13.

Цифры статистики подтверждает информация с регионов.

ПРИМЕР ИЗ ЖИЗНИ***Калужская область***

Разработан региональный проект по борьбе с сердечно-сосудистыми заболеваниями. Основной риск при его реализации – кадровый дефицит. В настоящее время, специалисты оказывающие профильную помощь (врачи кардиологи, невропатологи, анестезиологи-реаниматологи, сердечно-сосудистые и рентгенэндоваскулярные хирурги, врачи ультразвуковой, функциональной, МРТ и рентгендиагностики) являются наиболее востребованными среди медицинских специальностей.

В Калужской области не хватает около 260-270 врачей данных специальностей с учетом организации их круглосуточной работы и введением дополнительных штатов в соответствии с порядками оказания помощи. В настоящее время в области открыто 102 вакансии по этим специальностям. Даже флагман выполнения программы по оказанию сердечно-сосудистой помощи – РЦС ГБУЗ КОКБ – имеет вакантные ставки этих врачебных специальностей. Профессиональная подготовка данных специалистов требует длительного времени (обучение в институте – 6 лет, ординатура – 2 года, наработка практического опыта и становление специалиста – 2-3 года).

Ненецкий автономный округ

По данным статистической отчетности, в учреждениях здравоохранения Ненецкого автономного округа работает 182 врача и 505 среднего медицинского персонала. Обеспеченность врачебными кадрами в целом по региону составляет 43,6 на 10 тыс. населения, укомплектованность – 70,1%, коэффициент совместительства – 1,4. Обеспеченность средними медицинскими работниками составляет 114,7 на 10 тыс. населения, укомплектованность – 73,5%, коэффициент совместительства – 1,3.

В поликлиниках, расположенных в сельской местности, работают 39 500 врачей и 125 201 средний медицинский работник. Укомплектованность штатных врачебных должностей в 2017 г. составила 85,0 % (в 2015 г. – 86,3 %) при коэффициенте совместительства 1,2 (в 2015 г. – 1,2); укомплектованность штатных должностей средних медицинских работников составила 89,3 % (в 2015 г. – 91,8 %) при коэффициенте совместительства 1,08 (в 2015 г. – 1,08).

По сравнению с 2015 г. численность врачей в поликлиниках, расположенных в сельской местности, увеличилась на 1 078 человек (+2,8 %), а численность средних медицинских работников сократилась на 3 290 человек (-2,6 %).

На фельдшерско-акушерских и фельдшерских пунктах (далее – ФАП и ФП) медицинскую помощь оказывают 35 312 средних медицинских работников, в том числе 21 999 фельдшеров, 3 993 акушерки и 9 320 медицинских сестер. По сравнению с 2015 г. численность средних медицинских работников на ФАП и ФП сократилась на 2 657 человек (-7 %), в том числе фельдшеров на 1 304 человека (-5,6 %), акушерок на 661 человека (-14,2 %) и медицинских сестер на 692 человека (-6,9 %), что связано с сокращением числа ФЛП (-435; -1,3 %) и незначительным увеличением числа ФП (+51; +2,4 %).

Численность ФАПов в среднем по России с 2005 года сократилась на 8380 или на 20%, а в Северо – Кавказском федеральном округе она упала еще больше – на 44%.

ПРИМЕРЫ ИЗ ЖИЗНИ.***Владимирская область***

Не хватает 30% участковых терапевтов и 10% участковых педиатров. Во многих регионах две трети участковых врачей составляют люди предпенсионного и пенсионного возраста. Если им на смену через 5-10 лет не придут молодые врачи, работа участковой службы будет необратимо деградировать.

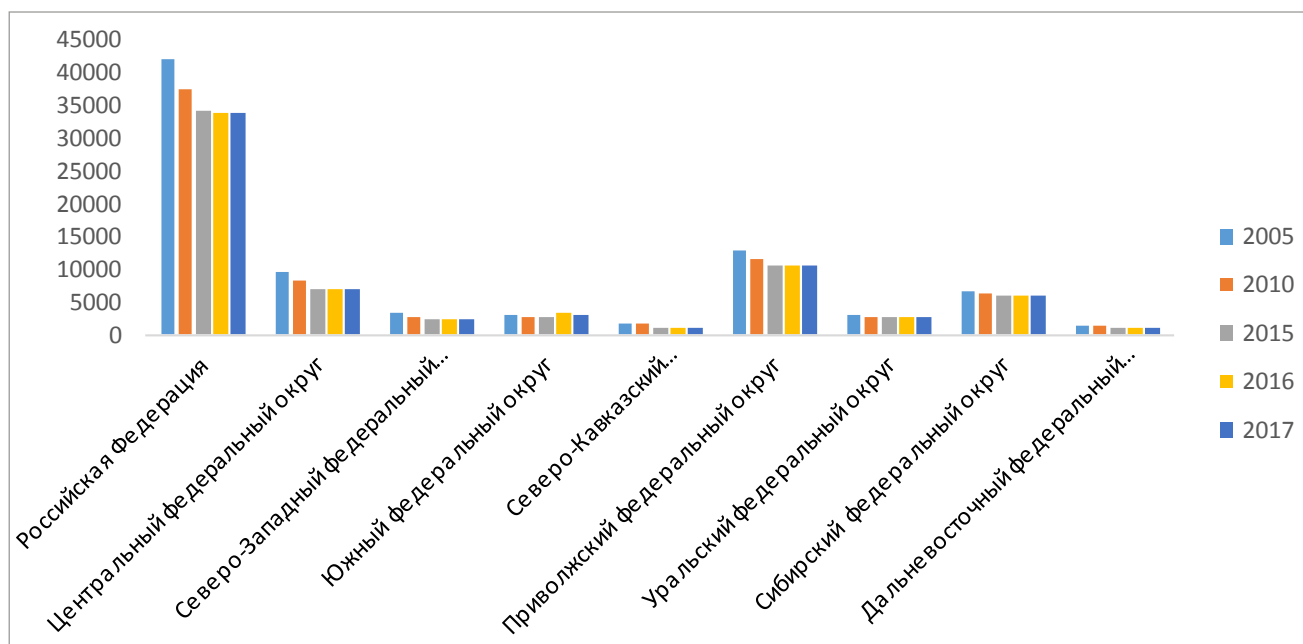
Кадровый дефицит наиболее заметен среди участковых терапевтов. В Собинской ЦРБ из 20 участков в 11 – вакансии терапевтов. В Вязниковской ЦРБ укомплектованность врачами составляет 55%, медсестрами и фельдшерами – 45%, а средний возраст всего медицинского персонала – около 58 лет. В больнице в г. Курлово Гусь-Хрустального района работает только 7 врачей при 27 ставках. При направлении к специалистам в больницу г. Гусь-Хрустальный записаться можно не раньше, чем через месяц.

Ярославская область

Дефицит медицинских кадров в целом по области составляет 300 врачей, 350 средних медицинских работников, в первую очередь, в первичном звене. При этом обеспеченность врачами превышает показатели по РФ и ЦФО.

Таблица. Фельдшерско-акушерские пункты

СУБЪЕКТЫ ФЕДЕРАЦИИ	Фельдшерско-акушерские пункты				
	2005	2010	2015	2016	2017
Российская Федерация	42164	37591	34219	33979	33784
Центральный федеральный округ	9705	8266	7139	7109	7085
Северо-Западный федеральный округ	3338	2662	2335	2293	2261
Южный федеральный округ	3095	2903	2793	3308	3195
Северо-Кавказский федеральный округ	1771	1734	989	979	993
Приволжский федеральный округ	13065	11617	10607	10521	10498
Уральский федеральный округ	3181	2839	2614	2600	2602
Сибирский федеральный округ	6774	6261	5965	5917	5898
Дальневосточный федеральный округ	1426	1309	1254	1252	1252



В 2017 г. органы исполнительной власти субъектов Российской Федерации в сфере здравоохранения произвели расчет дефицита врачей и средних медицинских работников в соответствии с методиками, утвержденными приказами Министерства здравоохранения Российской Федерации. Дефицит медицинских работников в поликлиниках составил 27 140 врачей и 11 875 средних медицинских работников.

ПРИМЕР ИЗ ЖИЗНИ:***Кемеровская область***

С 2011 года в системе здравоохранения области отмечается ежегодное снижение числа врачебного и среднего медицинского персонала, как в амбулаторно-поликлинической службе, так и в стационарах городских и сельских поселений. В 2018 году в здравоохранении области работали 9 227 врачей и 23 702 средних медицинских работника. По предварительным данным, в прошлом году в медицинские организации прибыло 899 врачей (из них только 89 выпускников), 2 184 средних медицинских работника (из них 244 выпускника). Дефицит медицинских кадров составляет почти 40%.

В настоящее время подготовка специалистов с высшим медицинским и фармацевтическим образованием по всему спектру специальностей группы «Здравоохранение и медицинские науки» в Российской Федерации осуществляется в 46 образовательных и 43 научных организациях Минздрава России, 46 образовательных организациях Минобрнауки России, 2 образовательных организациях Правительства Российской Федерации, 4 Минспорта России, 3 образовательных организациях субъектов Российской Федерации, 3 негосударственных образовательных организациях, 30 научных организациях иной ведомственной принадлежности.

Квота целевого приема на обучение по медицинским и фармацевтическим специальностям, устанавливаемая Министерством здравоохранения Российской Федерации, подведомственным вузам, ежегодно составляет более 50%, а в ряде вузов по результатам зачисления по отдельным специальностям она достигала 80 %. Количество мест целевого приема в вузы определяется в каждом субъекте Российской Федерации в зависимости от конкретной кадровой потребности на местах, выявляемой при помощи Федерального регистра медицинских работников.

В 2018 году контрольные цифры приема в ординатуру в подведомственных Минздраву России организациях составили 9063 места, что на 2943 места или 48 % больше, чем в 2016 году. Квота целевого приема по программам ординатуры составила 61,2 % , что на 22,3 % выше, чем в 2016 году.

В целях повышения доступности медицинской помощи сельскому населению и повышения укомплектованности медицинских организаций, расположенных в сельской местности, с 2012 г. осуществляются единовременные компенсационные выплаты медицинским работникам в возрасте до 50 лет, имеющим высшее образование, прибывшим или переехавшим на работу в сельский населенный пункт, рабочий поселок, поселок городского типа и заключившим договор с уполномоченным органом исполнительной власти субъекта Российской Федерации – программа «Земский доктор».

Начиная с 2018 г. финансовые средства на реализацию программы «Земский доктор» в объеме 3,1 млрд. руб. предусмотрены в федеральном бюджете на 2018 год и на плановый период 2019 и 2020.

В 2018 г. единовременные компенсационные выплаты предоставляются в размере 1 млн. рублей для врачей и 0,5 млн. рублей для фельдшеров в возрасте до 50 лет, прибывшим (переехавшим) на работу в сельские населенные пункты, либо рабочие поселки, либо поселки городского типа, либо города с населением до 50 тыс., человек.

В 2018 году по Российской Федерации запланировано принять на работу 4 791 врача и 1 653 фельдшера.

По состоянию на 01.10.2018 г. единовременные компенсационные выплаты (далее – ВКВ) получили 1 092 врача и 321 фельдшер.

С 2013 года во всех субъектах Российской Федерации реализуются программы по поэтапному устранению дефицита медицинских кадров, содержащие дифференцированные меры социальной поддержки медицинских работников, в первую очередь наиболее дефицитных специальностей. Однако их эффективность оставляет желать лучшего.

ПРИМЕРЫ ИЗ ЖИЗНИ***Иркутская область***

Дефицит врачебных кадров составляет 36%. Сохраняется высокий коэффициент совместительства (по врачам – 1,66; по среднему медицинскому персоналу – 1,45). Одна из причин кадрового дефицита первичного медицинского звена – отсутствие жилья.

Челябинская область

На данный момент дефицит врачебных кадров в Челябинской области составляет 3729 человек. Нехватка педиатров составляет – 351 человек, терапевтов – 853, психиатров – 109, травматологов-ортопедов – 114, онкологов – 52, хирургов – 140, оториноларингологов – 87, врачей общей практики – 95.

Следует отметить, что дефицит кадров отражается и на медицинском персонале учреждений. Некоторые врачи вынуждены помимо своей основной специализации осваивать и другие специальности. Например, в г. Карабаш врач-хирург ведет прием пациентов с онкологическими заболеваниями, он же является и урологом, и зав. отделением хирургии больницы.

В 2017 году на реализацию мероприятий по социальной поддержке медицинских работников было направлено 138 402,7 млн. руб.

Однако, несмотря на принимаемые меры, не удалось остановить снижение численности средних медицинских работников, в том числе работающих в сельской местности, а также в ФАП и ФП.

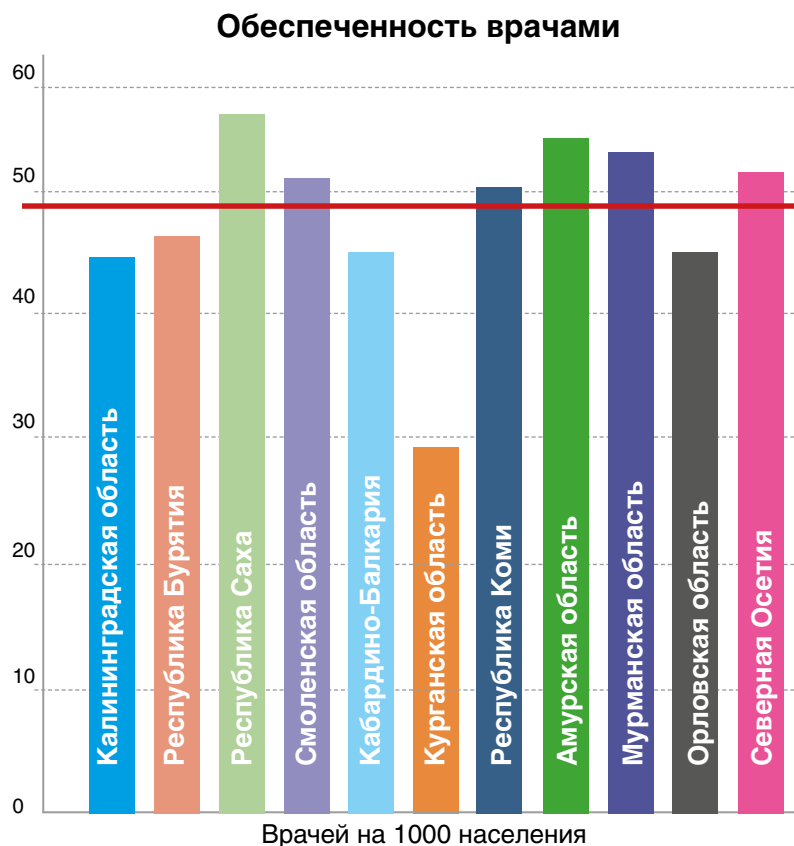
В настоящее время в 52 субъектах Российской Федерации реализуется приоритетный проект «Создание новой модели медицинской организации, оказывающей первичную медико-санитарную помощь».

Цель проекта – пациент-ориентированная медицинская организация, отличительными признаками которой являются доброжелательное отношение к пациенту, отсутствие очередей за счет правильной организации процессов и работы персонала, качественное оказание медицинской помощи, приоритет профилактических мероприятий в первичном звене здравоохранения. В 2018 году в проекте участвуют более 2,2 тыс., поликлиник.

ПРИМЕР ИЗ ЖИЗНИ:***Курганская область***

Количество врачей на 10 тыс. населения составляло 29,3. Это 84-я позиция в России из 85. Ниже только Чеченская республика (28,1). Предпринимаемые и дорогостоящие усилия не дают результата. В 2010 году в Курганской области было 2,7 тыс. врачей, в 2016 – 2,5. Даже в областном центре массово в качестве участковых работают не врачи, а фельдшеры. В качестве частной иллюстрации можно указать ситуацию в Курганской горбольнице, где в эндокринологическом отделении работает один эндокринолог. Ожидание в очереди к некоторым специалистам длится месяцы. Согласно официальным данным с 2015 года в регион прибыло 895 врачей, убыло – 1003 врача. Дефицит высококвалифицированных медицинских кадров означает, в частности, что не может надлежащим образом использоваться и высокотехнологичное оборудование. Одна из причина крайнего дефицита врачей – отсутствие их подготовки в области.

Слайд. Обеспеченность врачами в разрезе субъектов Российской Федерации.



ПРИМЕР ИЗ ЖИЗНИ

Забайкальский край

Ситуация в сфере здравоохранения Забайкальского края на протяжении нескольких лет характеризуется как стабильно тяжелая. Общий объем недофинансирования медицины в 2018 году составил 3,8 млрд. рублей, а кредиторская задолженность медицинских учреждений достигла отметки в 450 млн. рублей. Недофинансирование связано с острым дефицитом регионального бюджета, а рост кредиторской задолженности, по словам бывшего министра здравоохранения края С.О. Давыдова связан с исполнением «майских указов» Президента Российской Федерации. Дефицит финансирования достиг 75%, в связи с чем, региональный Минздрав вынужден проводить оптимизацию и корректировать штатное расписание.

В начале 2019 года средняя заработная плата врачей составляла – 63 771 рубль, средняя заработная плата медицинского персонала – 31 700 рублей, что по информации Министерства здравоохранения, соответствует целевым показателям. Рост заработной платы достиг показателей 200% и 100% соответственно, но при этом показатели достигаются за счет увеличения нагрузки на одного специалиста. Так, средняя заработная плата, указанная в отчетах регионального Минздрава достигается при нагрузке в 1,4 ставки. Данная проблема была озвучена на круглом столе, посвященном проблемам здравоохранения 13 декабря 2018 года, а первопричиной проблемы названо отсутствие денежных средств в региональной системе здравоохранения.

По официальной информации Министерства здравоохранения Забайкальского края в регионе возник дисбаланс по укомплектованности персоналом районных больниц и ФАПов. В муниципальных образованиях, где в наличии имеется образовательное учрежде-

ние с медицинским уклоном число работающих специалистов, в отличие от других районов, может превышать несколько раз. При этом, на предложение о переезде на работу в иной район, граждане чаще всего отказываются, поскольку в большинстве случаев отсутствуют элементарные условия для проживания.

На сегодняшний день по информации Министерства здравоохранения в регионе насчитывается 100 ФАПов без медицинского персонала, к тому же за 6 лет планируется построить еще 121 пункт. Проблема заключается в том, что в такие структурные подразделения молодые специалисты не спешат приезжать, поскольку в большинстве случаев они находятся в небольших и отдаленных сельских поселениях. Проблема частично решается через региональную программу «Сельский доктор», но эффективность находится на низком уровне. Причина – человеческий фактор. На конец 2018 года в первое звено медицинских учреждений требовалось более 400 специалистов.

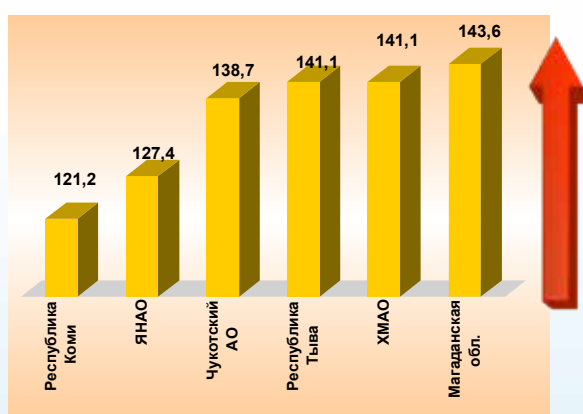
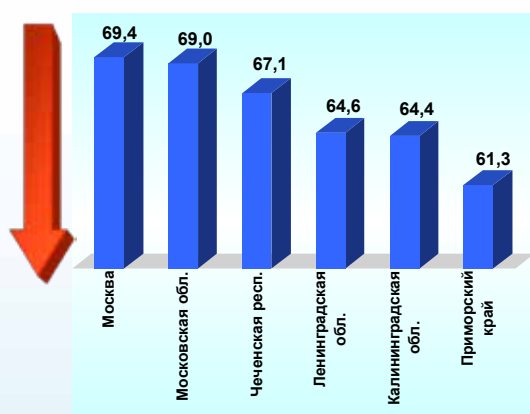
На слайдах ниже Центрального НИИ организации и информатизации здравоохранения наглядно представлена негативная динамика обеспеченности врачами и средним медицинским персоналом.

Слайд. Обеспеченность средним медицинским персоналом.

Обеспеченность средним медицинским персоналом – 86,2 на 10 тыс.нас. (2017 г.)

Самая **низкая** обеспеченность (менее 70 человек среднего медицинского персонала на 10 тысяч населения):

Самая **высокая** обеспеченность (более 120 человек среднего медицинского персонала на 10 тысяч населения):

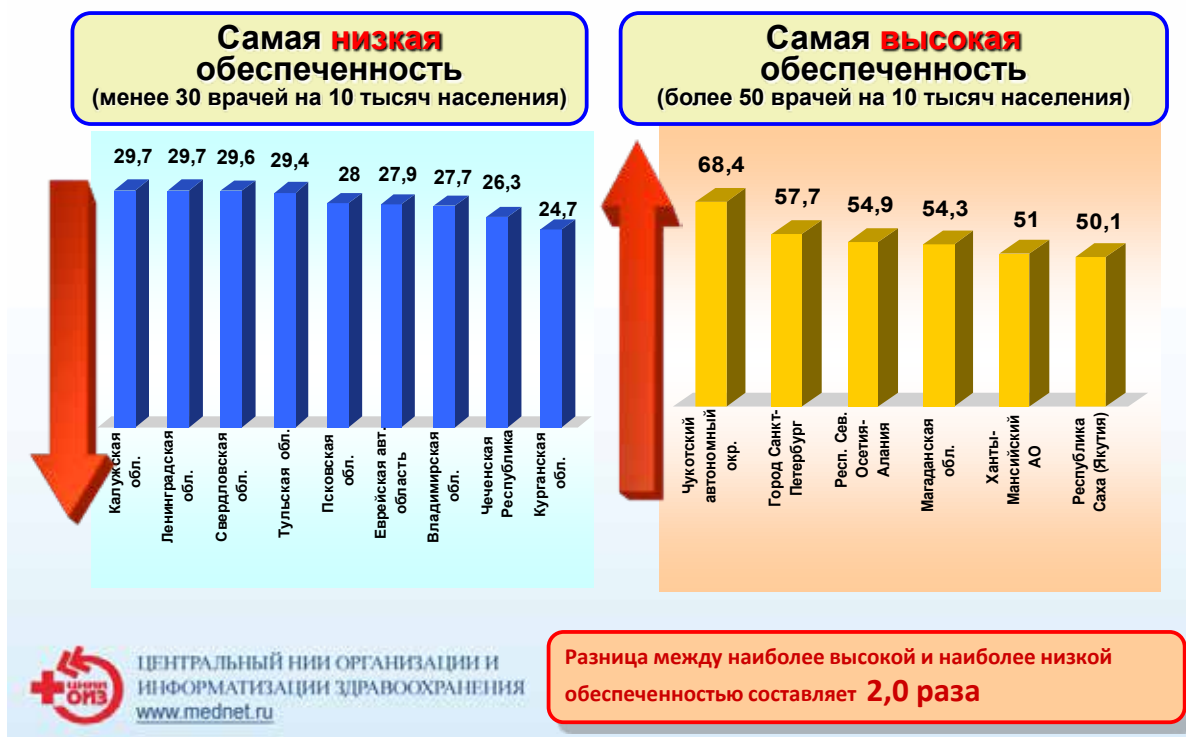


ЦЕНТРАЛЬНЫЙ НИИ ОРГАНИЗАЦИИ И
ИНФОРМАТИЗАЦИИ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
www.mednet.ru

Разница между наиболее высокой и наиболее низкой обеспеченностью составляет **2,3** раза

Слайд. Обеспеченность врачами.

Обеспеченность врачами – **37,4** на 10 тыс. нас. (2017 г.)



Слайд. Обеспеченность врачами и средними медицинскими работниками.

Обеспеченность врачами и средними медицинскими работниками
(на 10 тысяч населения)

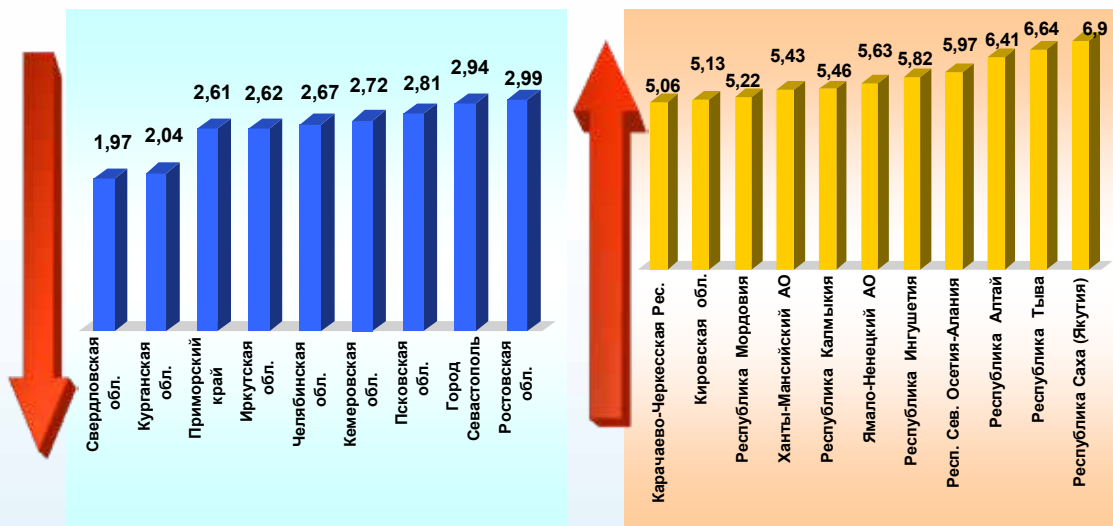


Слайд. Обеспеченность участковыми терапевтами

**Обеспеченность врачами участковыми терапевтами –
3,0 на 10 тыс. нас.; врачами ВОП - 0,75 (2017г.)**

Самая **низкая** обеспеченность УТ+ВОП - **3,0** и менее врачей на 10 тыс. нас.

Самая **высокая** обеспеченность УТ+ВОП **5,0** и более врачей на 10 тыс. нас.



ЦЕНТРАЛЬНЫЙ НИИ ОРГАНИЗАЦИИ И
ИНФОРМАТИЗАЦИИ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
www.mednet.ru

Разница между наиболее высокой и наиболее низкой обеспеченностью составляет **3,5** раза

Слайд, представленный ниже, заставляет задуматься как удержать кадры в здравоохранении. Видно, что после достижения 36 лет наблюдается провал и негативная динамика вплоть до 61 года, где наоборот идет незначительный рост. То есть молодые, опытные врачи на протяжении трех лет уходят из отрасли. Это говорит о том, что предпринимаемые Минздравом и Правительством России меры для ликвидации кадрового дефицита медицинских работников явно недостаточны, не учитывают всю многоаспектность сложившейся в экономике страны ситуации.

Слайд. Возрастная структура врачей.



Слайд. Доли специалистов с высшим и средним медицинским образованием

В 2017 году в медицинских организациях Российской Федерации работало более **1,8 млн.** специалистов с высшим и средним медицинским образованием (включая провизоров и фармацевтов)



7.2. ПРОБЛЕМЫ ДЕФИЦИТА МЕДИЦИНСКИХ КАДРОВ В СЕЛЬСКИХ ТЕРРИТОРИЯХ

Особенности природно-климатических условий и специфика расселения в России требуют особого подхода к формированию механизмов кадрового обеспечения здравоохранения.

Дефицит врачей становится одной из наиболее острых проблем, стоящих на повестке дня российской государственной власти. При этом основной акцент делается, и это совершенно справедливо, не столько на потребности в увеличении численности врачей как таковой, сколько на необходимости нивелирования диспропорций в структуре подготовки кадров и их рационального распределения. «Дефицит врачей в России составляет примерно 40 тысяч специалистов, – отметила Министр здравоохранения РФ В.И.Скворцова в одном из своих заявлений, – но с учетом того, что у нас последние 20 лет никем не регистрировалось обучение тому или иному профилю, у нас есть, например, профицит более чем на 200% стоматологов и дефицит на 40% анестезиологов-реаниматологов».

В 90% регионов России имеет место дефицит врачей по специальностям: «патологическая анатомия», «клиническая лабораторная диагностика», «рентгенология», «фтизиатрия», «психиатрия».

Характерная для российских регионов дифференциация по параметрам социально-экономического развития касается и системы здравоохранения. Так, разница в обеспеченности населения субъектов РФ врачами составляет 3 раза и варьируется в широком диапазоне значений – от максимального в г. Санкт-Петербурге (81,5) до минимального в Чеченской Республике (26,5).

Лидирующие позиции по обеспеченности населения врачами, как правило, принадлежат регионам, в которых существуют медицинские вузы. Это Р. Северная Осетия – Алания (Северо-Осетинская государственная медицинская академия), Астраханская (Астраханский государственный медицинский университет), Томская (Сибирский государственный медицинский университет), Амурская (Амурская государственная медицинская академия) области, Р. Саха (Якутия) (Северо-Восточный федеральный университет им М.К. Аммосова) и др. Напротив, наименьшие показатели обеспеченности населения врачами имеют место в регионах, где отсутствуют высшие учебные заведения, готовящие врачей. Так, Вологодская область, наряду с Костромской, Тамбовской, Псковской, Владимирской и др. областями, традиционно входит в группу регионов с наиболее сложной ситуацией с позиций обеспеченности населения «старшими» медицинскими работниками.

Обращает на себя внимание различие городских и районных медицинских учреждений в уровне квалификации медицинского персонала. Крупный город предоставляет значительно больше возможностей для повышения квалификации, обмена опытом и распространения новой актуальной информации, а также новых технологий, что является важным моментом для молодых специалистов. Наконец, в городе значительно жестче конкуренция кадров за рабочее место, тогда как на селе администрация медицинского учреждения ограничена узкими границами в выборе персонала. Поэтому квалификация врача, работающего в сельской амбулатории, при прочих равных условиях бывает ниже, чем квалификация аналогичного специалиста, занятого в крупной больнице регионально-го значения.

Иными словами, жители села обречены на более «скромное» медицинское обслуживание, чем жители крупных городов. Коэффициент удовлетворенности населения качеством медицинской помощи в муниципальных районах заметно ниже, чем в крупных городах, практически по всем основным ее видам. Особенно это касается качества диагностики, скорой и госпитальной медицинской помощи.

Важнейший вопрос, который стоит на повестке дня органов власти, заключается в обе-

спечении кадрами первичного звена, которое в современных условиях имеет приоритетное значение. В сельских территориях эта проблема стоит особенно остро.

Требования к размещению медицинских пунктов и организаций на селе, а также правила, регламентирующие обеспечение сельских жителей медицинской помощью, были впервые утверждены Минздравом России только в 2015 году. Однако даже эти требования не гарантируют жителям малых населенных пунктов квалифицированной медицинской помощи, поскольку при численности населения менее 100 человек в деревне предусмотрена организация домовых хозяйств, обеспеченных средствами первой помощи, аптечками, наборами для оказания первой помощи, а также средствами связи с территориальным центром медицины катастроф и доступом к информационно-коммуникационной сети Интернет, использование которых ложится на плечи самих жителей.

Таким образом, в России, где в структуре сельского расселения преобладают малочисленные сельские населенные пункты (две трети имеют население менее 200 человек), возможность осмотра и консультации врача в месте проживания предоставляется лишь жителям сравнительно крупных сел с численностью населения более 2 тыс. человек, доля которых, согласно данным переписи населения 2010 года, составляет лишь 5% среди всех сельских населенных пунктов страны

Дать объективную оценку состоянию кадровых ресурсов здравоохранения затруднительно по причине сложности и многогранности самого вопроса (за средними цифрами скрываются важные качественные характеристики: специализация, профессиональная категория, структура кадрового состава, уровень заработной платы, действия мотивирующих факторов и т.д.). Однако анализ даже самых общих статистических показателей позволяет очертить контуры актуальных для российского здравоохранения проблем, в частности проблемы территориальных диспропорций в обеспеченности региональных систем здравоохранения медицинскими кадрами. Нельзя не отметить парадоксальности сложившейся ситуации: на фоне внушительных, в межстрановом сопоставлении, показателей обеспеченности отечественного здравоохранения врачами на локальном уровне остро ощущается дефицит врачебных кадров.

Официальная позиция власти на этот счет понятна: кадровые проблемы российского здравоохранения обусловлены не только и не столько дефицитом врачей или среднего медицинского персонала, сколько сформировавшимися диспропорциями в отрасли, а именно дисбалансом в обеспеченности медицинскими кадрами медицинских организаций, оказывающих медицинскую помощь в стационарных и амбулаторных условиях, в целом и в частности врачами-специалистами и врачами-терапевтами участковыми, врачами-педиатрами участковыми; в укомплектованности штатов медицинских организаций, расположенных в сельской местности и в городах; в соотношении между количеством врачей и медицинских работников со средним профессиональным образованием.

Важным шагом в этом направлении стала Программа «Земский доктор», реализуемая в стране с 2012 года, позволившая привлечь в сельские населенные пункты молодые медицинские кадры, что признают не только представители органов исполнительной власти, но и авторитетные исследователи. Однако уже на первом этапе реализации Программы получили широкое распространение факты коррупции и злоупотреблений. Среди них – получение компенсационной выплаты медицинскими работниками после кратковременного периода увольнения и последующего возвращения на работу через две недели в то же медицинское учреждение, выплаты медицинским работникам без соответствующего сертификата специалиста, принятым на неполную ставку по основной должности, на время отсутствия основного работника и др.

ПРИМЕРЫ ИЗ ЖИЗНИ

Новосибирская область

Программа «Земский доктор» не решает проблемы дефицита кадров. Выпускники отработывают, полученные деньги и сразу уезжают обратно в город, поскольку там можно устроиться в медицинские центры, где и заработная плата, и условия работы не идут ни в какое сравнение с работой в районе.

На 2,7 миллиона жителей региона приходится лишь 15,3 тысячи врачей и 27,7 тысячи среднего медицинского персонала. Обеспеченность населения врачами за период с 2010-2018 гг. сократилась на 4,2%, средним медицинским персоналом – на 5,4%.

Тамбовская область

Из ответа на обращение граждан: «Имеются проблемы с реализацией программы «Земский доктор»: часть молодых специалистов ушла в декретный отпуск, а привлечь на эту ставку нового врача по той же программе уже невозможно».

Подобные нарушения стали итогом предоставления местным органам власти как широких полномочий в принятии решений, так и федеральных финансовых средств (средства Федерального фонда ОМС) без соответствующей проработки инструментов контроля. Поэтому с 2013 года финансирование осуществляется в равных долях за счет иных бюджетных трансфертов, предоставляемых бюджетам территориальных фондов ОМС из бюджета ФОМС, а также за счет средств бюджетов субъектов Российской Федерации, что снижает риск нецелевого использования средств. Позднее в 2015 году список получателей единовременной выплаты был расширен за счет лиц в возрасте до 45 лет, а также врачей, оказывающих медицинскую помощь в рабочих поселках. Вместе с тем, ощущается необходимость включения в программу и малых городов, которые испытывают острый дефицит медицинских кадров не в меньшей степени, чем села. Например, в г. Тотье Тотемского района Вологодской области складывается парадоксальная ситуация. Администрации города и района, которые выполняют функцию межрайонного центра и принимают в ЦРБ пациентов из ряда близлежащих территорий, вынуждены решать проблему привлечения кадров в отрасль собственными силами.

Наконец, сами администрации ЦРБ далеко не всегда заинтересованы в пополнении кадрового состава своих организаций. Во-первых, вновь пришедшие молодые специалисты не обладают необходимым практическим опытом, нуждаются в обучении. Во-вторых, приход новых специалистов, обеспечив снижение совместительств, приведет к «размыванию» фонда оплаты труда и снижению заработной платы персонала. Органы исполнительной власти ставят проблему кадрового дефицита в медицинских организациях в перечень приоритетных, однако действия по изменению положения дел пока не привели к заметным результатам. Последнее не говорит о неэффективности и необходимости пересмотра государственной политики по устранению кадровых диспропорций в здравоохранении, поскольку выбранная стратегия в своей основе является конструктивной, однако ощущается необходимость активизации действий в рамках данной работы. Важно помнить, что положительный опыт, заимствованный из других стран, следует совмещать со знанием собственных социокультурных особенностей и традиций.

8. ВЫВОДЫ И ПРЕДЛОЖЕНИЯ

Рост продолжительности здоровой жизни, включая увеличение продолжительности активной трудовой жизни, уменьшение периодов временной нетрудоспособности и повышение качества жизни граждан всех возрастов за счет уменьшения бремени заболеваний, должен быть обеспечен технологическим развитием здравоохранения, широким использованием биотехнологий, развитием здорового образа жизни, формированием новой модели организации медицинской помощи и новых профессиональных компетенций медицинских кадров.

В сфере здравоохранения должен произойти технологический прорыв, выход на принципиально новый технологический уровень решения задач сохранения здоровья. Здравоохранение должно развиваться как индустрия здоровья, использующая новые биомедицинские и информационные технологии.

Повышение доступности и результативности медицинской помощи требует формирования новой модели организации оказания медицинской помощи на основе широкого применения медико-информационных технологий и эффективного сочетания различных уровней и условий оказания медицинской помощи (первичной медико-санитарной, специализированной, скорой, реабилитационной, паллиативной).

Движение к новой модели должно быть обеспечено изменениями в структуре медицинской помощи и в организационных формах ее оказания, которые должны включать:

- разукрупнение врачебных участков и переход к общеврачебной модели участковой службы с более широким набором лечебно-профилактических функций;
- обеспечение доступности доврачебной медицинской помощи для сельских жителей – развитие сети фельдшерско-акушерских пунктов;
- развитие функциональной специализации врачей и среднего медицинского персонала в оказании первичной медико-санитарной помощи;
- увеличение роли среднего медицинского персонала в профилактике заболеваний и лечебно-диагностическом процессе;
- создание системы дистанционного персонального мониторинга состояния здоровья хронически больных;
- развитие телемедицины и виртуальных клиник;
- расширение использования санитарной авиации для обеспечения доступности неотложной и специализированной помощи жителям отдаленных территорий;
- создание реабилитационной помощи в качестве отдельного структурного звена медицинской помощи;
- создание системы оказания паллиативной медицинской помощи тяжелооболеченным;
- развитие медико-социальной помощи.
- Удорожание услуг здравоохранения и лекарств за счет внедрения новых медицинских технологий и препаратов потребует, с одной стороны, увеличения доли ВВП, которую государство направляет в эту сферу, а с другой стороны – переключения на новые модели финансирования здравоохранения, мотивирующие население и работодателей к расширению профилактики заболеваний и укреплению здоровья.

Одним из условий существенного увеличения продолжительности здоровой жизни станет целенаправленная синхронизация экономических и технологических изменений с формированием новой социально-психологической атмосферы вокруг темы здоровья.

Для достижения поставленных целей необходима реализация комплекса мер по следующим приоритетным направлениям:

- 1) технологический прорыв в здравоохранении;
- 2) развитие здорового образа жизни;
- 3) обеспечение доступности качественных медицинских услуг, в первую очередь первичной медико-санитарной помощи;
- 4) создание эффективной системы лекарственного обеспечения;
- 5) развитие кадрового потенциала;
- 6) реорганизация медицинского образования;
- 7) необходимость развития традиционной медицины;
- 8) профилактика, диспансеризация и формирование здорового образа жизни.

8.1. ТЕХНОЛОГИЧЕСКИЙ ПРОРЫВ В ЗДРАВООХРАНЕНИИ

Основными инструментами поддержки создания новых медицинских технологий должны выступать:

- разработка и реализация государственной программы развития биомедицины, включая увеличение финансирования фундаментальных медицинских исследований и его организацию по грантовому принципу;
- разработка и реализация государственной программы поддержки стартапов в индустрии здоровья,
- сервисное сопровождение и налоговое стимулирование роста венчурных инвестиций в проекты индустрии здоровья;
- подготовка кадров по разработке медицинской техники и ее эксплуатации в медицинских организациях.
- Необходимо развитие центров экспорта высокотехнологичных медицинских услуг.

Россия обладает реальным потенциалом для масштабного увеличения экспорта медицинских услуг, конкурентоспособных по цене и качеству. Этому способствуют:

- традиционно сильные российские клинические школы, признанные на глобальном уровне, фундаментальные и прикладные научные исследования: редактирование генома, биоинформатика, прорывные открытия в офтальмологии, ортопедии, космической медицине и др.;
- лидерские позиции в IT (разработка прикладного программного обеспечения мирового класса), наличие опыта в применении технологий Big Data, необходимых для сервисов персонифицированной медицины;
- мощная инфраструктура федеральных клинических центров и медицинских университетов;
- низкие цены на медицинские услуги аналогичного качества по сравнению со странами дальнего зарубежья.
- Основными препятствиями для реализации этого потенциала являются неразвитость маркетинга, отсутствие привычного для зарубежных пациентов сервиса и недостаточное владение управленцами сферы здравоохранения знаниями и навыками, которые выходят за рамки традиционной деятельности медицинских учреждений.

Необходимо обеспечить позиционирование России как нового мирового центра оказания высокотехнологичных медицинских услуг.

Стратегическими направлениями развития экспорта могут стать:

- медицинские услуги в области нейронаук в сочетании с образовательными услугами;
- трансграничные диагностические услуги (дистанционная интерпретация результатов лучевых методов исследований, патогистологических препаратов);
- высокотехнологичная хирургия и реабилитация;
- иммунотерапия онкологических заболеваний.

8.2. РАЗВИТИЕ ЗДОРОВОГО ОБРАЗА ЖИЗНИ

Необходимо обеспечить расширение вовлеченности граждан в занятия физкультурой и спортом, повышение их информированности об основных элементах и принципах здорового образа жизни. Для этого представляется целесообразной реализация следующих мер.

1. Создание Фонда конкурсной поддержки региональных, местных и гражданских инициатив в области развития здорового образа жизни.

Такие инициативы в немалом числе возникают на уровне регионов, поселений, локальных сообществ и отдельных групп граждан. Они рождаются в государственных и муниципальных органах, в учебных заведениях, медицинских учреждениях, организациях культуры, на предприятиях и в НКО.

Поддержка могла бы оказываться на конкурсной основе, причем решения в этом случае должны приниматься прозрачно при участии представителей общественности. Данному подходу соответствует формат фонда, в управлении которым могли бы совместно участвовать представители государства и общественности.

Предметом поддержки могли бы стать, например, следующие виды инициатив:

- обеспечение доступности для граждан с разным уровнем доходов инфраструктуры для занятий физкультурой и спортом (обустройство спортивных площадок, специальных пешеходных и веломаршрутов, организация недорогого проката инвентаря и оборудования в парках и т. д.);
- приближение фитнес-сервисов к местам проживания людей;
- создание условий для бесплатных занятий массовым спортом в жилых кварталах городов;
- популяризация занятий физической культурой и спортом в СМИ.

2. Включение уроков здорового образа жизни в стандарт обучения в младших и средних классах общеобразовательных школ. На первом этапе предлагается разработка специальной программы учебной дисциплины и методических материалов, подготовка школьных учителей, впоследствии – проведение занятий на постоянной основе.

3. Субсидирование работающему населению платных занятий спортом: установление налоговых вычетов по НДФЛ при осуществлении расходов на занятия физкультурой и спортом..

4. Широкая пропаганда личной ответственности граждан за состояние своего здоровья.

5. Продолжение антиалкогольной политики.

6. Последовательная реализация мер по снижению распространенности табакокурения и обеспечению защиты населения от последствий пассивного курения

7. Содействие распространению здорового питания.

8.3. ОБЕСПЕЧЕНИЕ ДОСТУПНОСТИ КАЧЕСТВЕННЫХ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ

Проводимые в последние годы мероприятия по нивелированию последствий реструктуризации системы оказания медицинской помощи и повышению ее эффективности требуют продолжения и сосредоточения основных усилий на следующих направлениях:

- развитие профилактики заболеваний, включая повышение эффективности диспансеризации;
- обеспечение территориальной доступности медицинской помощи на основе единых требований к размещению медицинской инфраструктуры;

- завершение формирования во всех регионах трехуровневой модели организации медицинской помощи и определение рациональных маршрутов движения пациентов между уровнями;
- развитие стационарозамещающих видов медицинской помощи, включая увеличение объемов медицинской помощи в дневных стационарах;
- Кроме того, необходимы дополнительные меры, предпринимаемые по следующим направлениям:

1. Обеспечение доступности доврачебной медицинской помощи для сельских жителей, проживающих в небольших и отдаленных населенных пунктах

На основе инвентаризации сети фельдшерско-акушерских пунктов необходимо во всех регионах разработать планы восстановления и развития сети фельдшерско-акушерских пунктов, которая обеспечивает нормативы транспортной и географической доступности доврачебной помощи для сельского населения. Для выполнения существующих нормативов потребуются создать минимум 5,8 тыс. новых фельдшерско-акушерских пунктов.

2. Преодоление дефицита участковых врачей;

В действующей модели участковой службы терапевт, как и педиатр, выступает специалистом по нескольким заболеваниям и оператором простых схем маршрутизации пациентов. Такой функционал участкового врача, с одной стороны, делает эту профессию малопривлекательной, а с другой – является в современных условиях препятствием для повышения качества и эффективности первичной медико-санитарной помощи. Решение данных проблем должно быть обеспечено переходом от терапевтической к общеврачебной модели организации участковой службы. Зарубежный опыт показывает, что в странах с сильной общей врачебной практикой относительно ниже объемы специализированной помощи в расчете на одного жителя, ниже показатели общей смертности и смертности от наиболее распространенных заболеваний.

Врач общей практики выполняет значительно более широкий набор лечебно – профилактических функций по сравнению с участковым врачом – терапевтом и педиатром. В практике европейских стран на уровне врача общей практики начинается и заканчивается лечение 85-95% заболеваний – без направления к «узким» специалистам (в России, по самым оптимистичным оценкам, – 70%). Пациентам с несложными заболеваниями не нужно выстаивать очереди к «узким» специалистам: они могут получить первоочередную помощь у одного врача.

Также врач общей практики обладает большими знаниями и возможностями для того, чтобы направлять пациентов на консультацию к нужным специалистам, взаимодействовать с ними в ведении сложных и множественных заболеваний и таким образом координировать оказание пациентам помощи на других этапах лечения.

Врач общей практики имеет меньшее по численности прикрепленное население, чем участковый терапевт и участковый педиатр, что дает ему возможность больше времени уделять хроническим больным и заниматься профилактикой заболеваний.

Врачи общей практики, в случае их готовности работать самостоятельно, могут быть организационно выделены из состава поликлиник и получить хозяйственную автономию, а в перспективе стать отдельными хозяйствующими субъектами.

Реорганизация действующей модели участковой службы должна происходить эволюционным путем – участковые педиатры и терапевты будут по мере выхода на пенсию замещаться врачами общей практики. Но их численность должна расти темпами, опережающими естественное выбытие участковых врачей, что позволит провести разукрупнение участков.

Переход на модель общей врачебной практики – это реальная возможность повышения эффективности системы здравоохранения в целом: улучшится качество первичной медико-санитарной помощи, включая профилактику заболеваний, их раннее выявление и своевременное лечение. Это в первую очередь позитивно скажется на состоянии здоровья населения в трудоспособном возрасте и снизит потребность в специализированной помощи.

Необходимо создать новую, общеврачебную модель участковой службы, при которой параллельно функционируют два типа врачей общей практики: для взрослых и для детей и сохраняется основополагающий принцип отечественной системы здравоохранения – раздельное оказание медицинской помощи для детей и взрослых.

В малых городах, новых районах крупных городов целесообразна организация индивидуальных и групповых общеврачебных практик (центров общей практики), оснащенных современным оборудованием. Это приблизит первичную помощь к месту жительства людей.

3. Создание и реализация программ ведения больных с хроническими заболеваниями и профилактики обострения заболеваний. Такие программы должны разрабатываться в каждом амбулаторно-поликлиническом учреждении с целью:

- повысить интенсивность наблюдения за группами больных с хроническими заболеваниями с наиболее высокими рисками обострений;
- повысить уровень медицинского обслуживания пожилых людей;
- стабилизировать общие затраты, связанные с рисками обострения хронических заболеваний и их перерастания в стадию «катастрофических» состояний;
- стимулировать более активное участие больных с хроническими заболеваниями в выполнении врачебных назначений.

На федеральном уровне в качестве необходимых действий по обеспечению условий для реализации программ ведения больных с хроническими заболеваниями следует осуществить:

- апробацию программ ведения больных с хроническими заболеваниями и разработку модельных программ для их широкого внедрения;
- массовую подготовку патронажных медицинских сестер и медсестер с правом самостоятельного ведения определенных категорий больных;
- введение новых, интегрированных методов оплаты медицинской помощи в системе ОМС, основанных на общем тарифе на этапы интенсивной помощи и реабилитации. Это создаст стимулы к повышению качества интенсивной помощи (возвращение в стационар с осложнениями не должно быть оплачиваться как новый случай лечения), а также усилит координацию различных медицинских служб и обеспечит преемственность их действий (законченным случаем лечения должно быть пациент, прошедший курс долечивания).
- Необходимо разработать и актуализировать реестры больных с хроническими заболеваниями.

Ввести дистанционный мониторинг состояния таких пациентов и онлайн-консультирование.

4. Обеспечение доступности неотложной и специализированной помощи жителям отдаленных территорий с малым количеством проживающих путем развития региональной санитарной авиации для соблюдения требований «золотого часа».

5. Увеличение объемов оказания высокотехнологичных видов медицинской помощи, включенных в программу государственных гарантий бесплатного оказания медицинской помощи гражданам.

6. Создание реабилитационной медицинской помощи в качестве отдельного структурного звена в системе оказания и финансирования медицинской помощи.

Отказаться от практики использования в российских больницах коек хирургического профиля одновременно и для интенсивного лечения и для восстановительного лечения до момента выписки пациентов. Это предполагает создание отделений восстановительного лечения в больницах и отдельных реабилитационных стационаров.

Такие преобразования позволят сконцентрировать дорогостоящие ресурсы хирургических отделений на оперативном лечении и интенсивной терапии и, в конечном итоге, сформировать сеть стационаров кратковременного пребывания (в основном хирургиче-

ского профиля) и стационаров для долгосрочного лечения и реабилитации.

В качестве составной части восстановительного лечения должно быть обеспечено развитие геронтологической помощи, оказываемой врачами-геронтологами в амбулаторно-поликлинических учреждениях и в специализированных геронтологических отделениях многопрофильных больниц и реабилитационных стационаров.

7. Создание системы оказания паллиативной медицинской помощи тяжелобольным гражданам.

Удовлетворение существующей в российском обществе значительной потребности в уходе за тяжелобольными пациентами требует создания большого числа хосписов, количество коек в которых должно достигнуть в 2024 г. 15 на 100 тыс. взрослого населения и 2 на 100 тыс. детей. Объемы паллиативной медицинской помощи в стационарных условиях должны вырасти с 0,054 койко-дней на одного человека в 2015 г. до 0,13 в 2024 г.

8. Усиление координации и преемственности в оказании медицинской помощи.

Формирование клинических руководств по лечению заболеваний с акцентом на обеспечение последовательных действий врачей и среднего медицинского персонала на разных этапах лечения.

Разработка регламентов действий врачей поликлиник после завершения госпитализации больных, устанавливающих четкие правила обеспечения преемственности их лечения и реабилитации, коммуникации врачей поликлиник и стационаров; размещение указанных регламентов в электронных личных кабинетах пациентов.

9. Территориальное планирование согласованного развития государственной и ведомственных систем здравоохранения с перспективой интеграции ведомственных медицинских организаций в территориальные системы здравоохранения. Инструментом такого планирования должны стать территориальные программы развития здравоохранения. Законодательно должны быть установлены обязанность субъектов Российской Федерации разрабатывать такие программы и обязанность участия в этом процессе федеральных органов власти, государственных и негосударственных организаций, являющихся учредителями медицинских организаций, расположенных в этих регионах.

11. Перепрофилирование части коечного фонда учреждений здравоохранения, не обеспеченного объемами медицинской помощи по программе государственных гарантий, в койки социальной направленности.

Реализация мероприятий по повышению эффективности системы оказания медицинской помощи, включая сокращение числа вызовов скорой медицинской помощи, уровня госпитализации и средней длительности госпитализации за счет развития профилактики заболеваний, перехода к общеврачебной модели участковой службы и внедрения программ ведения больных с хроническими заболеваниями, может обеспечить значительную внутрисистемную экономию средств по оценкам ряда экспертов до 0,11% ВВП.

Создание сети стационаров, дифференцированных по степени интенсивности лечения (стационаров с высокой интенсивностью лечения и короткими сроками пребывания и стационаров для долгосрочного лечения и реабилитации), позволит получить по ряду оценок внутрисистемную экономию в размере до 0,08% ВВП.

12. Переформатирование системы предоставления медицинской помощи граждан в проактивную форму с применением механизма «единого окна» по аналогии с системой многофункциональных центров предоставления государственных услуг. Создание пациент-ориентированных медицинских организаций, отличительными признаками которых являются доброжелательное отношение к пациенту, отсутствие очередей за счет правильной организации процессов и работы персонала, качественное оказание медицинской помощи, приоритет профилактических мероприятий в первичном звене здравоохранения;

13. Расширение программы «Земской доктор»: устранение возрастных ограничений и льготные условия получения ипотеки в сельской местности, в том числе для ИЖС, для чего необходимо законодательное закрепление указанного механизма. Кроме этого бес-

платное предоставление земельного участка с обременением в виде постоянного проживания лица в соответствующем сельском поселении. Реализация указанных мер за счет увеличения финансирования здравоохранения из федерального бюджета до 7 % ВВП.

14. Развитие медицинской авиации за счет увеличения финансирования здравоохранения из федерального бюджета до 7 % ВВП.

8.4. СОЗДАНИЕ ЭФФЕКТИВНОЙ СИСТЕМЫ ЛЕКАРСТВЕННОГО ОБЕСПЕЧЕНИЯ

Для достижения этой цели предлагается:

1. Реализовать законодательное регулирование вопросов обеспечения граждан лекарственными средствами путем принятия отдельного федерального закона.

2. Повысить уровень обеспечения граждан жизненно необходимыми и важнейшими лекарственными препаратами путем введения:

- ограничения предельного уровня расходов гражданина на приобретение жизненно необходимых и важнейших лекарственных препаратов в размере не более 10 % от доходов гражданина и субсидирование со стороны федерального бюджета расходов, превышающих указанный порог;
 - налогового вычета для отечественных производителей лекарств в целях повышения доступности жизненно необходимых и важнейших лекарственных препаратов.
3. Вменить в обязанность аптек предлагать покупателю в первую очередь наиболее дешевое лекарственное средство с необходимым веществом;

4. Законодательно закрепить беспошлинный ввоз лекарственных средств в рамках импорта вне зависимости от их стоимости в случае, когда такой ввоз осуществляется для личных нужд;

5. Законодательно закрепить приобретение лекарств для лечения всех орфанных заболеваний за счет средств федерального бюджета;

6. Установить порядок направления бюджетных ассигнований федерального бюджета на закупку лекарств и медикаментов на следующий год для федеральных льготников в субъекты Российской Федерации не позднее сентября текущего года;

7. Разрешить субъектам РФ осуществлять закупки лекарственных средств для обеспечения федеральных льготников в следующем календарном году в 4 квартале текущего года в размере 50% от суммы прошлогоднего финансирования.

8. Отменить монетизацию льгот в сфере здравоохранения и обеспечения лекарственными средствами в частности.

8.5. РАЗВИТИЕ КАДРОВОГО ПОТЕНЦИАЛА

Для усиления кадрового потенциала системы здравоохранения предлагается выполнить:

1. Обновление профессиональных компетенций медицинских работников.

Создать систему независимой аккредитации российских врачей, проводимой, в том числе с участием зарубежных медиков.

Обеспечить внедрение новой системы непрерывного дополнительного профессионального образования с использованием модульных образовательных программ с правом выбора курсов путем включения в него ведущих медицинских центров.

2. Повышение уровня трудовой мотивации и социального статуса медицинских работников.

Сохранение после 2018 г. уровня оплаты труда врачей не менее 200% от средней зар-

платы по экономике региона, среднего медицинского персонала – 100% и обеспечение его увязки с интенсивностью и качеством выполняемой ими работы.

Повышение заработной платы врачей общей практики до 250% от средней по экономике региона. Это необходимый инструмент привлечения и закрепления персонала общих врачебных практик.

Повышение оплаты труда врачей ведущих клинических и научных центров до уровня не менее 250% от средней зарплаты по экономике региона, а в перспективе и до 350%. Такой уровень оплаты труда необходим для повышения социального статуса врачей, оказывающих высокотехнологичную медицинскую помощь, предотвращения перетока высококвалифицированных специалистов в другие страны, стимулирования роста их профессионального мастерства и ослабления мотивации к получению неформальной оплаты от пациентов.

Усиление дифференциации должностных окладов медицинских работников в зависимости от профессиональной категории для усиления мотивации необходимости повышения профессионального уровня.

Реализация программы строительства служебного жилья для медицинских работников, в т. ч. для врачей, фельдшеров и медицинских сестер общей (семейной) практики, а также врачей-специалистов в амбулаторно-поликлинических учреждениях в сельской местности и малых городах.

Необходимо внести изменения в подготовку кадров системой образования, обеспечив:

- расширение целевого набора граждан для последующей работы в учреждениях здравоохранения в сельской местности;
- создание дополнительных механизмов стимулирования учреждений здравоохранения к принятию для прохождения учебных и производственных практик обучающихся;
- расширение перечня дисциплин, по итогам аттестации которых предусматривается прохождение практик;
- повышение статуса врача. Врач должен быть приравнен по предоставляемым ему социальным гарантиям к государственному служащему.
- Провести оптимизацию управления в части сокращения функционала врачей, касающегося их непрофильной деятельности за счет введения проактивной модели учреждений здравоохранения с применением механизма «единого окна» по аналогии с системой многофункциональных центров предоставления государственных услуг;

Создать систему контроля со стороны контролирующих и надзорных государственных органов за соответствием предусмотренного законодательством уровня оплаты труда медицинского персонала. Такая система должна позволять любому сотруднику защиту его персональных данных и гарантии неразглашения в случае его обращения в контрольные и надзорные органы по факту возможных нарушений его прав в указанных вопросах;

Установить дополнительные гарантии пенсионного обеспечения для сотрудников здравоохранения в части снижения условий необходимого для возникновения права на страховую пенсию по старости, включения не страховых периодов получения высшего образования по медицинским специальностям, снижения пенсионного возраста для сотрудников здравоохранения и т.д.;

Разработать более гибкую систему дифференциации оплаты труда, при которой оплата труда различается в зависимости от уровня образования, квалификации сотрудника и условий его работы. Одновременно с этим установить нормы максимальной кратности средней заработной платы и заработной платы руководства в рамках одной организации, которая не должна превышать соотношение 1:8;

Увеличить бюджетные ассигнования на формирование эффективной системы ФАПов;

Проводить постоянный мониторинг специальностей, в которых наблюдается дефицит кадров, и осуществлять межведомственное взаимодействие с министерством науки в це-

лях корректировки количества мест в профильных высших и средних учебных заведениях в целях устранения диспропорций в укомплектованности штатов медицинских организаций, расположенных в сельской местности и в городах, а также в соотношении между количеством врачей и медицинских работников со средним профессиональным образованием.

8.6. РЕОРГАНИЗАЦИЯ МЕДИЦИНСКОГО ОБРАЗОВАНИЯ

Для устранения дефицита в кадровом составе медицинских организаций **СПРАВЕДЛИВАЯ РОССИЯ** считает необходимым:

Расширение целевого приема студентов с обязательством работы по дефицитным специальностям; регулирование структуры приема в ординатуру с акцентом на подготовку врачей по специальности «Общая врачебная практика» и ряда других дефицитных специальностей.

Создание нормативной и методической базы, обеспечивающей постоянное обновление программ медицинских вузов и учреждений дополнительного образования с целью своевременного и полноценного учета новейших достижений мировой медицинской науки и медицинских технологий.

Широкое привлечение ведущих зарубежных специалистов и российских медиков, получивших профессиональное образование за рубежом, к обучению и повышению квалификации врачей и организаторов здравоохранения в интересах интенсификации обмена знаниями и навыками.

Введение экономических механизмов, повышающих заинтересованность ведущих медицинских клиник в предоставлении клинической базы для обучения студентов, включая формирование тарифов в системе ОМС, отражающих реальный вклад медицинских клиник в процесс обучения, предоставление существенных надбавок персоналу, участвующему в этом процессе, бюджетное финансирование расширения образовательных аудиторий и их технического оснащения;

Создание новых университетских клиник и организация в них практической стажировки студентов на рабочих местах.

Проведение внешней аттестации преподавателей медицинских вузов с участием зарубежных специалистов.

Обеспечение широкого участия преподавателей медицинских вузов в международных образовательных программах.

Для решения кадровых проблем считаем также необходимым:

1. Продолжить реализацию программы «Земский доктор» в среднесрочной перспективе и распространить единовременные компенсационные выплаты и налоговые льготы при их получении на медицинских работников со средним медицинским образованием, а также включить в программу города (моногорода) с населением до 50 тыс. человек;

2. Уточнить территориальную распространенность программы «Земский доктор» с учетом процессов объединения всех поселений, входящих в муниципальный район, с городским округом в соответствии с Федеральным законом от 3 апреля 2017 года № 62-ФЗ «О внесении изменений в Федеральный закон «Об общих принципах организации местного самоуправления в Российской Федерации».

3. Совершенствовать механизмы реализации целевой подготовки и целевого приема, предусмотрев перечень обязательных мер социальной поддержки и ужесточив ответственность сторон за ненадлежащее выполнение условий договора;

4. При установлении квоты целевого приема в подведомственные образовательные организации, реализующие подготовку специалистов с высшим медицинским образованием, приоритетно рассматривать заявки, предусматривающие трудоустройство выпуск-

ника в медицинские организации, оказывающие медицинскую помощь сельским жителям;

5. Ускорить работу по обеспечению подключения медицинских организаций к скоростному Интернету и медицинским информационным системам;

6. На основе лучших практик субъектов Российской Федерации по предоставлению регионами мер социальной поддержки медицинских работников, работающих в сельской местности, разработать территориальные программы социальной поддержки медицинских работников организаций здравоохранения, оказывающих помощь сельскому населению;

7. Усилить контроль проведения мероприятий по повышению доступности и качества медицинской помощи гражданам, проживающим в сельской местности, в том числе в части кадрового обеспечения медицинских организаций, оказывающих медицинскую помощь сельским жителям;

8. Проанализировать объемы подготовки медицинских специалистов со средним профессиональным образованием, в частности фельдшеров, и предусмотреть увеличение государственного задания за счет средств соответствующих бюджетов бюджетной системы Российской Федерации на подготовку указанных специалистов с учетом потребности медицинских организаций, в том числе фельдшерско-акушерских пунктов;

9. Усилить ответственность главных врачей медицинских организаций за использованием средств, выделяемых на программу «Земский доктор», в первую очередь для устранения дефицита кадров в первичном звене здравоохранения и заполнения вакансий участковых терапевтов, участковых педиатров, врачей общей практики;

10. Расширить практику использования передвижных подразделений (амбулатории, фельдшерско-акушерские пункты) медицинских организаций, мобильных медицинских бригад, в том числе с использованием мобильных медицинских комплексов, в населенных пунктах с низким уровнем развития инфраструктуры.

8.7. РЕШЕНИЕ ПРОБЛЕМ ШКОЛЬНОЙ МЕДИЦИНЫ

Для решения накопившихся проблем в школьной медицине **СПРАВЕДЛИВАЯ РОССИЯ** считает необходимым:

1. Разработать и утвердить Комплекс мер, направленных на сохранение здоровья детей в период их обучения в образовательных организациях, обратив особое внимание на необходимость профилактики у обучающихся инфекционных и стоматологических заболеваний;

2. Внести изменения в Порядок оказания медицинской помощи несовершеннолетним, в том числе в период обучения и воспитания в образовательных организациях, предусмотрев создание в данных организациях медицинских кабинетов стоматологического профиля;

3. Восстановить должность медицинской сестры в штате дошкольных образовательных и общеобразовательных организаций, прикрепить постоянного медицинского работника к одной образовательной организации;

4. Внести изменения в Федеральный закон от 17 декабря 2001 года № 173-ФЗ «О трудовых пенсиях в Российской Федерации», предусматривающие включение периода работы медицинских работников, находящихся в штате образовательной организации, в льготный медицинский стаж медицинских работников при назначении досрочной пенсии по старости и для возможности получения ими гарантий социальной поддержки медицинского работника;

5. Внести изменения в Федеральный закон от 17 сентября 1998 года № 157-ФЗ «Об иммунопрофилактике инфекционных болезней», предусматривающие обязательную вакцинацию детей (наличие прививок от: дифтерии, столбняка, коклюша, полиомиелита, ви-

русного гепатита В, кори, эпидемического паротита, краснухи, туберкулеза) при приеме в школы и дошкольные организации в целях уменьшения заболеваемости среди детей дошкольного и школьного возраста;

6. Предусмотреть дополнительное финансирование для реализации в образовательных организациях комплекса санитарно-гигиенических, лечебно-оздоровительных и профилактических мероприятий и процедур, предусматриваемых для часто болеющих детей, посещающих группы оздоровительной направленности;

7. Снизить бюрократическую нагрузку на работников, оказывающих медицинскую помощь обучающимся в дошкольных образовательных организациях, в части уменьшения объема отчетной документации;

8. Установить ответственность медицинских работников за организацию питания в дошкольных образовательных и общеобразовательных организациях, а также допуск детей в бассейн и их сопровождение во время проведения занятий по плаванию;

9. Разработать требования и порядок оказания медицинской помощи в детских садах, а также обновить должностные инструкции медицинских работников в соответствии с профессиональными стандартами с учетом обслуживания детей с ограниченными возможностями здоровья;

10. Предусмотреть увеличение штатных нормативов медицинских работников отделения организации медицинской помощи несовершеннолетним в образовательных организациях, учитывая специфику организаций, обучающихся детей с ограниченными возможностями здоровья;

11. Разработать типовые учебные планы последипломного профессионального образования для врачей-педиатров, врачей-специалистов по гигиене детей и подростков и медицинских сестер/фельдшеров, включающие вопросы оказания первичной медико-санитарной помощи (доврачебной, врачебной, специализированной) и организации питания детей (в т.ч. диетического);

12. Разработать стандарты лекарственного обеспечения медицинского блока школ, детских садов и колледжей, посиндромной укладки медикаментов и перевязочных материалов для оказания неотложной медицинской помощи детям в образовательных организациях;

13. Обеспечить централизованную переподготовку медицинских кадров по вопросам оказания медицинской помощи обучающимся, использования новых технологий ранней диагностики и профилактики заболеваний, распространенных среди обучающихся, отклонений в их физическом и нервно-психическом развитии;

14. В рамках Программы государственных гарантий предусмотреть выделение отдельного источника финансирования медицинских работников образовательных учреждений т.к. в тарифы ОМС не заложена оплата посещений к среднему медицинскому персоналу дошкольных и общеобразовательных образовательных учреждений;

15. Разработать Порядок оказания стоматологической помощи обучающимся;

16. С целью решения проблемы кадрового обеспечения медицинского обслуживания обучающихся образовательных организаций необходимо закрепление выпускников медицинских вузов, обучающихся на бюджетной основе и заключивших договор о целевом обучении в субъектах Российской Федерации и обеспечение мер социальной поддержки для этих выпускников.

17. Внести в Федеральный закон от 29 декабря 2012 года №273-ФЗ «Об образовании в Российской Федерации» изменения в части предоставления возможности оказания педагогическими работниками первой помощи.

18. Утвердить порядки, стандарты, методические рекомендации (клинические протоколы) по оказанию первичной доврачебной помощи детям в образовательных учреждениях по лечебному и сестринскому делу;

19. Предусмотреть разработку и внедрение информационных систем в образовательных организациях, позволяющих проводить мониторинг состояния здоровья школьников и необходимости проведения лечебно-оздоровительных мероприятий;

20. Определить дополнительные виды и объемы медицинской помощи для детей с ограниченными возможностями здоровья, обучающихся в образовательной организации, осуществляющей инклюзивное обучение;

21. Разработать и утвердить профессиональный стандарт «Специалист по школьной медицине» (бакалавр);

22. Организовать круглосуточный медицинский пост в образовательных организациях с круглосуточным пребыванием детей на труднотупных отдаленных территориях;

23. Вернуть в вузы подготовку бакалавров и магистров по профилю «Педагог-валеолог» на базе среднего медицинского образования для организации профилактической работы и проведения мониторинговых исследований физического и психического здоровья обучающихся;

24. Обеспечить медицинские кабинеты образовательных организаций оборудованием в соответствии с требованиями ведомственных нормативных правовых актов для проведения мониторинга состояния здоровья и физического развития обучающихся;

25. Проводить ежегодный мониторинг физического и психического здоровья и физической подготовленности обучающихся;

26. Включить в перечень показателей оценки эффективности деятельности органов исполнительной власти субъектов Российской Федерации показатель: «Динамика состояния физического и психического здоровья и физической подготовленности обучающихся и воспитанников» на основе единых критериев;

27. Законодательно закрепить обязательности проведения туберкулинодиагностики для детей и лечения в случае выявления у детей туберкулеза;

28. Утвердить перечень посиндромной укладки медикаментов и перевязочных материалов для оказания неотложной медицинской помощи детям в образовательных организациях, аптек для физкультурных залов, кабинетов технологий, спортивных соревнований и турпоходов школьников;

29. Выделить дополнительные средства для врачебного персонала в школах в целях развития системы оказания медицинской помощи непосредственно в общеобразовательных учреждениях.

8.8. НЕОБХОДИМОСТЬ РАЗВИТИЯ ТРАДИЦИОННОЙ МЕДИЦИНЫ

Действующая модель здравоохранения имеет четкую направленность на лечение уже сформировавшейся патологии.

Традиционные медицинские системы имеют широкий арсенал средств для поддержания здоровья и работоспособности человека от рождения до глубокой старости.

Отечественное здравоохранение эпохи социализма было одним из самых эффективных в мире, поскольку признавало важность профилактики заболеваний, уделяя большое внимание этому направлению, начиная с раннего детства. В современной России текущее состояние здоровья населения и тенденции ухудшения демографической ситуации требуют активных мер, поиск новых подходов и их внедрения в существующую систему здравоохранения.

Традиционные медицинские системы должны быть гармонично вписаны в такие направления российской практической медицины, как профилактика, реабилитация, ведение пациентов с хроническими заболеваниями, пациентов, невосприимчивых к классической терапии.

В современных условиях особую важность имеют традиционные подходы, позволяющие проводить контроль состояния, выявлять отклонения в состоянии здоровья на ранних, доклинических стадиях.

Интеграция традиционных медицинских систем в систему здравоохранения Российской Федерации поможет при решении актуальных задач улучшения здоровья населения, увеличения продолжительности жизни, обеспечения трудового долголетия и улучшения демографической ситуации.

Для этого **СПРАВЕДЛИВАЯ РОССИЯ** считает необходимым разработать проект Основ Государственной политики в области традиционной медицины и проекты соответствующих документов для гармонизации российского законодательства с общей стратегией развития медицины в странах БРИКС.

Необходимо совместно с этими странами разработать стандарты и программы обучения, протоколы лечения, клинические рекомендации, общую фармакопею лекарственных средств, применяемых в области традиционной медицины.

Кроме того, для полноценного использования накопленного потенциала, необходимо предусмотреть использование соответствующего лекарственного обеспечения и разработать упрощенный порядок регистрации лекарственных средств из арсенала традиционных медицинских систем, зарекомендовавших себя, как эффективные и безопасные, и используемых в других странах в течение не менее 50 лет.

В рамках сохранения традиционных подходов представляется также целесообразным обеспечить дальнейшее развитие в стране донорства. С этой целью необходимо вернуть социальные льготы Почетным донорам – бесплатный проезд на всех видах городского и пригородного транспорта (кроме такси), компенсацию половины расходов на оплату ЖКУ, а также 50-процентную скидку на приобретение лекарств.

8.9. ПРОФИЛАКТИКА, ДИСПАНСЕРИЗАЦИЯ И ФОРМИРОВАНИЕ ЗДОРОВОГО ОБРАЗА ЖИЗНИ

Как уже было отмечено выше, профилактика и диспансеризация вносят серьёзный вклад в состояние здоровья наших граждан. Для достижения прогресса в этих направлениях **СПРАВЕДЛИВАЯ РОССИЯ** считает необходимым:

1. Установить персональную ответственность руководителей предприятий за регулярное обязательное профилактическое обследование всех сотрудников;
2. Разработать и ввести в пользование индивидуальную «Карту Здоровья», в которой указывать действия (активный здоровый образ жизни, участие в физкультурных мероприятиях, и т.д.) предпринятые гражданами для профилактики заболеваний, и учитывать это при выплате пособий по болезни и стимулирующих надбавок;
3. Организовать единый государственный информационный ресурс – портал Здорового Образа Жизни с указанием видов активности, ближайших к человеку организаций, продвигающих ЗОЖ и консультантов-специалистов;
4. Разработать нормативный правовой акт о специалистах в области оздоровления, регулирующий, в том числе, деятельность иностранных граждан в указанной сфере (цигун, йога, и т.д.) в секторе ЗОЖ на территории Российской Федерации;
5. Организовать при Министерстве здравоохранения Российской Федерации федеральный центр исследования ведущих национальных и мировых традиционных оздоровительных систем (КНР, Индия, и т.д.) с привлечением соответствующих специалистов из этих стран;
6. Включить в образовательные стандарты по среднему и высшему образованию факультативный курс по ЗОЖ по аналогии с ОБЖ;
7. Усилить пропаганду ЗОЖ в школах и других учебных заведениях путем повышения индивидуальной ответственности руководителей этих учреждений;
8. Сформировать систему поощрений в учебных заведениях для повышения стимуляции занятиями физкультурой и спортом

9. Законодательно расширить перечень оснований, заболеваний и лиц, проходящих диспансеризацию в целях ранней диагностики и существенного снижения рисков ухудшения качества жизни граждан, а также расходов государства на здравоохранение.

10. Выделить отдельной строкой федерального бюджета в части реализации мероприятий по проведению диспансеризации детей – сирот, а также детей, оставшихся без попечения родителей, в том числе усыновленных (удочеренных), принятых под опеку (попечительство), в приемную или патронатную семью;

11. Ввиду низких показателей проведения диспансеризации в отдельных субъектах Российской Федерации организовать мониторинг и установить персональную ответственность уполномоченных должностных лиц на предмет служебного соответствия.

9. КОМПЛЕКС ПЕРВООЧЕРЕДНЫХ МЕР

На основе проведенного анализа, выводов и предложений, содержащихся в предыдущих разделах Доклада, в качестве первоочередных мер по повышению эффективности отечественной системы здравоохранения **СПРАВЕДЛИВАЯ РОССИЯ предлагает:**

повысить жизненный уровень и квалификацию медиков. Они должны получать достойные зарплаты в реальном выражении, иметь возможность регулярно проходить обучение и переквалификацию;

- отказаться от оптимизации здравоохранения в том виде, в котором она проведена. Медицина – это социальная система, поэтому должна быть не экономически выгодной, а доступной для всех и оперативной;
- ликвидировать страховые медицинские компании, которые не заботятся о здоровье граждан и повышении качества их обслуживания. Они, по сути, стали «прослойками» между пациентами и государством, где оседают немалые бюджетные средства;
- ввести лекарственное страхование: лекарства – неотъемлемая часть лечения, а значит должны быть бесплатными и гарантированными каждому;
- разделить платные и бесплатные медицинские услуги. Платные – в частных клиниках, бесплатные – в государственных и муниципальных. При этом качество бесплатных услуг не должно быть ниже;
- активно развивать телемедицину. Лечение пациентов, постановка диагноза и консультации должны проходить удаленно, в режиме онлайн. Это поможет существенно снизить нагрузку врачей и повысит качество медицинского обеспечения в отдаленных районах;
- перейти к семейным счетам. Государство должно перечислять деньги на специальные счета, с которых люди смогут оплачивать все медицинские услуги и покупку лекарств. Сегодня тысячи российских семей не получают помощи от государства и вынуждены обращаться за сбором средств к благотворительным фондам и гражданам страны, что является доказательством неэффективности действующей системы здравоохранения;
- обратить особое внимание на развитие отечественной фармацевтики. Продолжить политику лекарственного импортозамещения – разработку новых лекарств, чтобы справиться с серьезными заболеваниями. Упростить процедуру регистрации лекарственных препаратов и иных процедур, связанных с обращением лекарств на российском рынке.

Ряд из указанных первоочередных мер в виде законодательных инициатив уже внесен фракцией «Справедливая Россия» в Государственную Думу. При этом значительная часть из них заблокирована парламентским большинством. Но мы не отступим и не откажемся от наших идей. В наших силах добиться создания по-настоящему эффективной системы здравоохранения и повышения ответственности государства за сохранение здоровья своих граждан.

БИБЛИОГРАФИЧЕСКИЙ СПИСОК ПУБЛИКАЦИЙ И МАТЕРИАЛЫ, ИСПОЛЬЗОВАННЫЕ ПРИ ПОДГОТОВКЕ ДОКЛАДА

- 1) Доклад НИУ ВШЭ «Здравоохранение: необходимые ответы на вызовы времени» (февраль, 2018);
- 2) Программа партии СПРАВЕДЛИВАЯ РОССИЯ, Москва, 2016
- 3) Материалы сайта Министерства здравоохранения Российской Федерации.
- 4) «Как увеличить человеческий капитал и его вклад в экономическое и социальное развитие» под редакцией Я.И. Кузьмина, Л.Н. Овчаровой, Л.И. Якобсона.
- 5) Материалы информационно-аналитической службы русская народная линия;
- 6) Материалы православного портала «Покров»;
- 7) «Правда о российской онкологии: проблемы и возможные решения / под редакцией С.А. Тюляндина, Н.В. Жукова. (М. Общероссийская общественная организация «Российское общество клинической онкологии». 2018. – 28 с.);
- 8) Статья Дениса Зинченко для портала Собеседник. Ru;
- 9) Материалы парламентских слушаний Комитета Государственной Думы по охране здоровья с на тему «Доступность и качество оказания медицинской помощи гражданам, проживающим в сельской местности. Правовое обеспечение» (октябрь 2017 года);
- 10) Вестник Росздравнадзора №1 2018, стр.17 Диспансеризация определенных групп взрослого населения: вопросы организации и контроля Н.И. РОГИНКО, заместитель начальника А.В. КОРОЧКИН, заместитель начальника, А.А. СТРЕЛЬЧЕНОК, главный специалист-эксперт;
- 11) Самарский государственный медицинский институт, Корымасов Е.А., директор института профессионального образования, «Почему буксует подготовка кадров для первичного здравоохранения»;
- 12) Бюллетень счетной палаты, №9, 2018г.;
- 13) Отчет о работе Счетной палаты Российской Федерации в 2017 г.;
- 14) Яковлева Т.В. Диспансеризация взрослого населения как важнейший инструмент профилактики неинфекционных заболеваний;
- 15) Фисенко В.С., Рогинко Н.И., Третьяков Г.В. Результаты контрольной деятельности Росздравнадзора по вопросам диспансеризации различных групп населения;
- 16) Голикова Д.В. Роль диспансеризации в укреплении здоровья населения;
- 17) Об организации диспансеризации и профилактических медицинских осмотров взрослого населения Москвы в 2013 г.;
- 18) Северный А. Нужна ли диспансеризация?;
- 19) Гольцман Т. Всероссийский медосмотр: первые результаты / Т. Гольцман // Известия. – 2015. – 21 июля;
- 20) Информационный бюллетень «Национальные проекты» №7,8,9 Управления библиотечных фондов (Парламентская библиотека);

- 21) Материалы рабочей встречи Президента Российской Федерации В.В. Путина с Министром здравоохранения Российской Федерации В.И. Скворцовой 1 августа 2017 г. (о доступности медицинской помощи);
- 22) Морозов Д.А. Программа «Земский доктор» необходима для обеспечения доступности медпомощи на селе;
- 23) Шипова В.М. Фельдшерско-акушерские пункты и фельдшерские здравпункты: новые функции и штаты;
- 24) Янин В.Н. Новые организационные модели повышения качества и доступности первичной и скорой медицинской помощи на селе;
- 25) Калашников К.Н., Лихачева Т.Н. Проблемы дефицита медицинских кадров в сельских территориях;
- 26) Мелерзанов А., Натензон М. Телемедицинские технологии – эффективный инструмент организации медицинской помощи сельскому населению;
- 27) Кузнецов П.П., Симаков О.В., Яцковский М.Ю. Электронное здравоохранение в сельских районах: чем оборудовать ФАПы;
- 28) Материалы и предложения органов законодательной и исполнительной власти субъектов Российской Федерации к Парламентским слушаниям на тему: «Доступность и качество оказания медицинской помощи гражданам»;
- 29) «Капитал здравоохранение: необходимые ответы на вызовы времени» (Москва февраль 2018), С.В. Шишкина, С.Г. Боярский, В.В. Власова, Л.С. Зосимова, М.Г. Колосницына, П.П. Кузнецова.

Библиографический список публикаций на сайтах организаций и информагентств:

- 1) www.csr.ru/wp-content/uploads/2018/02/Doklad_zdravoohranie_Web.pdf
- 2) www.ipag.hse.ru/publications/itconsult?search=15a2d174...87863dd28c8cfacb3ee1
- 3) www.new.pdfm.ru/35ekonomika/141202-1-kapital-zdravoohr...aciya-avtorah-sh.php
- 4) www.zapdoc.site/kak-uvelichit-chelovecheskij-kapital-i...lad-v-ekonomich.html new.pdfm.ru/35ekonomika/141202-1-kapital-zdravoohr...aciya-avtorah-sh.php
- 5) www.csr.ru/wp-content/uploads/2018/02/Doklad_zdravoohranie_Web.pdf cyberpedia.su/17x13c45.html
- 6) www.poisk-ru.ru/s14439t10.html
- 7) www.ruskline.ru/opp/2018/aprel/23/nacionalnaya_strateg...oblasti_demografii/ pokrov.pro/ национальная-стратегия-в-области-дем/
- 8) www.docplayer.ru/72995981-Pravda-o-rossiyskoy-onkologi...zhnye-resheniya.html
- 9) www.sobesednik.ru/zdorove/20180315-rak-najti-i-obezvre...it-missiya-vypolnima
- 10) www.komitet2-2.km.duma.gov.ru/upload/site21/10_Bibliodose.pdf
- 11) www.rosminzdrav.ru/news/2015/07/15/2449-kommentari...rammy-zemskiy-doktor
- 12) www.new.pdfm.ru/35ekonomika/141202-1-kapital-zdrav...aciya-avtorah-sh.php
- 13) www.csr.ru/wp-content/uploads/2018/02/Doklad_zdravoohranie_Web.pdf

Эксперты, экспертного совета СПРАВЕДЛИВОЙ РОССИИ, принимавшие участие в подготовке доклада:

1. Тумусов Ф.С. – д.э.н., профессор, первый заместитель председателя комитета Государственной Думы ФС РФ по охране здоровья;
2. Татаринцева Р. Я. – заведующий кафедрой РУДН;
3. Бобков В.Н. – зав. Лабораторией проблем уровня и качества жизни ИСЭП РАН;
4. Кузнецов П.П. – д.м.н., профессор ВШЭ, директор Портал РАМН, учредитель Фонда персонализированной медицины портал РАМН;
5. Дектярев В.А. – д.м.н., врач-кардиолог;
6. Саверский А.В. – Президент Общероссийской общественной организации «Лига защитников пациентов»;
7. Кравченко Т.И. – д. м.н, Ректор ЧОУ ДПО Медицинской академии остеопатического образования и Русской высшей школы остеопатической медицины, Президент Медицинской ассоциации профессиональных остеопатов;
8. Мохов А.А. – д.ю.н., профессор Московской юридической академии им.Кутафина;
9. Донич Д.А. – к.м.н. врач-гинеколог;
10. Вершинина М.Г.;
11. Николаев А.Б. – физиолог, Институт нормальной физиологии им. П.К. Анохина РАН;
12. Поляков В.Г. – и.о. директора НИИ детской онкологии и гематологии ФГБУ НМИЦ онкологии им. Н.Н. Блохина Минздрава России академик РАН, проф.;
13. Хряков В.В. – д.э.н., профессор РАНХиГС;
14. Гришин В.В. – д.м.н., профессор;
15. Христенко С. Н. – д.м.н., врач;

16. Костырин Е.В. – доцент МВТУ им.Баумана;
17. Пузин С.Н. – д.м.н., академик РАМН;
18. Чучалин А.Г. – академик РАН, вице-президент Национальной медицинской палаты, Председатель этического комитета Минздрава России, почетный член Кубинской и Чешской академий наук, Европейской Академии наук и искусств, Академии «Восток-Запад»;
19. Попович Л.Д. – д.м.н., профессор, директор НИИ здравоохранения, ВШЭ;
20. Юнусов Ф.А. – депутат Законодательного собрания, председатель комитета по охране здоровья;
21. Натензон М.Я. – к.т.н., доцент РУДН;
22. Ковалев Е.В. – врач психиатр, PhD;
23. Соколов Е.В. – профессор, зав.кафедрой МВТУ им. Баумана;
24. Зозуля В.В. – профессор МВТУ им. Баумана;
25. Харитоновна В.И. – д.и.н., профессор, зав. секцией медицинской антропологии Института антропологии и этнологии РАН;
26. Серпкова Т.Г. – ответственный секретарь секции здравоохранение Экспертного совета фракции Политической партии СПРАВЕДЛИВАЯ РОССИЯ в Государственной Думе;
27. Малышева Н.А. – советник руководителя фракции политической партии СПРАВЕДЛИВАЯ РОССИЯ в Государственной Думе.

