

**Федеральное государственное бюджетное образовательное
учреждение высшего образования
«РОССИЙСКАЯ АКАДЕМИЯ НАРОДНОГО ХОЗЯЙСТВА
И ГОСУДАРСТВЕННОЙ СЛУЖБЫ
ПРИ ПРЕЗИДЕНТЕ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ»**

**Габуева Л.А., Габуева Л.Г., Павлова Н.Ф.,
Зубарева Н.Н.**

**Менеджмент доступности первичного звена
здравоохранения в субъектах России с высокой долей
сельского населения**

Москва 2020

Аннотация. Проблема доступности медицинской помощи на селе является одним из фокусных направлений национальных целей и стратегических задач развития здравоохранения, определенных Указом Президента РФ от 7 мая 2018 года №204 и основными направлениями Паспортов развития здравоохранения субъектов РФ на период 2018-2024 гг. Вопросы охраны здоровья населения, проживающего в сельской местности, находятся в компетенции субъектов РФ, а качество и доступность ПМСП напрямую связаны с районированием сети районных больниц (РБ), фельдшерско-акушерских пунктов (ФАП), сельских амбулаторий.

Габуева Л.А., зав. научно-исследовательской лабораторией, научно-исследовательская лаборатория экономики здравоохранения ИОМ Российской академии народного хозяйства и государственной службы при Президенте РФ

Габуева Л.Г., научный сотрудник научно-исследовательской лаборатории экономики здравоохранения ИОМ Российской академии народного хозяйства и государственной службы при Президенте РФ

Павлова Н.Ф., ведущий научный сотрудник научно-исследовательской лаборатории экономики здравоохранения ИОМ Российской академии народного хозяйства и государственной службы при Президенте РФ

Зубарева Н.Н., и.о. зав. базовой кафедрой организации здравоохранения и общественного здоровья. НИУ «БелГУ» (Научно-исследовательский университет «Белгородский государственный университет»)

Данная работа подготовлена на основе материалов научно-исследовательской работы, выполненной в соответствии с Государственным заданием РАНХиГС при Президенте Российской Федерации на 2019 год

СОДЕРЖАНИЕ

ТЕРМИНЫ И ОПРЕДЕЛЕНИЯ	4
ПЕРЕЧЕНЬ СОКРАЩЕНИЙ И ОБОЗНАЧЕНИЙ	7
ВВЕДЕНИЕ	10
1 Измерение доступности медицинской помощи населению в российской и зарубежных практиках: возможности использования для первичного звена здравоохранения	13
2 Сельское население - как отдельная фокус-группа потребителей услуг здравоохранения	20
3 Доступность медицинской помощи - как категория районирования сети медицинских организаций для создания комфортной и безопасной среды жизнедеятельности сельских домохозяйств	30
4 Традиции и инновации в экономике и планировании доступности первичной и специализированной помощи территориальному населению (включая сельское)	38
5 Обобщение существующих и перспективных организационно-управленческих моделей в первичном звене здравоохранения субъектов РФ с высокой долей сельского населения	54
ЗАКЛЮЧЕНИЕ	67
СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННЫХ ИСТОЧНИКОВ	73

ТЕРМИНЫ И ОПРЕДЕЛЕНИЯ

Бережливое производство	-комплекс управленческих мер, стандартизирующих бизнес-процессы лечения и маршрутизацию пациентов в медицинских организациях (поликлиниках, стационарах)
Биохакинг (персональный)	– комплекс мер, анализируемых по известным физиологическим процессам и изменяющий качество жизни гражданина
Видеоконференцсвязь с использованием Skype, Google+ и др.	- технология интернет коммуникаций, использующая возможности обратной связи с помощью звонков с телефонов (стационарных и мобильных) и обеспечивающая текстовое, голосовое и видео общение
Виртуальный госпиталь	– управление состоянием здоровья пациента, оказание ему дистанционных медицинских, организационных, биллинговых, обучающих, консультационных и иных услуг на основе медико-информационного программного комплекса
Доступность медицинских услуг сельским жителям	- обеспечение комплекса мер (организационных, материально-технических, кадровых, финансовых) для предоставления законодательных прав на получение бесплатной медицинской помощи населению муниципальных образований, расположенных в сельской местности
Индексы (критерии) доступности медицинских услуг сельским жителям	-количественные показатели для оценки объемов и стоимости потребления сельским населением услуг ТПГГ (ТП ОМС); показатели обеспеченности врачами и медицинскими организациями сельских муниципальных образований
Колл-центр (callcenter)	– центр обработки обращений (звонков) пациентов
Контакт-центр (contact-center)	– структурное подразделение медицинской организации, обслуживающее реальных и потенциальных пациентов с предоставлением информации об услугах и условиях их предоставления
Личный (семейный) врач-тьютор	– подготовленный врач терапевтического профиля (терапевт, врач общей практики, семейный врач, педиатр и пр.), способный сопровождать процессы индивидуального здоровья пациентов
Медицина 4П	– новая модель развития здравоохранения, построенная на принципах прогнозирования развития заболеваний (<u>п</u> редикция); предотвращения появления заболеваний (<u>п</u> ревентивность, профилактика); <u>п</u> ерсонализация

Менеджмент качества для учреждений здравоохранения на селе	– индивидуальный подход к каждому пациенту; <u>партисипативности</u> – мотивированного участия пациента в медицинских мероприятиях -система мер управленческого воздействия на лечебно-диагностические процессы с целью адаптации их к лучшим практикам и стандартизованным процедурам по этапам оказания медицинской помощи, которая должна привести к росту качества и доступности медицинских услуг жителям, проживающим в сельской местности
Мощность учреждения здравоохранения	- количественная оценка максимальной емкости коек (койко-дней), посещений для обеспечения непрерывной работы медицинской организации при установленной сменности и режиме работы
Областные медицинские учреждения	– крупная больница для медицинского обеспечения населения области, имеющая все виды специализированной (включая высокотехнологическую, скорую) медицинскую помощь; крупная консультативная поликлиника для жителей, специализированная стоматологическая поликлиника и др.; а также учреждения диспансерного типа по направлениям: онкология, наркология, психиатрия, ВИЧ (СПИД) и пр.
Районные медицинские учреждения	- центральная районная, районные больницы с поликлиниками и отделениями скорой и неотложной медицинской помощи, районные диспансеры и другие медицинские учреждения, размещенные в зоне территориального прикрепления (медицинского обеспечения) населения муниципального образования
Сельский врачебный участок (СВУ)	– это комплекс лечебно-профилактических объектов: участковая больница с амбулаторией (поликлиникой) или самостоятельная больница (врачебная амбулатория, ФАП, медицинские профилактории сельхозпредприятий); аптечные пункты; молочные кухни, которые приближают первичную медико-санитарную помощь к сельскому населению в условиях удаленности населенных пунктов от районных и центральных районных больниц
Телемедицинские услуги	– дистанционные теле- консультации пациента или его анализов лучшими отечественными и (или) зарубежными специалистами
Фельдшерско-акушерский пункт	- доврачебное медицинское учреждение, оказывающее медико-санитарную помощь сельскому населению
Фокусные направления майского 2018 года Указа Президента Российской Федерации	- приоритетные виды и направления развития специализированной и первичной медико-санитарной помощи населению России, а также

Экономическая эффективность	меры по созданию новой модели учреждений первичного звена здравоохранения - соотношение расходов и значимых показателей результативности работы системы здравоохранения (например, исходов заболеваний), которое часто выражается как отношение расходов к сохраненным годам жизни с поправкой на ее качество
Электронный офис здоровья (Единое электронное окно здоровья)	– совокупность электронных медицинских карт (электронных карт здоровья), возможностей электронного обмена данными со службами социальной защиты, основанные на использовании платежных личных кабинетов пациента (застрахованного лица) для персонального менеджмента медицинских услуг, включая оплату

ПЕРЕЧЕНЬ СОКРАЩЕНИЙ И ОБОЗНАЧЕНИЙ

РАНХиГС	- Российская академия народного хозяйства и государственной службы при Президенте Российской Федерации
ВКС	-видеоконференцсвязь
ВМП	-высокотехнологичная медицинская помощь
ВОЗ	-Всемирная организация здравоохранения
ВВП	-валовый внутренний продукт
ВРП	- валовый региональный продукт
ВОП	-врач общей практик
ВУЗ	-высшее учебное заведение
ДСГ	-диагностически-связанная группа
ДФО	-дальневосточный федеральный округ
ЗОЖ	-здоровый образ жизни
ЕГИСЗ	-единая государственная информационная система в сфере здравоохранения
ЕМИАС	-единая медицинская информационно-аналитическая система Москвы
ЕЦОЗ	-информационный web-сервис «Единое цифровое окно здоровья»
КСГ	-аналог ДСГ в российской практике оплаты законченного случая лечения
КПУ	-коэффициент потребления услуг
МО	-медицинская организация
МП	-медицинская помощь
МКБ-10	- Международная классификация болезней 10-го пересмотра
МСУ	-органы местного самоуправления
ОДК	-основные диагностические категории
ОМС	-обязательное медицинское страхование
ОПМСП	- организации, оказывающие первичную медико-санитарную

помощь

ПГГ	-программа государственных гарантий обеспечения граждан РФ бесплатной медицинской помощью
ТПГГ (ОМС)	-территориальная программа государственных гарантий обеспечения граждан субъектов РФ бесплатной медицинской помощью (включая программы обязательного медицинского страхования (ОМС))
ПВФО	-приволжский федеральный округ
ПМСП	- первичная медико- санитарная помощь
СибФО	-сибирский федеральный округ
СВКФО	-северо-кавказский федеральный округ
СЗФО	-северо-западный федеральный округ
СДХД	-сельское домохозяйство с детьми
СДХП	- сельское домохозяйство пенсионеров
ТФОМС	-территориальный фонд обязательного медицинского страхования
УБ	-участковая больница
УКСП	-уровень клинической сложности пациентов
УрФО	-уральский федеральный округ
ФАП	- фельдшерско-акушерский пункт
ФП	- фельдшерский пункт
УрФО	-уральский федеральный округ
ФАП	- фельдшерско-акушерский пункт
ФП	- фельдшерский пункт
Ф	- фельдшер
ФОМС	-фонд обязательного медицинского страхования
AI	-искусственный интеллект (artificial intelligence)
BRMN	-стандартизованная система нотаций (процессов) управления
KPI	-ключевой показатель достижения успеха в определенной деятельности, в достижении определенных целей

mHealth	-мобильная медицина
JCI (Joint Commission International)	-международная неправительственная некоммерческая организация, миссией которой является постоянное повышение надежности и качества медицинского обслуживания на основе выполнения стандартизованных процедур (процессов) управления
Стандарты JCI	-система мер, направленных на соблюдение регламентов и порядков при организации медицинской помощи на основе соблюдения международных требований к качеству процессов управления (бизнес- процессов), которая может привести к получению международной аккредитации медицинской организации по системе Joint Commission International

ВВЕДЕНИЕ

В условиях неравномерности развития качественной дорожной сети субъектов Российской Федерации и формирования инфраструктуры гражданского и промышленного строительства преимущественно в городах и городских округах наблюдается дисбаланс обеспеченности населения услугами объектов образования, здравоохранения и культуры в сельской местности. В последние годы наблюдается процесс сокращения показателей сельской социальной инфраструктуры, который в значительной степени затрагивает сферу предоставления медицинских услуг. Медленные темпы развития мобильных и дистанционных форм обслуживания населения муниципальных образований снижают доступность для сельского населения образовательных, медицинских, культурных, торговых и бытовых услуг.

При этом, отмеченное в последние годы усиление социальной направленности работы органов исполнительной власти субъектов РФ и муниципальных образований предполагает рост уровня доходов и улучшение условий жизни на селе, создание в сельской местности новых рабочих мест для категорий работоспособного населения, развитие приусадебного и фермерского производства, восстановление и развитие на селе социально-культурной инфраструктуры и здорового образа жизни. Весь комплекс задач предполагает обеспечение межведомственного взаимодействия в вопросах повышения качества жизни граждан, проживающих в сельской местности. Существенной составной частью качества жизни населения, как известно, является здоровье (физическое и психологическое).

В этой связи, актуальность изучения вопросов доступности первичной медико-санитарной помощи подтверждается наличием проблемы неснижаемых показателей заболеваемости детского и взрослого населения сельских домохозяйств. Основными классами болезней, приводящими к высокой летальности населения субъектов РФ, являются заболевания органов кровообращения, онкологические заболевания. Улучшение организации и оплаты медицинской помощи на селе можно рассматривать в контексте новой логистики пациентов по всем этапам обращения за помощью: в учреждения скорой (неотложной) помощи, в участковую службу поликлиники, к специалистам дневного и круглосуточного стационара. При этом будет организационно-экономически неэффективно делать основной акцент на дорогостоящую специализированную и высокотехнологичную медицинскую помощь.

Как известно, эти вопросы являются фокусными направлениями национальных целей и стратегических задач развития отечественного здравоохранения, определенных

Указом Президента РФ от 7 мая 2018 года №204[1] и основными направлениями Паспортов развития здравоохранения субъектов РФ на период 2018-2024 гг. Обеспечение доступности медицинской помощи для городского и сельского населения названо Министерством здравоохранения РФ в числе мер построения перспективной сети медицинских организаций. [2]

Модельными объектами изучения качества и доступности медицинской помощи для жителей, проживающих в сельской местности могут быть те российские субъекты в федеральных округах, где имеется наибольший удельный вес сельских жителей по сравнению с общей численностью населения (рисунок 1).

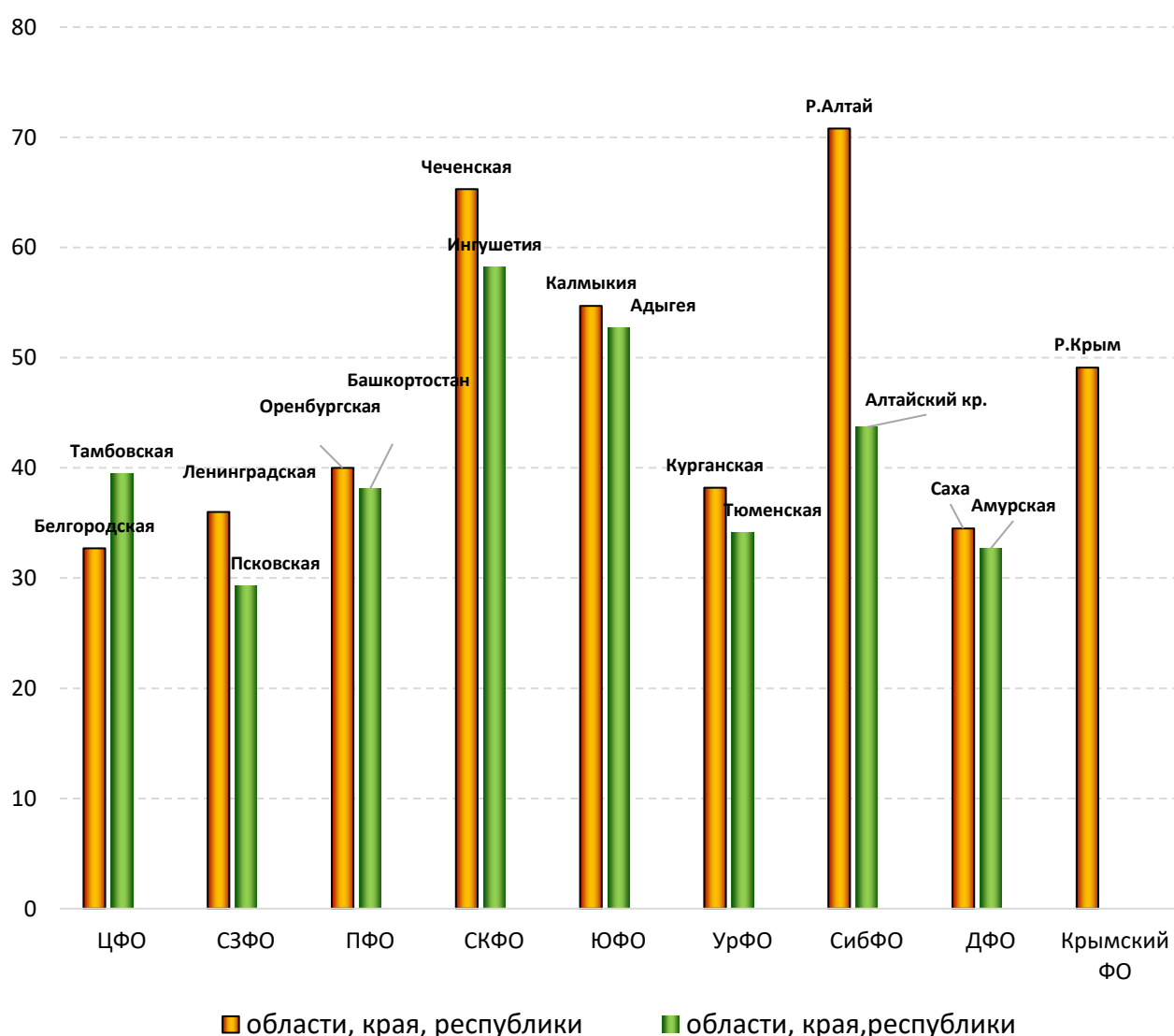


Рисунок 1 - Сравнительная характеристика в разрезе Федеральных округов по субъектам с высокой долей сельского населения - 17 областей, краев, республик России, 2018 г., % (по данным Росстата[3] и ЦНИОЗ [4]составлено авторами)

Выбранные субъекты по федеральным округам демонстрируют следующие цифры по доле сельского населения (рисунок 1): Центральный Федеральный Округ: Тамбовская обл. (39,5%) и Белгородская обл. (32,7%); СЗФО: Ленинградская обл. (36,0%) и Псковская обл. (29,3%); ПФО: Оренбургская обл. (40%) и Республика Башкортостан (38,1%); СКФО: Чеченская Республика (65,3%), Республика (58,2%); ЮФО: Республика Калмыкия (54,7%), Республика Адыгея (52,7%); УрФО: Курганская обл. (38,2%), Тюменская обл. без автономных округов (34,1%); СибФО: Республика Алтай (70,8%) и Алтайский край (43,7%); ДФО: Республика САХА (34,5%) и Амурская обл. (32,7%); Крымский ФО: Республика Крым (49,1%) (рисунок 1).

Прежде чем исследовать специфику потребления услуг здравоохранения жителями, проживающими в сельской местности, обобщим отечественные и зарубежные методические подходы к измерению доступности медицинской помощи.

1 Измерение доступности медицинской помощи населению в российской и зарубежных практиках: возможности использования для первичного звена здравоохранения

Европейское региональное бюро Всемирной организации здравоохранения в 2007 году [5], в 2018 году [6], как известно, определяя доступность и качество медицинской помощи выделяет:

- Достаточность комплекса диагностической и лечебной помощи;
- Необходимость объективной оценки оптимальных для здоровья конкретного пациента результатов;
- Соответствие помощи уровню медицинской науки и технологиям;
- Адекватность лечения условиям возраста, основного и сопутствующего заболевания, медикаментозной терапии и т.д.
- Проведение всех действий с минимальным риском дополнительного травмирования или нетрудоспособности. [5, 6]

Российское нормативное регулирование вопросов доступности и качества медицинской помощи определяет данное направление как стратегическое [7] и предполагает следующие ее составляющие [8]:

- Своевременность оказания медицинской помощи;
- Правильность выбора методов профилактики, диагностики, лечения и реабилитации при оказании медицинской помощи;
- Степень достижения запланированного результата.

В соответствии с вышесказанным, а также на основе разработанных и утвержденных федеральных правил предоставление медицинской помощи в отечественном здравоохранении стало возможным обеспечивать единство требований к качеству и доступности медицинского обеспечения вне зависимости от места проживания гражданина, вне зависимости от организационно - правовой формы медицинской организации. Такие требования опираются на отраслевые регламенты (стандарты) оказания, порядки организации помощи по видам (первичная, специализированная, скорая) и условиям ее предоставления (в круглосуточном стационаре, в дневном стационаре, в поликлинике).

В этой связи, процесс анализа качества помощи принято строить на сравнении фактических действий врача с рекомендованными клиническими рекомендациями и стандартами. На основе проверок выполнения стандартов лечения в поликлиниках и

стационарах, проводимых страховыми компаниями, работающими по ОМС, обеспечивается контроль за их соблюдением [9].

Вместе тем, начиная с 2010 года и по настоящий момент Росздравнадзор России издает требования и ГОСТы системы менеджмента качества [10-13]. Рекомендации по улучшению процессов в учреждениях здравоохранения», которые вводят понятие «стандартные операционные процедуры» в вопросы управления ресурсами и деятельность медицинских организаций.

В 2019 году опубликованы данные по исследованию качества и доступности медицинской помощи в системе общественного здоровья в субъектах РФ, проведенному экспертами Высшей школы экономики (2018 год)[14].

В этом методическом подходе сформирован один из вариантов комплексной оценки всех российских регионов по 6-ти группам показателей: продолжительность жизни и смертность; кадровое обеспечение отрасли; оказание медицинской помощи при сердечно-сосудистых заболеваниях; оказание медицинской помощи при онкологических заболеваниях; охрана здоровья матери и ребенка; организация паллиативной помощи.

Для целей изучения качества и доступности медицинской помощи сельскому населению использование приведенных выше показателей не в полной мере соответствует уровню результативности работы первичного звена здравоохранения. При этом, используемый исследовательский методический аппарат заслуживает внимания. Так, по каждой из 6-ти групп показателей рассчитывается отдельный рейтинг для каждого региона (предварительно показатели нормируются от 0 (худшее значение) до 1 (лучшее значение)). Затем полученные рейтинги по группам используются для построения интегрального рейтинга субъектов РФ по доступности и качеству медицинской помощи. Отметим, что исследование опирается на данные официальных статистических форм по здравоохранению [14]. Отметим, что результат проведенного ВШЭ исследования, демонстрирует отсутствие федеральной стратегии измерения и мониторинга качества и доступности, как управленческой категории.

Пример регионального «разброса» интегральных рейтингов доступности и качества медицинской помощи в моменте (2017 год) и за пятилетний период (2012-2017 гг.) в исследуемых 17-ти субъектах РФ с наибольшей долей сельского населения представлен на рисунке 2. Прерывистая линия демонстрирует приближение фактических оценок субъектов к 1- максимально возможному показателю рейтинга «в моменте», а сплошная – средний за фактический рейтинг за пятилетний период.

- Рейтинг доступности и качества помощи (0-1) в 2017 году
- Рейтинг по средним темпам изменения доступности и качества помощи (0-1) в период 2012-2017 гг.

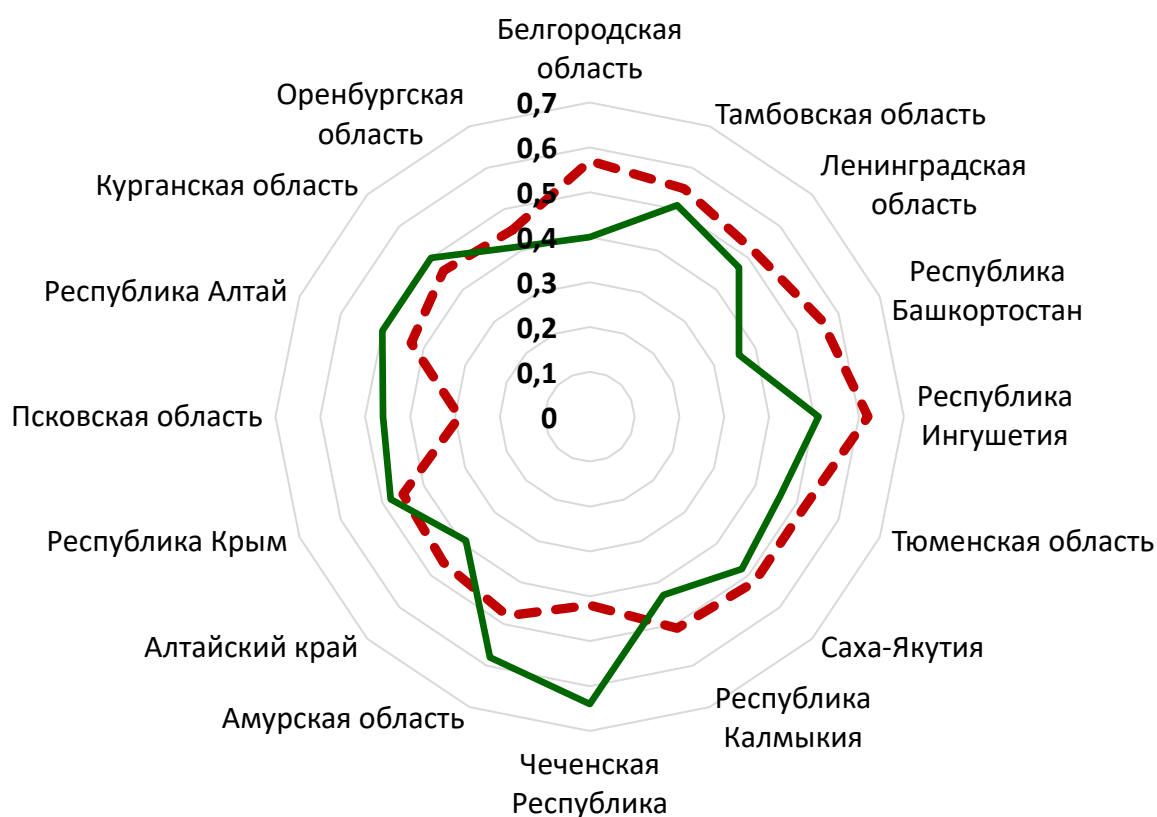


Рисунок 2 - Изменение рейтингов доступности и качества медицинской помощи в долях 1 (где 0-самый низкий, 1-самый высокий) в 17-ти субъектах РФ с высокой долей сельского населения в период 2012-2017 гг. и в «моменте» 2017 год (составлено авторами на основе данных [14])

Как видно, на рисунке 2 по среднему приросту темпов изменения сравниваемых интегральных оценок за период 2012-2017 годов, анализируемые субъекты РФ распределились крайне неравномерно: при общем позитивном росте годовой (за 2017 год) оценки - «в моменте», субъекты показывают негативную оценку динамики в пятилетнем периоде. Например, Белгородская область – лидер рейтинга доступности и качества медицинской помощи в 2017 году (интегральная оценка на уровне 0,6), за пятилетний отрезок времени (2012-2017 гг.) показывает снижение темпов роста (интегральная оценка на уровне 0,3). Такая же ситуация в Республике Ингушетия. При этом, Чеченская Республика лидирует в оценках темпов роста за пятилетний период (интегральная оценка -0,7), но имеет снижение (рейтинг 0,3) по итогам оценки в 2017 году. Курганская, Псковская области и Республика Алтай и некоторые другие субъекты имеют сходную

картину неравномерности темпов прироста (снижения) показателя интегральной оценки за период и «в моменте». Отметим рост показателей оценок за 2017 год в Тамбовской, Ленинградской, Тюменской и ряде других областей, а также в Республиках Башкортостан и Калмыкия, наблюдающийся на фоне относительно низких рейтингов доступности и качества медицинской помощи в предыдущие 5-ть лет.

Понятно, что такая неравномерность рейтинговых мест оцениваемых субъектов РФ говорит об отсутствии устойчивой отраслевой методологии измерения и контроля показателей доступности и качества медицинской помощи и необходимости совершенствования системы мотивации менеджеров отрасли за рост этого показателя.

Обобщая многообразие методических подходов к формированию показателей доступности медицинской помощи в российской и зарубежной практиках, попробуем дополнить уже существующую систему теми показателями, которые могут, на наш взгляд, быть использованы в фокус-группе - население, проживающее в сельской местности.

Первая группа показателей-инфраструктурные, характеризующие потенциальные возможности сети медицинских организаций и кадров в сельской местности обеспечить доступ к услугам здравоохранения жителей села.

$$\begin{array}{lcl} \text{обеспеченность врачами на 10} & & \text{общее количество штатных врачей,} \\ \text{тыс. сельского населения} & = & \text{работающих в учреждениях на селе} \\ & & \text{10 000 человек сельского населения} \end{array} \quad (1)$$

$$\begin{array}{lcl} \text{обеспеченность средним} & & \text{общее количество штатных средних} \\ \text{медицинским персоналом} & & \text{медицинских работников,} \\ \text{на 10 тыс. сельского} & = & \text{работающих в учреждениях на селе} \\ \text{населения} & & \text{10 000 человек сельского населения} \end{array} \quad (2)$$

$$\begin{array}{lcl} \% \text{ выполнение врачами,} & & \text{плановое значение ФВД} \\ \text{работающими на селе} & & \text{(посещений, коек и пр.)} \\ \text{функции врачебной} & = & \text{фактическое значение ФВД} \\ \text{должности (ФВД)} & & \text{(посещений, коек и пр.)} \end{array} \quad \begin{array}{l} \times 100\% \\ (3) \end{array}$$

$$\begin{array}{lcl} \text{доля фельдшерско-} & & \text{количество ФАП и ФП} \\ \text{акушерских пунктов (ФАП)} & & \text{находящихся в аварийном} \\ \text{и фельдшерских пунктов} & & \text{состоянии и требующих} \\ \text{(ФП), находящихся в} & & \text{капитального ремонта} \end{array}$$

$$\frac{\text{аварийном состоянии и требующих капитального ремонта, в общем количестве ФАП и ФП субъекта РФ}}{\text{общее количество ФАП и ФП в субъекте РФ}} = \quad (4)$$

$$\frac{\text{показатель использования коечного фонда медицинских организаций, расположенных в сельской местности}}{\text{показатель использования коечного фонда медицинских организаций на селе}} = \frac{\text{(плановое количество работы койки в году X плановую коечную мощность стационарных медицинских организаций на селе)}}{\text{(фактическое количество работы койки в году X фактическую коечную мощность стационарных медицинских организаций на селе)}} \times 100\% \quad (5)$$

$$\frac{\text{показатель использования мощности амбулаторно-поликлинических учреждений, расположенных в сельской местности (АПУ^с)}}{\text{показатель использования мощности амбулаторно-поликлинических учреждений на селе}} = \frac{\text{плановая мощность посещений в смену АПУ^с}}{\text{фактическое количество посещений в смену АПУ^с}} \quad (6)$$

Вторая группа показателей – уровень сложившегося потребления гарантированных бесплатных услуг сельскими домохозяйствами (в рамках территориальных сегментов программы госгарантий).

$$\frac{\text{доля охвата профилактическими медицинскими осмотрами (ПМО) взрослого населения сельских муниципальных образований, подлежащего профилактическим медицинским осмотрам}}{\text{доля охвата профилактическими медицинскими осмотрами на селе}} = \frac{\text{произведено ПМО для сельских жителей (из числа подлежащих осмотрам)}}{\text{общее количество сельских жителей, подлежащих ПМО}} \quad (7)$$

$$\frac{\text{доля охвата ПМО детей, проживающих в сельской местности (из числа)}}{\text{доля охвата ПМО детей, проживающих в сельской местности на селе}} = \frac{\text{произведено ПМО для детей, проживающих в сельской местности (из числа подлежащих профилактическим медицинским осмотрам)}}{\text{общее количество детей, проживающих в сельской местности, подлежащих ПМО}} \quad (8)$$

подлежащих
профилактическим
медицинским осмотрам)

$$= \frac{\text{общее количество детей, проживающих в сельской местности в субъекте РФ}}{\text{общее количество детей, проживающих в сельской местности в субъекте РФ}}$$

доля случаев оказания
специализированной
медицинской помощи в
стационарных условиях в
рамках территориальной
программы обязательного
медицинского страхования
(ТП ОМС), для граждан,
проживающих в сельской
местности

$$= \frac{\text{количество законченных случаев стационарного лечения в рамках ТПОМС, оказанных для граждан, проживающих в сельской местности}}{\text{общее количество законченных случаев стационарного лечения в рамках ТПОМС, оказанных для граждан субъекта РФ}}$$

(9)

число вызовов скорой
медицинской (СМП) для
граждан, проживающих в
сельской местности (на 1000
человек сельского населения)

$$= \frac{\text{количество вызовов СМП для граждан, проживающих в сельской местности}}{1000 \text{ человек сельского населения субъекта РФ}}$$

(10)

число случаев обращения по
поводу заболевания (СОПЗ) в
амбулаторно-
поликлинические учреждения
(АПУ) и (или) их
подразделения для граждан,
проживающих в сельской
местности

$$= \frac{\text{СПОЗ в АПУ для граждан, проживающих в сельской местности}}{1000 \text{ человек сельского населения субъекта РФ}}$$

(11)

доля посещений выездной
патронажной службой на
дому (ВПСД) для оказания
паллиативной медицинской
помощи взрослому
населению, проживающему
на селе в общем количестве
посещений по
паллиативной медицинской
помощи взрослому
населению субъекта РФ

$$= \frac{\text{количество посещений ВПСД для оказания паллиативной помощи взрослому населению, проживающему на селе}}{\text{общее количество посещений по паллиативной медицинской помощи взрослому населению субъекта РФ}} \times 100\%$$

(12)

$$\begin{aligned} & \text{доля расходов на оказание} \\ & \text{медицинской помощи для} \\ & \text{жителей сельских} \\ & \text{муниципальных образований} \\ & \text{(СеМО) в общих расходах на} \\ & \text{территориальную программу} \\ & \text{госгарантий (ТПГГ)} \end{aligned} = \frac{\begin{aligned} & \text{расходы ТПГГ на} \\ & \text{медицинскую помощь} \\ & \text{сельскому населению СеМО} \end{aligned}}{\begin{aligned} & \text{общие расходы ТПГГ в} \\ & \text{субъекте РФ} \end{aligned}} \times 100\% \quad (13)$$

Третья группа – *ценовые показатели охвата сельских граждан услугами госгарантий*

$$\begin{aligned} & \text{показатель возмещения} \\ & \text{стоимости законченного} \\ & \text{случая специализированной} \\ & \text{помощи в условиях} \\ & \text{стационара (СпецМПС) для} \\ & \text{сельского жителя за счет} \\ & \text{средств ОМС} \end{aligned} = \frac{\begin{aligned} & \text{средний фактический размер оплаты} \\ & \text{в ОМС законченного случая} \\ & \text{СпецМПС для сельского жителя в} \\ & \text{субъекте РФ} \end{aligned}}{\begin{aligned} & \text{норматив стоимости законченного} \\ & \text{случая СпецМПС (клинико-} \\ & \text{статистической группы (КСГ)) по ТП} \\ & \text{ОМС в субъекте РФ} \end{aligned}} \times 100\% \quad (14)$$

$$\begin{aligned} & \text{показатель возмещения} \\ & \text{стоимости случая обращения по} \\ & \text{поводу заболевания в} \\ & \text{амбулаторно-поликлиническое} \\ & \text{учреждение (СОзаБАПУ)} \\ & \text{гражданина, проживающего в} \\ & \text{сельской местности} \end{aligned} = \frac{\begin{aligned} & \text{средний фактический размер} \\ & \text{оплаты в ОМС СОзаБАПУ} \end{aligned}}{\begin{aligned} & \text{норматив стоимости СОзаБАПУ} \\ & \text{по ТПОМС субъекта РФ} \end{aligned}} \times 100\% \quad (15)$$

$$\begin{aligned} & \text{доля розничного дохода аптек} \\ & \text{и аптечных пунктов,} \\ & \text{расположенных в сельской} \\ & \text{местности в расчете на 1000} \\ & \text{сельского населения} \end{aligned} = \frac{\begin{aligned} & \text{розничный доход аптек и аптечных пунктов в} \\ & \text{сельской местности} \end{aligned}}{1000 \text{ человек сельского населения субъекта РФ}} \quad (16)$$

Перечень таких показателей не является закрытым. Уточненные измерители имели целью показать возможности и необходимость учета при планировании помощи и выделении ассигнований наличие в отечественном здравоохранении специфику потребления услуг сельским населением, чья медицинская обеспеченность существенно влияет на показатели региональных рейтингов доступности и качества услуг первичного звена здравоохранения.

Остановимся на особенностях потребления услуг здравоохранения сельскими домохозяйствами более подробно.

2 Сельское население - как отдельная фокус-группа потребителей услуг здравоохранения

Численность жителей в сельских населённых пунктах страны в 2010 году (в год переписи населения) по данным Федеральной службы государственной статистики (Росстата) [3, с.82] составляла 37543 тыс. человек.

Если сравнить её с численностью сельских жителей в 2002 году, равной 38738 тыс., налицо снижение численности на 1,195 млн. человек. Сокращение числа жителей происходит по многим причинам, но одной из них является невысокий уровень качества медицинской помощи, особенно жителям малочисленных, отдалённых и труднодоступных населённых пунктов.

Удельный вес сельских населённых пунктов, не имеющих связи по дорогам с твёрдым покрытием (то есть местные дороги в поселениях только грунтовые – самого низкого качества) с сетью дорог общего пользования (более высокого качества), составляет 29,6% ([3, с.428].

Другими словами, почти треть сельских населённых пунктов не имеют стабильной автотранспортной связи с внешним миром. А в весеннюю и осеннюю слякоть, в условиях снежных заносов зимой такие населённые пункты попросту отрезаны от «большой земли». Сложившееся положение с транспортной доступностью значительной части сельского населения создаёт условия, при которых предоставление медицинской помощи (в том числе и скорой помощи) очень затруднено или вообще исключено. Подобная изолированность сельского населения от своевременной и полноценной (в том числе высокотехнологичной) медицинской помощи является масштабной проблемой отечественного здравоохранения.

К изложенному следует добавить факты серьёзных дополнительных трудностей как для жителей сельских поселений, так и для медицинских организаций, создаваемых суровыми климатическими условиями на значительной территории страны. Всего один пример. Средняя температура января в Республике Саха (Якутия) составляет до минус 40-48оС, а абсолютный минимум температуры достигает минус 66,8оС. В таких условиях для оказания скорой медицинской помощи, эвакуации больных с целью госпитализации, предоставления плановой медицинской помощи в форме выезда бригады медиков разных специальностей к местам проживания сельского населения требуются специальные автомобили повышенной проходимости, способные работать в условиях крайне низких температур.

Одновременно с вышесказанным, следует констатировать недостаточное внимание вопросам оказания медицинской помощи жителям малочисленных, отдалённых и труднодоступных сельских поселений в реально сложившихся условиях, малая изученность уровня качества медпомощи научным сообществом делает исследование данной проблемы актуальным.

Принимая во внимание, что в сельских поселениях с крайне низкой численностью жителей основной категорией являются пенсионеры, которые самостоятельно проживают, или составляют сельскую семью нетрудоспособного возраста, или проживают с детьми. Потребность у пенсионеров в медицинской помощи в полтора раза выше, чем у людей среднего возраста, а в госпитализации они нуждаются почти в три раза чаще. Ситуация усугубляется ещё и тем, что количество медицинских организаций в стране постоянно сокращается.

Для муниципальных образований, исследуемых 17-ти пилотных субъектов РФ с высокой долей сельского населения, домохозяйства – как объект измерения уровня доступности и качества услуг здравоохранения представляется весьма уместным идентифицировать так называемые «фокус-группы потребителей» внутри общей группы. Персонификация медицинской помощи для каждого сельского жителя – это неоправданная исследовательская гипотеза, равно и чрезмерная задача для целей формирования усредненного портрета потребителя медицинской помощи, которую в последующем следует погружать в госпрограммы и финансировать. Измерять уровень личной удовлетворенности каждого прикрепленного к участковой больнице (ФАП, амбулатории, семейной практики и пр.) – это важная миссия, способствующая пациент ориентированности на уровне медицинских организаций, расположенных в сельских округах и медицинских работников.

Для целей управленческих задач более высокого уровня принятия решений, предполагая обобщения, имеющие региональное, федеральное внедрение, мы ориентированы на «учетную единицу» - сельские домохозяйства. Такая учетно-статистическая единица может быть далее дифференцирована в организационно-методических подходах и для целей использования в существующей финансовой модели оплаты медицинской помощи.

В этой связи отметим, что система формирования государственного заказа на услуги медицинских организаций в последнее время оплачивается преимущественно через систему обязательного медицинского страхования, которая регулирует единство

планирования объемов помощи застрахованным гражданам и устанавливает унифицированные тарифные правила, регулируемые на всей территории России.

В этом смысле, предложения по совершенствованию подходов к идентификации портрета потребителя услуг сельского здравоохранения все больше тяготеет к домохозяйствам. Они концентрируют сложившийся уклад жизни всех поколений и, как правило, представлены членами семей:

- трудоспособного возраста с детьми;
- пенсионеров;
- имеющих и пенсионеров, и трудоспособных граждан, и детей и пр.

В целях сценарного моделирования исследовательской гипотезы авторы будут использовать укрупненный идентификатор сельского домохозяйства двух видов:

1)СДХП –сельские домохозяйства пенсионеров;

2)СДХД – сельские домохозяйства с детьми. Оговоримся, что такое упрощение вводится в отдельные разделы текста для демонстрации некоторых управленческих механизмов. Авторы не ставят целью детализировать классификатор сельских домохозяйств. Заметим, что вопросам классификации сельских домохозяйств по социальному составу и половозрастной структуре членов может быть посвящено отдельное исследование, актуальность которого подчеркивается практическими обсуждениями региональных управленцев системы социального обеспечения, здравоохранения, образования.

Принятая практика установления одинаковых подходов к дифференциации размера подушевого финансирования медицинских организаций, реализующих территориальные программы государственных гарантий и расположенных в муниципальных образованиях субъектов как с низкой, так и с высокой долей сельского населения, может быть скорректирована достаточно эффективно при ориентации на уровень потребления домохозяйствами на селе медицинской помощи за ряд лет.

При этом, не столько важна оценка бюджетов сельских домохозяйств, - ведь платные медицинские услуги на данном уровне здравоохранения не имеют рыночного спроса (предложения), сколько, - формируемый запрос на объемы потребления медицинских услуг государственного здравоохранения.

В этой связи для целей районирования сети организаций здравоохранения и распределения между ними согласованных объемно-финансовых заданий, очень важным представляется формирование «портфеля(ей)» запросов сельских домохозяйств по

объемам фактически сложившихся и прогнозируемых (на основе медико-демографических прогнозов) видов помощи.

Основные статистически сложившиеся потребности в видах и объемах первичной медико-санитарной помощи за год (три года), например, могут определяться по следующим блокам:

1. Количество посещений врачей разных специальностей с профилактическими целями,
2. Количество посещений врачей по неотложным состояниям,
3. Количество обращений граждан к врачам в связи с заболеванием,
4. Количество диагностических обращений за лабораторными и инструментальными исследованиями в поликлиники и (или) централизованные клиническо-диагностические службы и (или) параклинические отделения центральных районных больниц, центры семейной медицины (сельские медицинские округа) и пр. организационно-правовые формы предоставления населению медицинских услуг,
5. Количество и виды обращений за специализированной медицинской помощью,
6. Количество и виды обращений за высокотехнологичной медицинской помощью,
7. Количество и виды обращений за санаторно-курортным лечением, медицинской реабилитацией,
8. Количество обращений за сестринской помощью, помощью по уходу, паллиативной помощью.

Все перечисленные выше блоки анализа сформированной потребности сельского населения в услугах здравоохранения могут характеризовать объемы и эффективность так называемых «горизонтальных» коммуникаций учреждений здравоохранения внутри субъекта и одного уровня медицинских организаций: поликлиник, ЦРБ, ФАПов, участковых больниц и (или) «вертикальной» маршрутизации пациентов между учреждениями 1,2,3 уровней оказания медицинской помощи в субъекте РФ, включая «миграционную» медицинскую помощь, межтерриториальную помощь за пределами одного субъекта РФ.

При этом, запросы на услуги и постоянный мониторинг потребления услуг сельскими домохозяйствами смогут повысить качество помощи и структуру врачебных приемов, профиль развернутых стационарных коек, размещение лабораторной и инструментальной диагностики и пр., что будет способствовать совершенствованию

ежегодно утверждаемой региональной программы государственных гарантий, росту эффективности использования ресурсов регионального здравоохранения.

С учетом вышесказанного, предлагается рассматривать категорию «доступность медицинской помощи» - как категорию «удовлетворенной» потребности в медицинских услугах всех членов сельских домохозяйств. В этой связи, доступность медицинской помощи можно определять по количеству и срокам потребления услуг здравоохранения. В этом случае доступность медицинской помощи рассматривается – это категория, показывающая охват населения первичной медико-санитарной и специализированной помощью, которая отвечает ожиданиям общества и отдельных групп потребителей.

Отметим, что мировым трендом в последние годы стало формирование пациент ориентированных подходов к организации медицинской помощи.

В таблице 1 зафиксируем нормативно-правовую базу и значимые общественные события, которые могут способствовать внедрению «Медицины 4П» в России.

Таблица 1 - Нормативно-правовая обеспеченность и социальные инициативы внедрения «Медицины 4П» - как концепции повышения качества и доступности медицинской помощи для разных групп населения (составлено авторами на основе [1], [15-23])

«Медицина 4П»	Суть определения	Нормативно-правовая обеспеченность и социальные инициативы, явления
Предикция	Прогнозирование развития заболеваний	[1], [15-23]
Превентивность (профилактика)	Предотвращение появления заболеваний	
Персонализация	Ориентация на долгосрочное благо человека, пациента, индивидуальный подход на основе партнерства: врач-пациент	
Партисипативность	Мотивированное участие пациента в медицинских мероприятиях	

Источник: составлено авторами

Для роста мотивации к сохранению здоровья, ведению здорового образа жизни, в «Медицине 4П» предлагается личный врач-тьютор [24], как персональный менеджер здоровья, который формирует инновационный дизайн ПМСП с применением искусственного интеллекта (AI), создает цифровой прогноз жизненного цикла пациента с количественной оценкой персональных рисков здоровью, с ориентацией на здоровое долголетие.

Основные задачи врача-тьютора: формировать и актуализировать личный план биомедицинских мероприятий пациента в «Медицине 4П» и организовать его реализацию, включив близких людей пациента, в том числе и с применением инструментов мобильной медицины [24].

Пациент получает: прогноз своего биосоциального цикла, состояния здоровья, оценку рисков; рекомендации по ЗОЖ; по онлайн-мониторингу показателей здоровья; по мерам профилактики, диагностике, лечению и реабилитации. Может быть предложен комплекс услуг навигатора в гаджете в форме врачебно-цифровой системы, медико-технологической платформы, работающей на основе модели управления жизненным циклом клиента [25].

Представим в таблицах 2, 3 совмещение требований Медицины 4П [15], принципов Стратегии развития здравоохранения РФ [17], национальных задач в сфере здравоохранения с учетом майского 2018 года Указа Президента РФ[1], национального проекта «Здравоохранение»[16] к различным категориям сельского населения, с учетом различных форм организации медпомощи. Выше мы определили, что потребителями медицинской помощи на селе являются члены домохозяйств.

Как было принято выше, так и в таблицах 2,3 условно выделили два укрупненных вида сельских домохозяйств и обозначили их в виде определенных сокращений: экономически активных – работающих родителей с детьми – СДХД; домохозяйства пенсионеров –СДХП.

В таблице 2, как видно, акцент сделан на востребованность услуг здравоохранения старшими возрастными группами и семьями, их содержащими. Относительно здоровые долгожители, старше 80 лет, могут наблюдаться фельдшером, по его рекомендации обращаться в амбулаторию к специалистам. Им полагается социальное обслуживание, они прибегают к его помощи в случае недомогания.

Таблица 2 – Потенциал востребованности видов медпомощи сельскими домохозяйствами пенсионеров (СДХП)

Виды медпомощи и (или) Медицинские организации	Особенности категорий СДХП			
	Относительно здоровые, неработающие Пенсионеры	Неработающие пенсионеры, имеющие ХНИЗ	Относительно здоровые долгожители (старше 80 лет)	Лежащие, тяжело больные пенсионеры
Доврачебная: Ф, ФП, ФАП	+	+	+	+
Центр здоровья (ЗОЖ)	+		+	
Первичная: сельская амбулатория, Центр врача общей практики (ЦВОП)	+	+	+	+
Специализированная и стационарная: Участковая больница (УБ) – дневной или, круглосуточный стационар (зависит от удаленности УБ от места проживания)	+	+	+	+
Специализированная и стационарная: Районная больница (ЦБ), Центральная районная больница (ЦРБ) – дневной		+		+

или круглосуточный стационар (зависит от удаленности РБ от места проживания)				
Скорая медицинская помощь (СМП)		+		+
Специализированная и стационарная: Областная клиническая больница (ОКБ), круглосуточный стационар		+		
Высокотехнологичная медицинская помощь		+		
Виртуальный госпиталь[24,26]	+	+		
Паллиативная медпомощь				+
Хоспис				+
Система рекреации: профилактории, санатории	+	+		
Социальное обслуживание			+	+

Источник: составлено авторами

Лежащие, тяжело больные пенсионеры, могут быть под наблюдением фельдшера, врачей сельской амбулатории, вызывать скорую медпомощь, нуждаться в паллиативной медпомощи, им полагается социальное обслуживание, при тяжелом состоянии одинокие могут помещаться в хоспис.

Отметим, что наше представление о прогнозировании потребности семей с пенсионерами (таблица 2), проживающими на селе предполагает расширение границ медицинских служб. Так, рост продолжительности жизни приводит к увеличению количества семей с одним членом, когда супруг(а) скончались, требуется решать все жизненно-важные задачи самостоятельно, при ограниченных физических ресурсах. Подключение к мобильным службам социальной помощи и виртуальному госпиталю, с оплатой по сложившейся системе социальных гарантий, с некоторой добавкой личных средств, может быть хорошим решением для индивида. Поэтому весьма полезны курсы обучения компьютерной грамотности лиц пенсионного возраста в сельской местности.

Виртуальный госпиталь [24, 26] может быть также востребован лицами пожилого возраста после прохождения стационарного лечения, в послеоперационном периоде, когда удаленность и транспортная недоступность не позволяют обращаться в районный, областной стационар, где проходило лечение.

Важным звеном виртуального госпиталя является медицинский контакт-центр, который представляет фронт-офис одной или нескольких медицинских организаций, оказывающих дистанционные и очные медицинские услуги [27]. Он должен иметь централизованный доступ к информационным ресурсам Единого электронного окна здоровья. Контакт-центр обеспечивает решение задач: повышения качества

коммуникаций и уровня удовлетворенности клиентов; скорости обработки клиентских запросов; интеграции рабочих процессов нескольких подразделений в единое информационное пространство и другие [28].

Отметим, что выстроенная система получения медпомощи на селе в рамках программы государственных гарантий (базовой и территориальных) ориентирована в большей мере на тип домохозяйств пенсионеров (СДХП), принятый нами в качестве укрупненной классификации потребителей первичной медико-санитарной помощи в муниципалитетах. Члены таких домохозяйств могут воспользоваться медицинской помощью в стационарно расположенных ЛПУ, т.к. постоянно проживают на территории.

На наш взгляд, относительно здоровые, но неработающие пенсионеры нуждаются в минимальном наборе медицинских услуг по месту жительства: доврачебной, первичной, иногда – специализированной медпомощи по ОМС и санаторной (социально-реабилитационной). Нам представляется, что они могут, при необходимости, быть потребителями телемедицинских услуг и (или) услуг виртуального госпиталя, о которых будет сказано в разделе, описывающем перспективные модели организации доступности медицинской помощи жителям сельских территорий. Эти категории потребителей являются платежеспособными и заинтересованными в сохранении своего здоровья. Пенсионеры, проживающие в сельских домохозяйствах и имеющие хронические заболевания, могут нуждаться во всей линейке видов медицинской помощи.

Для наглядности сформируем укрупненные виды потребности и (или) востребованности услуг здравоохранения для укрупненных групп сельских домохозяйств с детьми (СДХД) (таблица 3).

Таблица 3 – Потенциал востребованности видов медпомощи сельскими домохозяйствами с детьми (СДХД)

Виды медпомощи/ Медорганизации	Особенности категорий СДХД			
	Молодые семьи со здоровыми детьми, дошкольниками, школьниками	Работающие в месте проживания родители с детьми, имеющими ХНИЗ	Семьи со здоровыми детьми и отцом, работающим вахтовым методом на с/х предприятии	Отец, работающий вахтовым методом, на крупном предприятии
Доврачебная: Ф, ФП, ФАП	+	+	+	+
Центр здоровья (ЗОЖ)	+	+	+	+
Первичная: сельская амбулатория с педиатром, Центр врача общей практики (ЦВОП)	+	+	+	
Медпомощь в ДДУ, в школе	+	+	+	

Продолжение таблицы 3

Цеховой врач с/х предприятия			+	
Медицина труда на крупном предприятии				+
Специализированная и стационарная: Участковая больница (УБ) – дневной или, круглосуточный стационар (зависит от удаленности УБ от места проживания)		+		
Специализированная и стационарная: Районная больница (ЦБ), Центральная районная больница (ЦРБ) – дневной или круглосуточный стационар (зависит от удаленности РБ от места проживания)		+		
Скорая медицинская помощь (СМП)		+		
Специализированная и стационарная: Областная клиническая больница (ОКБ), круглосуточный стационар		+		
Высокотехнологичная медицинская помощь				
Виртуальный госпиталь	+	+	+	+
Хоспис				
Система рекреации: профилактории, санатории	+	+	+	+
Социальное обслуживание				От предприятия

Источник: составлено авторами

Как видно, в таблице 3 укрупненно сформирована потребность в услугах здравоохранения сельских семей, имеющих детей (СДХД-сельских домохозяйств с детьми).

В настоящее время в малых городах и сельской местности недостаточно рабочих мест с заработной платой, позволяющей содержать семью с детьми. Нами выделено две категории кормильцев: Отмечаем появление работающих граждан «на выезде», которые могут трудоустроиться на сельхозпредприятиях малого и среднего размера, где им должна быть предоставлена первичная медицинская помощь, медицинский контроль при допуске к работе с механизмами.

Граждане из сельских домохозяйств, работающие на крупных предприятиях могут рассчитывать на доступность медицины труда и (или) производственной медицины. Так, модели приближения медицинской помощи к месту работы можно было наблюдать в прошлые годы советского здравоохранения, когда на балансе промышленных

предприятий имелся потенциал для предоставления работающим социального пакета «полного цикла». Лечебно-оздоровительная база социальных объектов включала весь комплекс медобслуживания: от допуска на работу, профилактики профессиональных заболеваний до рекреации, реабилитации после больших нагрузок, персонализированной медицины. В условиях преемственности такой традиции «якорными промышленными предприятиями» субъектов РФ ряд категорий трудоспособного населения – члены сельских домохозяйств могут не испытывать потребности в медпомощи по месту жительства, лишь периодически прибегая к доврачебной помощи (таблица 3).

Как видно из таблицы 3, нам представляется, что семьям со здоровыми детьми по месту жительства достаточно иметь доврачебную помощь, врача в детском дошкольном учреждении и (или) школе. Потребность у домохозяйств с детьми может быть обусловлена необходимостью наличия детских оздоровительных и спортивных лагерей, семейных профилакториев, санаториев и пр. Семьям с детьми, имеющими хронические и (или) наследственно-обусловленные заболевания могут потребоваться фактически все имеющиеся виды медпомощи. Также мы отмечаем, что все платежеспособные категории семей с детьми могут быть потребителями медицинских услуг с использованием интернет-коммуникаций, телемедицины. (таблица 3).

С учетом выше сказанного, представляет интерес рассмотреть вопросы доступности медицинской помощи с позиции оценки традиционной системы районирования медицинских организаций

3 Доступность медицинской помощи - как категория районирования сети медицинских организаций для создания комфортной и безопасной среды жизнедеятельности сельских домохозяйств

Рассмотрим вызовы, связанные с традиционным подходом к территориальному районированию лечебно-профилактических учреждений с учетом трехуровневой модели организации медицинской помощи и ее финансирования.

Вопросы охраны здоровья населения, проживающего в сельской находятся в компетенции субъектов РФ, а качество и доступность ПМСП напрямую связаны с районированием сети районных больниц (РБ), фельдшерско-акушерских пунктов (ФАП), сельских амбулаторий [29,30].

Статистика 2016-2017 гг. показывает, что из 22327 муниципальных образований в России доля сельских поселений составляла 81% (18 101 единиц), при этом муниципалитеты лишены возможности финансирования медицинской помощи, а только создают условия для ее оказания [31].

Официальные данные Минздрава России в 2018 году свидетельствуют о негативном тренде развития в 11% всех населенных пунктов или в 8866 образованиях с численностью граждан до 100 человек [29, 30]. Отмечается дефицит фельдшерско-акушерских пунктов (ФАП) на уровне 865 учреждений в 42 000 населенных пунктов с численностью населения от 100 до 1000 человек и 160 сельских амбулаторий в поселениях с численностью жителей от 1000 человек до 10 тысяч человек [29].

Вопросы доступности медицинской помощи жителям сельских территорий находятся в ракурсе Минздрава РФ с 2014–2015 годов. Как отмечала В. Скворцова на встрече с В.В. Путиным [32], удалось обновить всю советскую нормативную базу по потребностям в различной медицинской инфраструктуре в разных населённых пунктах, с разной численностью населения и с разным расстоянием до ближайшей медорганизации, а также впервые установили предельные сроки ожидания медицинской помощи разных видов: неотложной, скорой, специалистов первичного звена, участковых врачей. На встрече также было отмечено, что «...создана геоинформационная интерактивная карта, на которую послойно поместили все 157 тысяч населённых пунктов, всю транспортную инфраструктуру и 74 тысячи медицинских организаций, что позволяет

автоматизировано для каждого населённого пункта просчитывать время, плечо доставки для оказания того или иного вида помощи».

За 2017 год было построено более 550 объектов, 500 – это ФАПы, фельдшерские пункты, сельские амбулатории и офисы врачей общей практики. За 2012-2017 гг. было отремонтировано 20 тысяч медицинских организаций, в том числе за 2017 год – 2650 учреждений, основу которых составляют мелкие объекты очень нужные населению в первичном звене [32].

На сегодняшний день распределение установленного Программой государственных гарантий числа посещений по этапам оказания медицинской помощи и подчиненности учреждений в общем виде можно представить следующим образом: около 90% посещений выполняется в государственных медицинских организациях расположенных в муниципальных образованиях, 7-8% - в учреждениях субъекта Федерации, 2-3% - в учреждениях федерального подчинения. Таким образом, большая часть медицинской помощи направлена на помощь территориальному населению, проживающему в муниципальных образованиях субъектов РФ [30].

Приближенность многопрофильных больниц и поликлиник, а также родильных домов, фельдшерско-акушерских пунктов к жителям муниципальных образований России считалось одним из завоеваний «семашковской» модели бесплатного советского здравоохранения. Отметим, что принципиальные положения планирования сети ЛПУ были сформулированы в конце 60-х годов прошлого столетия [34].

Они состоят в следующем:

- при планировании сети ЛПУ учитываются медико-организационные и градостроительные факторы;
- комплексный подход к развитию сети ЛПУ заключается в пропорциональном развитии всех видов помощи, обеспечении доступной высококвалифицированной медицинской помощи, прежде всего, в амбулаторно-поликлинических учреждениях (подразделениях);
- специализация возможна и необходима только на базе концентрации сил и средств здравоохранения;
- минимальная мощность отделения, в котором может быть оказана полноценная медицинская помощь, должна составлять не менее 30 коек. Планирование подразделения с меньшим числом коек приводит к трудностям в оснащенности, укомплектовании кадрами соответствующих специалистов;

- минимальное число должностей для организации амбулаторного приема должно составлять не менее одной должности;

- система медицинского обслуживания по административно-территориальному делению должна быть заменена медицинским районированием. При этом нецелесообразно дублирование специализированных видов медицинской помощи;

- численность медицинского персонала, его квалификация должны быть достаточными не только для оказания лечебно-диагностической помощи, но и для разработки и внедрения новых технологий, проведения консультативной и организационно-методической работы в регионе по соответствующей специальности.

В последующем в эти положения были внесены некоторые дополнения. В частности, при планировании сети амбулаторно-поликлинических ЛПУ рекомендуется применять «коэффициент рассеивания» - КР [34].

Смысл использования КР состоит в том, что если по численности населения и объему работы в территориальном ЛПУ невозможна организация самостоятельного приема, т.е. расчетное число должностей составляет менее одной должности, то посещения перераспределяются между врачами более широкого профиля в данном ЛПУ и врачами-специалистами ЛПУ более высокого иерархического уровня по «коэффициенту рассеивания».

КР-коэффициент рассеивания может принимать разные значения в зависимости от расселения жителей региона, удельного веса городского и сельского населения, состояния дорог и транспортного обеспечения, в т. ч. стоимости проезда и регулярности движения общественного транспорта, отношения пациентов к собственному здоровью и т. д. Так, например, при невозможности организации в ЦРБ приема врачом-неврологом часть планово-нормативных посещений по этой специальности, будет приходиться на врачей-терапевтов, часть – на врачей-хирургов, часть – не выполняться вовсе, и лишь небольшая часть пациентов будет направляться к врачам-неврологам ЛПУ регионального уровня, причем последние из указанных посещений будут носить преимущественно консультативный характер. При этом объем работы врачей-терапевтов и врачей-хирургов будет соответственно увеличиваться.

Коэффициент рассеивания для городских жителей составляет в среднем 0,6-0,8 в муниципальных (государственных) ЛПУ и 0,1- 0,2 для специализированного приема в ЛПУ субъекта Федерации и в ЛПУ федерального подчинения, т.е. из 100 запланированных посещений к врачу-неврологу около 70 будут выполнены у врачей более широкого профиля по месту прикрепления пациента, например, у врача-хирурга или

у врача-терапевта, 15 – у врача-невролога ЛПУ более высокого иерархического уровня, а 15 – не выполняться вовсе.

Для жителей сельской местности коэффициент рассеивания составляет в среднем 0,9 и более для государственных (муниципальных) ЛПУ по месту прикрепления пациента и менее 0,1 соответственно для региональных и федеральных учреждений.

По нашему мнению, установление этих соотношений является предметом специального изучения и применения на уровне субъекта РФ.

Следует сказать, что планирование медицинской помощи в современных условиях базируется на нормативно-правовых документах, утверждаемых на федеральном уровне управления здравоохранением, а также предполагает применение единого для всех служб и для всех регионов алгоритма расчета планово-нормативных показателей деятельности ЛПУ территорий.

Дифференциация медицинских организаций по уровням оказания медицинской помощи определена в настоящее время приказом Минздрава РФ [35], однако, дифференциация штатных нормативов по этим уровням отсутствует.

Согласно указанному выше документу [35] медицинские организации (за исключением медицинских организаций, оказывающих медицинскую помощь по профилю "акушерство-гинекология") распределяются по трем уровням.

Медицинские организации:

- 1-го уровня оказывают помощь терапевтического, хирургического и педиатрического профилей (первичную медико-санитарную помощь; и (или) паллиативную медицинскую помощь; и (или) скорую, в том числе скорую специализированную, медицинскую помощь; и (или) специализированную (за исключением высокотехнологичной) для территориального населения муниципальных образований;

- 2-го - преимущественно специализированную (за исключением высокотехнологичной) помощь по расширенному перечню профилей (включая в диспансерах противотуберкулезные, психоневрологические, наркологические и иные) для жителей нескольких муниципальных образований;

- 3-го уровня – в основном высокотехнологичную медицинскую помощь населению субъекта РФ.

При расчете потребности в оказании медицинской помощи рекомендуется, как указано в приказе Минздрава РФ [36-38], учитывать инфраструктуру здравоохранения и зону обслуживания медицинских организаций, расположенных в граничащих субъектах

Российской Федерации, с возможностью планирования объемов медицинской помощи в рамках межтерриториального взаимодействия.

Основой планирования объема медицинской помощи являются показатели заболеваемости населения с экспертной оценкой этих данных с точки зрения возможностей лечения при применении современных технологий, анализа демографических процессов и перспективы их развития, расселения жителей и ряда других факторов. Рассмотрению этих вопросов по отношению к сельским жителям было посвящено научное исследование, по результатам которого была издана монография[39] и Методические рекомендации Минздравсоцразвития РФ[40]. В работах подробно представлена методика оценки влияния возрастно-полового состава сельского населения на показатели потребления медицинской помощи.

Как известно, статистика здравоохранения, сложившаяся в условиях советского здравоохранения, содержала ряд показателей, характеризующих основные изменения в развитии сети и структуре медицинской помощи, показатели обращаемости населения с дифференциацией этих данных на городских и сельских жителей. В частности, число посещений врачей на амбулаторном приеме и врачами на дому на одного жителя в 1970 г. составляло 7,9, в том числе городского жителя -11,5, а сельского -3,4, а в 1980 г. эти цифры составляли 9,8 и 12,5 и 5,3 соответственно [41]. Низкая обращаемость сельских жителей к врачам компенсировалась в определенной мере обращаемостью к среднему медицинскому персоналу, например, в 1979 г. на одного сельского жителя приходилось 5,1 посещений к врачам и 4,5 посещений к среднему медицинскому работнику. Число случаев госпитализации, как один из показателей развития стационарной помощи, для сельского населения росло более высокими темпами, чем для городского. Так, эти данные для городского населения выросли с 12,9 случая госпитализации на 100 жителей в 1940 г. до 23,8 в 1980 г., а для сельского населения – с 5,1 до 23,6.

Современная статистика здравоохранения не дает представления об объеме медицинской помощи отдельно для городских и сельских жителей, приводится лишь динамика числа учреждений, расположенных в городах и в сельской местности. Как видно на рисунке 3, изображающем данные, опубликованные в одном из последних (по дате издания) статистическом сборнике [42], число амбулаторно-поликлинических учреждений, расположенных в городах, носит достаточно стабильный характер.

На рисунке 3 видно, что число учреждений, расположенных в сельской местности, резко уменьшилось с 2005 г. по 2010 г. с 7,5 тыс. до 3,0 тыс., т.е. в 2,5 раза.

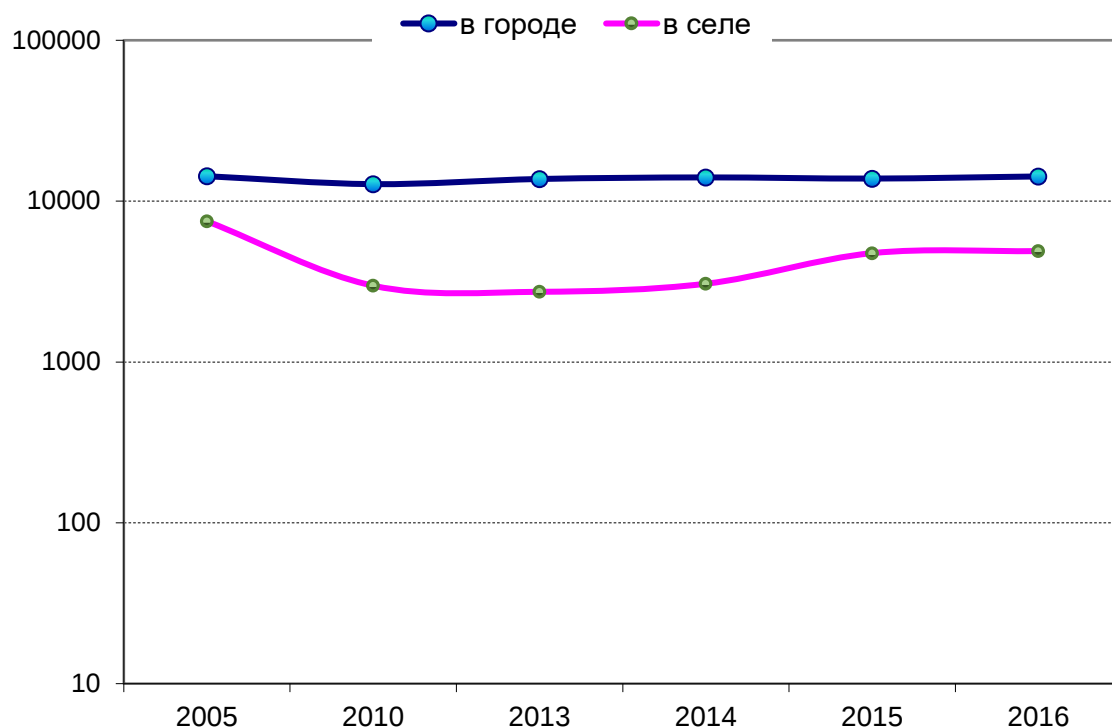


Рисунок 3 - Динамика с 2005 по 2016 гг. числа амбулаторно-поликлинических учреждений (самостоятельных и входящих в состав других организаций), расположенных в городских поселениях и в сельской местности (составлено авторами на основе данных [42])

Увеличение произошло лишь в 2015 г., но число этих медицинских организаций не достигло 5,0 тысяч (рисунок 3).

Однако динамика числа указанных учреждений не всегда связана с объемом оказанной помощи. Так, за анализируемые годы произошло увеличение мощности амбулаторно-поликлинических учреждений, причем темпы увеличения этого показателя более значимы для учреждений, расположенных в сельской местности (таблица 4).

Таблица 4 – Мощность амбулаторно-поликлинических учреждений (число посещений в смену) (составлено авторами на основе [42])

Годы наблюдений	Число посещений в смену	
	в городских поселениях (на 10,0 тыс. городского населения)	в сельской местности (на 10,0 тыс. сельского населения)
2005	300,9	131,8
2010	308,2	116,4
2013	314,0	122,3
2014	317,7	110,1
2015	304,2	146,6
2016	306,7	151,0

Динамика числа больничных учреждений, представленная на рисунке 4, показывает резкое, почти в 40 раз, уменьшение числа участковых больниц: с 2631 в 2005 г. до 68 в 2016 г.

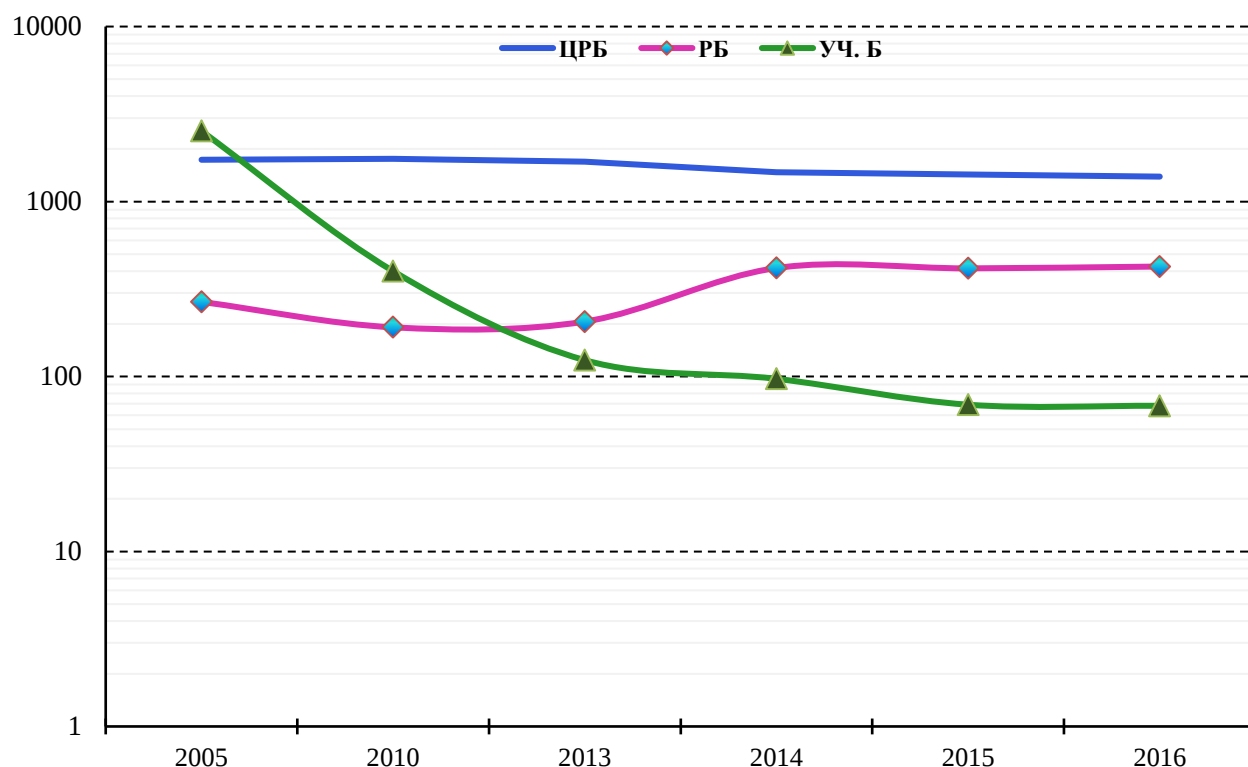


Рисунок 4 - Динамика числа больничных учреждений: центральных районных (ЦРБ), районных (РБ) и участковых больниц (УЧ.Б) (составлено авторами на основе [42])

Наряду с этой динамикой произошло увеличение числа районных больниц с 267 в 2005 г. до 425 в 2016 г. Число центральных районных больниц уменьшилось за годы наблюдений с 1734 до 1388. Изменения мощности больниц отражено в таблице 5.

Таблица 5 – Динамика мощности больниц в сельской местности за 2005-2016 гг. (составлено авторами на основе [42])

Годы наблюдений	Среднее число коек		
	в центральной районной больнице	в районной больнице	в участковой больнице
2005	199	115	24
2010	186	126	28
2013	158	115	27
2014	153	130	29
2015	144	131	32
2016	139	137	35

Мощность центральных районных больниц постепенно снижалась и в настоящее время почти сравнялась с данными по районным больницам, мощность участковых больниц выросла с 24 до 35 коек.

Отметим, что при построенной за ряд предыдущих лет модели оказания медицинской помощи жителям, проживающим в сельской местности, не предусматривалась ее корректировка с учетом изменения половозрастных компонент населения. Рисунок 5 демонстрирует изменения в динамике всего населения в сравнении с сельскими жителями по состоянию на 01.01. 2019 г. (на примере данных Российской Федерации, Центрально-черноземного района, Белгородской области).

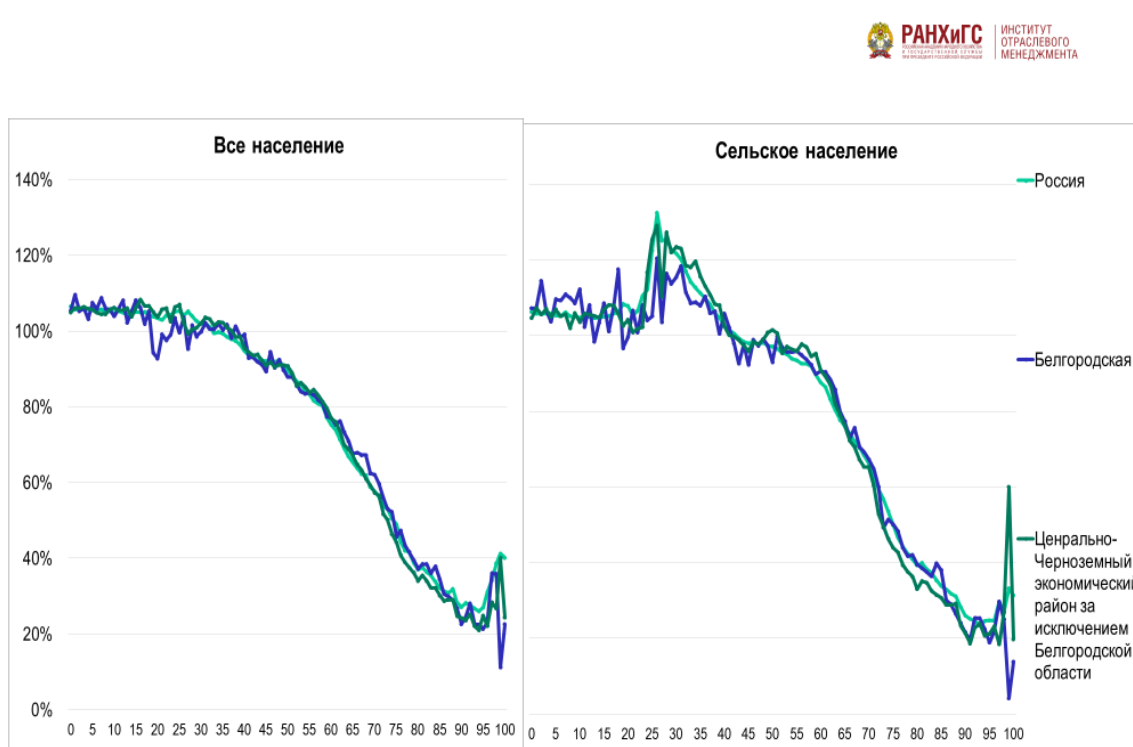


Рисунок 5 - Сравнительная характеристика изменения сельского населения в целом по России, Центрально-Черноземному району, Белгородской области на 01.01.2019 г. (составлено авторами)

Как видно на рисунке 5, особенно яркие отклонения в общей динамике половозрастных характеристик населения в сравниваемых объектах наблюдаются у сельских граждан в возрастах 25-40, 45-60 и старше 80 лет.

4 Традиции и инновации в экономике и планировании доступности первичной и специализированной помощи территориальному населению (включая сельское)

Отметим, что планово-нормативные показатели общего объема медицинской помощи, указываемые с 1999 г. в Программе государственных гарантий бесплатного оказания медицинской помощи, также не содержат дифференциации данных на городское и сельское население. Отсутствуют эти сведения и в ежегодно утверждаемых письмах Минздрава России «О формировании и экономическом обосновании территориальной программы бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на тот или иной год и соответствующий финансовый период времени», в которых определяются показатели по больничной, амбулаторно-поликлинической помощи по врачебным специальностям и профилям отделений с дифференциацией по возрастному составу населения (взрослые, дети) [43].

Следует заметить, что в указанных документах постоянно происходят изменения и планово-нормативного показателя, и его величины. Традиционным показателем объема деятельности амбулаторно-поликлинических организаций было посещение. Этот плановый показатель дифференцировался по основным специальностям врачей амбулаторного приема, возрастному составу населения (взрослые, дети), а в советский период времени – и по экономико-географическим районам страны с учетом места жительства (город, село).

С 2013 г. этот показатель (плановое количество посещений) был дополнен показателями объема обращений по поводу заболевания, а посещение осталось лишь в виде измерителя объема профилактической работы и неотложной медицинской помощи.

Такие нововведения в практику здравоохранения проводятся не впервые. Так, например, в период внедрения нового хозяйственного механизма была попытка перехода на новый статистический показатель: случай поликлинического обслуживания на базе использования «талона амбулаторного пациента»: ф. № 25-10/у-97 (Приказ Минздрава РФ от 14.02.97 № 46).

Отметим, что есть положительные моменты перехода на измерители «законченного случая лечения в амбулаторно-поликлиническом звене» в виде указанных выше показателей (случай поликлинического обслуживания; обращение в связи с заболеванием). Первый плюс, - это возможное уменьшение при планировании числа посещений, не являющихся объективно необходимыми в связи с характером течения

заболевания. Второе, - отсутствие мотивации «на приписки» посещений, которые являются единицей оплаты за оказанную в поликлиниках помощь. Особую актуальность такие комплексные измерители приобрели в условиях, когда объем финансирования амбулаторно-поликлинической помощи передан в систему ОМС. Появился шанс рассматривать все поликлиники в качестве основного звена в лечении застрахованных граждан, поднимать уровень первичной медико-санитарной помощи, пытаясь ввести в отрасль экономические механизмы фондодержания.

Однако, наряду с положительными моментами, переход на комплексный измеритель объема посещений разных видов, группируемых в законченные случаи лечения на этапах оказания амбулаторно-поликлинической помощи, долго не сопровождался указанием на план показателя в виде утвержденного объема в программе госгарантий. С 2013 г. и по настоящий период времени планово-нормативный показатель до конца не детализирован, особенно по объемам консультативных посещений у врачей разных специальностей, количеству диагностических исследований (лабораторных и инструментальных).

Отметим, что в последние годы показатель кратности посещений в одном обращении по поводу заболеваний по 14 врачебным специальностям был рассчитан по материалам 2012 г. С тех пор эта таблица без изменений переносится из одного документа в другой. Она же используется в 2019 г. и на плановый период 2020 и 2021 годов в рекомендациях Минздрава РФ и ФОМС [43]. Однако в указанных методических рекомендациях 2019 года данные о том, на основании каких показателей разработана эта таблица, уже не приводятся.

Отметим, что на плановый период 2020-2023 гг. программа государственных гарантий реализует свои требования по планово-нормативным объемам поликлинической и иной внебольничной помощи в условиях реализации стратегических целей и приоритетных задач развития здравоохранения. Одним из фокусных направлений реформ, как известно, становится доступность медицины для граждан, проживающих в сельских территориях при одновременном построении новой модели медицинских организаций на селе, как стационарно расположенных (традиционных: сельских амбулаторий, ФАПов, ЦРБ), так и модульных (вновь возводимых).

Все выше сказанное позволяет обосновать необходимость:

- изменения подходов к территориальному распределению ресурсов и районированию деятельности сельских медицинских учреждений с учетом статистики и динамики уровня половозрастной заболеваемости по обращаемости населения, объемов

миграционных перемещений, вариативности процессов старения населения при одновременном «омолаживании» ряда впервые выявленных, критических для здоровья заболеваний и первичного выхода на инвалидность;

- разработки адресных объемно-финансовых комплексов первичной, специализированной (включая скорую), паллиативной медицинской помощи и медицинской реабилитации жителям, проживающим в сельской местности, с учетом объективизации медико-демографической статистики по половозрастным группам;

Следует также поднимать вопросы экспертного обсуждения мер по совершенствованию геронтологической помощи сельским жителям, открытия участков для медико-социального сопровождения лиц старших возрастных групп, что потребует межведомственного информационного обмена и эффективных организационно-финансовых коммуникаций ФСС, ПФР, ФОМС и др.

Обращает на себя внимание, что по больничной помощи основным планово-нормативным и финансовым показателем до 1999 г. было число коек, что приводило с целью увеличения финансирования к наращиванию коечного фонда, независимо от его использования. Переход на новый в тот период плановый показатель: число койко-дней, - позволил исключить финансирование нефункционирующих коек. С 2014 г. введен новый планово-нормативный показатель: случай госпитализации (законченный случай лечения). При этом были сохранены и другие планово-нормативные показатели деятельности больничных организаций: средняя длительность пребывания больного в стационаре, плановое число койко-дней. Такая позиция авторов программы государственных гарантий представляется вполне обоснованной, так как случай госпитализации – лишь одно звено в общей цепи планирования больничной помощи. Попытки внедрить плановый показатель: законченный случай лечения - предпринимались и в 90-ые годы прошлого столетия, в период внедрения в здравоохранение элементов нового хозяйственного механизма на экспериментальных территориях. Одной из причин незавершенности этого эксперимента был переход на обязательное медицинское страхование.

В связи с вышесказанным отметим, что система ОМС методически сопровождает финансовую модель оплаты законченных случаев лечения. В модели присутствуют коэффициенты дифференциации стоимости случаев внебольничной и стационарной помощи, оказанной в учреждениях разных уровней. Выше в материалах доклада была дана характеристика учреждений здравоохранения 1-го - 3-го уровней оказания медицинской помощи. Имеются и другие коэффициенты: управленческий, затратно-стоимости лечения и прочие.

В соответствии с действующими Правилами обязательного медицинского страхования [44] и Методическими рекомендациями по способам оплаты медицинской помощи за счет средств обязательного медицинского страхования [45], тариф на оказание медицинской услуги составляет сумму затрат на единицу объема медицинской помощи.

Формулу для определения тарифа ОМС для возмещения расходов на оказанную населению медицинскую помощь можно представить следующим образом:

$$ТСУ = ФОТ + СН + МЕД + МИ + ПИТ + ПР + КЗс, \quad (17)$$

где:

ТСУ – тариф медицинской комплексной услуги (законченного случая лечения);

ФОТ - фонд оплаты труда, приходящийся на медицинскую услугу;

СН - социальные начисления на ФОТ;

МЕД - стоимость медикаментов и расходных материалов;

МИ - стоимость предметов медицинского назначения, приходящихся на медицинскую услугу;

ПИТ – стоимость продуктов питания, приходящихся на медицинскую услугу (для госпитального сектора);

ПР – стоимость прочих ресурсов, потребляемых непосредственно при оказании медицинской помощи;

КЗс – косвенные затраты, приходящиеся на медицинскую услугу.

Из описания структуры тарифа на медицинскую услугу видно, что в нем отражаются прямые и косвенные расходы. При этом, основным отличием в тарификации услуг в ОМС является наличие законодательного ограничения в возмещении таких расходов, как:

- оплата труда медицинских и административных работников медицинских организаций планируется как произведение значений целевых показателей среднего по субъекту уровня заработных плат категорий работников «эффективного контракта» и расчетной численности на основании данных о плановых объемах помощи (по условиям и видам) и функции врачебной должности и (или) для АУП – по контрольному соотношению должностей;

- расходы на медикаменты планируются на основании утвержденных перечней лекарственных препаратов (приложение к территориальной программе), курсовых доз их назначений по стандартам, цен конкурсных закупок;

- затраты на содержание медицинского оборудования планируются пропорционально количеству услуг, оказываемых застрахованным по ОМС гражданам, а также с учетом нормы стоимости (до 100 тыс. рублей) единицы балансового (табельного) оборудования;

- косвенные (общеучрежденческие) расходы планируются пропорционально численности задействованных в программах ОМС медиков и (или) пропорционально фонду оплаты их труда.

Инвестиционные расходы на развитие участников ОМС покрываются за счет процентов на ведение дел в незначительном количестве средств, и то данный механизм не предназначен для медицинских организаций.

Если проанализировать структуру фактических расходов территориальных программ ОМС большинства обследуемых нами субъектов РФ с высокой долей сельского населения, то можно отметить очень высокую долю расходов на оплату труда персонала медицинских организаций, реализующих ОМС (от 70 до 90%) (рисунок 6).

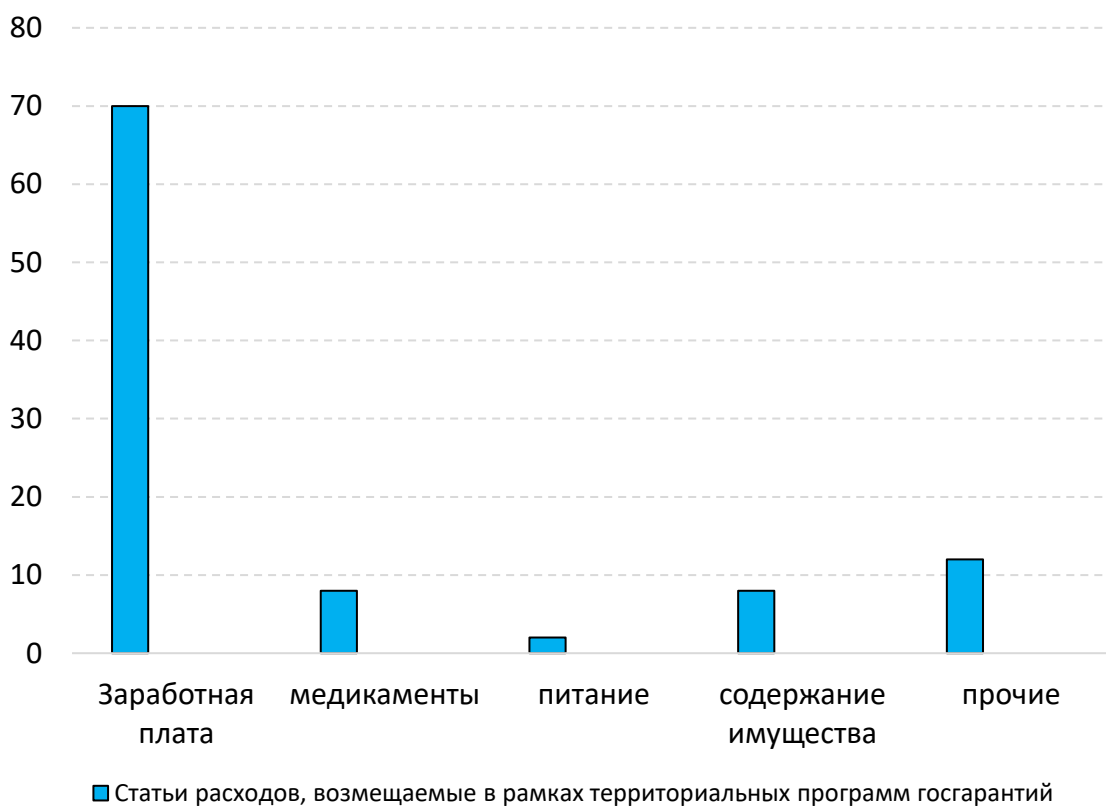


Рисунок 6 - Структура расходов в стоимости территориальной программы ОМС (в среднем по 17-ти субъектам РФ с высокой долей сельского населения), 2017 год (% от общей стоимости)- по данным ф. №62, №14

Как видно на рисунке 6, доля всех остальных составляющих расходов: 8% медикаменты и перевязочные средства; 2%-питание (включая аутсорсинг); 8%-содержание имущества (включая эксплуатационные, коммунальные расходы); прочие расходы- 12%.

Анализ динамики статей расходов в стоимости территориальных программ госгарантий 17-ти исследуемых субъектов показывает, что в 2018 году темпы прироста расходов на заработную плату составили от 8 до 12 %. Фактические расходы растут в медицинских организациях в связи необходимостью обеспечения размера «дорожной карты»: особенно заметным рост является в учреждениях СМП, амбулаторно-поликлинических организациях.

В большинстве из 17-ти анализируемых субъектов РФ в стоимости территориальных программ оплата амбулаторно-поликлинической помощи имеет диапазон в пределах до 40%.

В учреждениях 1 уровня, которые максимально приближены к жителям, проживающим в сельской местности, наибольшая доля финансирования и расходов приходится как раз на амбулаторную помощь – 54,1% и 52,0% соответственно (рисунок 7).

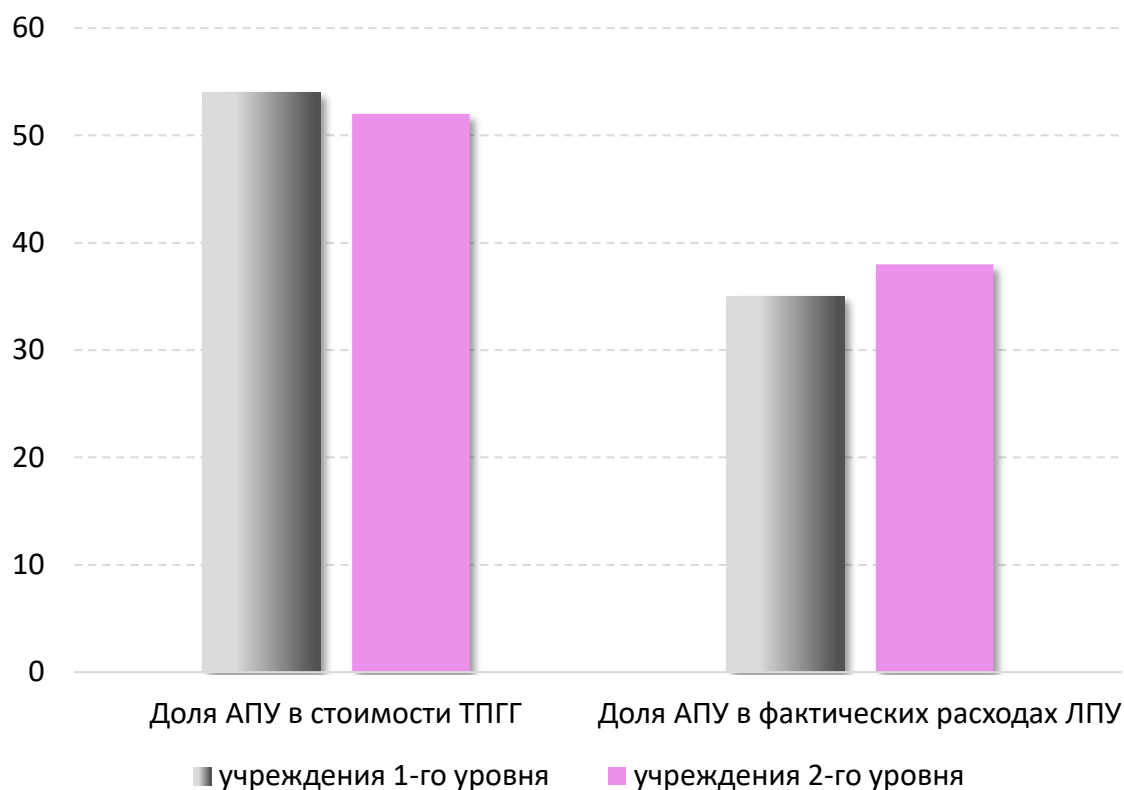
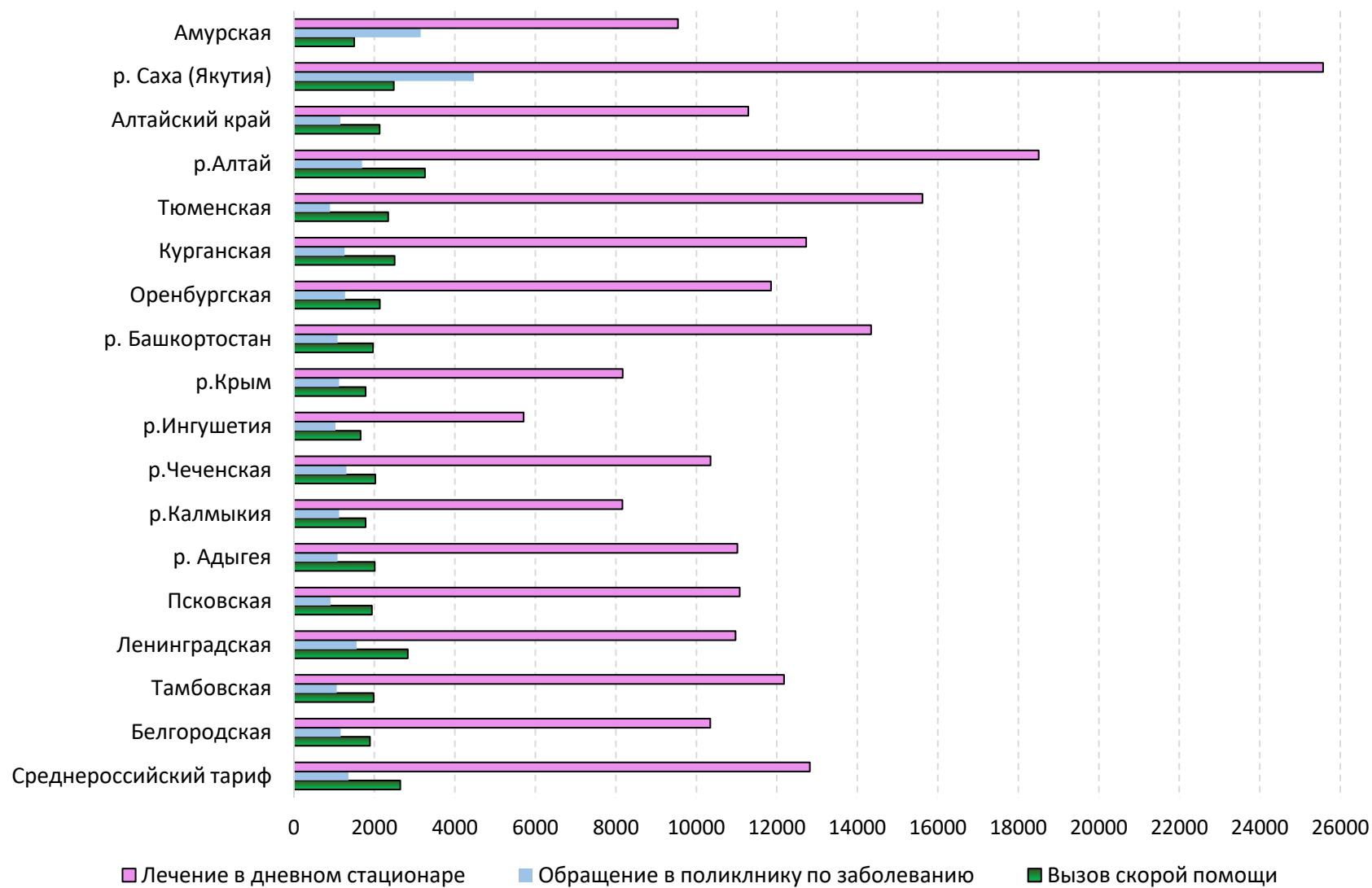


Рисунок 7 - Сравнительные данные по стоимости АПУ в территориальных программах и данных о фактических расходах на оказание медицинской помощи в условиях АПУ для учреждений 1-го и 2-го уровня оказания медицинской помощи ряда исследуемых субъектов РФ, 2017 год (%) - по данным форм статистического наблюдения №62, №14

Проведенный анализ фактических показателей территориальных программ государственных гарантий в 2017 году (по данным форм федерального статистического наблюдения № 62 «Сведения о ресурсном обеспечении и оказании медицинской помощи населению» и №14-Ф (ОМС) «Сведения о поступлении и расходовании средств ОМС медицинскими организациями») по анализируемым, в данном материале, 17-ти субъектам показал неравномерность стоимости медицинской помощи одного вида по субъектам РФ (рисунок 8, рублей в 2017 году).



Примечание - Источник: (по данным статистической формы № 62, формы №14) Флек В.О. О программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи. 1-е издание. – М, 2018. - 322 с.

Рисунок 8 – Сравнительные данные по стоимости основных видов первичной медико-санитарной помощи в 2017 г., рублей
(по данным статистической формы № 62, формы №14) [22]

Как видно на рисунке 8, для анализа были взяты наиболее показательные виды первичной медико-санитарной помощи, максимально приближенной к населению муниципальных образований субъектов РФ, а именно:

- стоимость лечения в дневном стационаре;
- стоимость обращения по поводу заболевания;
- стоимость вызова скорой медицинской помощи (СМП) (рисунок 7).

При сложившемся в 2017 году среднем общероссийском уровне показателя стоимости скорой медицинской помощи в тарифном регулировании ОМС 2643,1 рубля анализируемые субъекты РФ распределились следующим образом:

1.Субъекты с показателями не на много, но все-таки ниже стоимости за счет средств ОМС, чем среднероссийский тариф ОМС по скорой медпомощи: Республики: Саха-Якутия (2482 руб.), Крым (2353 руб.); области: Курганская (2503 руб.), Тюменская (2343 руб.);

2.Субъекты с наивысшими показателями стоимости вызова СМП по сравнению со среднероссийскими цифрами: Республика Алтай (3256 руб), Ленинградская область (2830 руб.).

3.Стоимость менее 2000 рублей за вызов СМП возмещалась в 2017 году в ОМС в областях: Белгородской (1890,7 руб.), Тамбовской (1981,1 руб.), Псковской (1938 руб.); республиках: Башкортостан (1965руб), Калмыкия (1782, 6 руб.)

4.Самое низкое значение тарифного возмещения в ОМС вызова СМП показали в 2017 году среди обследуемых субъектов РФ Амурская область (1499 руб.).

Наглядно представлены на диаграммах рисунка 8 расхождения стоимости обращения в поликлинику по поводу заболевания на примере 17-ти субъектов РФ, имеющих высокую долю сельского населения.

В одном обращении застрахованного территориального жителя в свою поликлинику ОМС регламентирует для оплаты не менее 2 и не более 4 посещений (вызов врача на дом, посещение участкового, консультация узкого специалиста и пр.).

Все посещения по поводу заболевания имеют среднюю сложившуюся стоимость обращения гражданина в амбулаторно-поликлиническую сеть. Так, в 2017 году за счет средств ОМС по Российской Федерации тариф составил 1354,6 рубля.

Группы анализируемых субъектов РФ с высокой долей населения, проживающего в сельской местности по дифференциации стоимости обращения по поводу заболевания можно представить следующим образом.

1. Субъекты, имеющие наименьшее значение тарифа ОМС:

- менее 1000 рублей за случай обращения: Тюменская (896 руб.) и Псковская (910,2 руб.) области.

- менее 1100 рублей: Тамбовская область (1066,3 руб), Республик: Адыгея (1083 руб), Ингушетия (1035 руб.), Башкортостан (1083),

2. Дороже 1100 рублей до 1300 рублей за обращение заложена стоимость в территориальной системе ОМС Белгородской (1162 руб.), Оренбургской (1271 руб.), Курганской (1259 руб.) областей; Республике Калмыкия (1120 руб.)

3. Высокие тарифы обращения в поликлинику по поводу заболевания отмечены в республике Крым (1897 руб.), Алтай (1695 руб.), Саха-Якутия (4471 руб.) и Амурской области (3148 руб.)

4. На уровне среднероссийской стоимости показывает тарификацию случая обращения по поводу заболевания в поликлиники Чеченская Республика (1304 руб.)

Среднероссийский показатель оплаты в системе ОМС в 2017 году случая лечения в дневном стационаре составил 12 819,7 рублей (рисунок 7).

На рисунке 8 анализируемые субъекты РФ распределились по группам:

- с наиболее высокими значениями тарифной оплаты дневного стационара: Республика Саха-Якутия (25575 руб.), Республика Алтай (18504 руб.), Тюменская область (15 615 руб.) Республика Башкортостан (14 341 руб.)

- с наименьшими значениями тарифной оплаты: Республика Крым (5430 руб.), Республика Ингушетия (5711 руб.), Республика Калмыкия (8165,8 руб.), Амурская область (9542 руб.).

Стоимость от 10300 рублей до 11300 рублей за случай лечения в дневном стационаре показали в 2017 году области: Белгородская (10 347 руб.), Ленинградская (10973 рублей), Псковская (11080 руб.); республики: Адыгея 11019 руб.), Чечня (10355 руб.) и Алтайский край (11291 руб.).

В границах среднероссийских величин стоимости или в близких к ним величинах находятся тарифы оплаты за счет средств ОМС дневных стационаров в Тамбовской и Курганской областях (рисунок 8).

Таким образом, анализ показал, что отмечаются существенные колебания фактической стоимости первичной медико-санитарной помощи по основным ее видам (СМП, дневной стационар, обращение жителей по поводу заболевания) в субъектах РФ,

имеющих высокую долю сельского населения. Кроме того, во всех анализируемых показателях имеются невыполнение нормативных и фактических значений среднероссийских показателей (они либо завышены, либо занижены).

Предложения по совершенствованию оплаты и тарификации первичной медико-санитарной помощи для повышения качества планово-учетной работы в ОМС и роста эффективности статистических данных о доступности медицинской помощи в муниципальных образованиях субъектов (особенно с высокой долей сельского населения) можно представить следующим образом.

Такой вид медицинской помощи, как первичная медико-санитарная (ПМСП), описан на уровне объемно-финансового планирования в территориальных программах государственных гарантий (терпрограмма ОМС) только для условий амбулаторно-поликлинического учреждения, включая, объемы и стоимости профилактических посещений, неотложных посещений и обращений по поводу заболеваний. ПМСП не имеет развернутых методических рекомендации для выделения объемов терпрограмм по:

- городским округам;
- муниципальным районам;
- сельским населенным пунктам.

Кроме того, в нормативном регулировании ПМСП для целей ее планирования отсутствуют нормативы объемов и стоимости первичной медико-социальной помощи в условиях дневного стационара.

При этом, в методическом плане вызывает тревогу отсутствие в формах федерального статистического наблюдения обобщенной статистики об объемах диагностических исследований, консультативной помощи на 1-го застрахованного по ОМС гражданина с учетом сравнимости их с существующими стандартами. Не возможно сопоставить данные об оказанных объемах и оплаченных страховыми компаниями объемах первичной медико-санитарной помощи.

Остановимся на анализе сведений о сравнительной стоимости законченного случая лечения в стационарных условиях (рисунок 9).

Как известно, в круглосуточных стационарах, анализируемых 17-ти субъектов РФ с наибольшей долей сельского населения, единственным утвержденным способом оплаты стационарной помощи является законченный случай. При этом терминологической особенностью в форме статистического наблюдения №62 такой способ оплаты называется «Стоимость случая госпитализации». Представим анализ региональной дифференциации в исследуемых субъектах такой стоимости в сравнении со среднероссийским утвержденным в 2017 году нормативом (69,3 тыс. руб.) и среднероссийским фактически

оплаченным размером случая госпитализации за счет средств ОМС (80,9 тыс. руб.) (рисунок 9).

Как видно на рисунке 9, лидером повышенной стоимости стационарного лечения за счет средств ОМС в 2017 году стала Саха (Якутия), показавшая увеличение в 1,9 раза установленный общероссийский нормативный тариф (до 129,1 тыс. руб), при этом фактический размер средней сложившейся в 2017 году размер оплаты за счет ОМС случая госпитализации здесь превышен в 1,6 раза.

Среди анализируемых 17-ти субъектов с высокой долей сельского населения в 2017 году самый низкий размер оплаты госпитализации показала Тюменская область, где фактическая стоимость (25,3 тыс. рублей) в 2,7 раза оказалась ниже среднероссийского нормативного тарифа и в 3,2 раза ниже фактически оплачиваемой за счет средств ОМС стоимости одного случая (рисунок 9).

Кроме уже отмеченной Тюменской области, низкую (менее 50,0 тыс. рублей) стоимость оплаты стационарного пребывания застрахованного в ОМС гражданина показали в 2017 году в таких исследуемых областях как: Тамбовской (42,3 тыс. рублей), Псковской (49,4 тыс. рублей), Курганской (44,0 тыс. рублей).

В диапазоне от 50 и до 60 тысяч рублей возмещали расходы стационаров на лечение одного законченного случая в 2017 году Республика Адыгея (59,7 тыс. рублей) и Алтайский край (54,6 тыс. рублей). А свыше 61 тысячи, но ниже среднероссийского нормативного тарифа (69,3 тыс. рублей) оплата стационарного лечения была в Республиках Ингушетия и Алтай (рисунок 9).

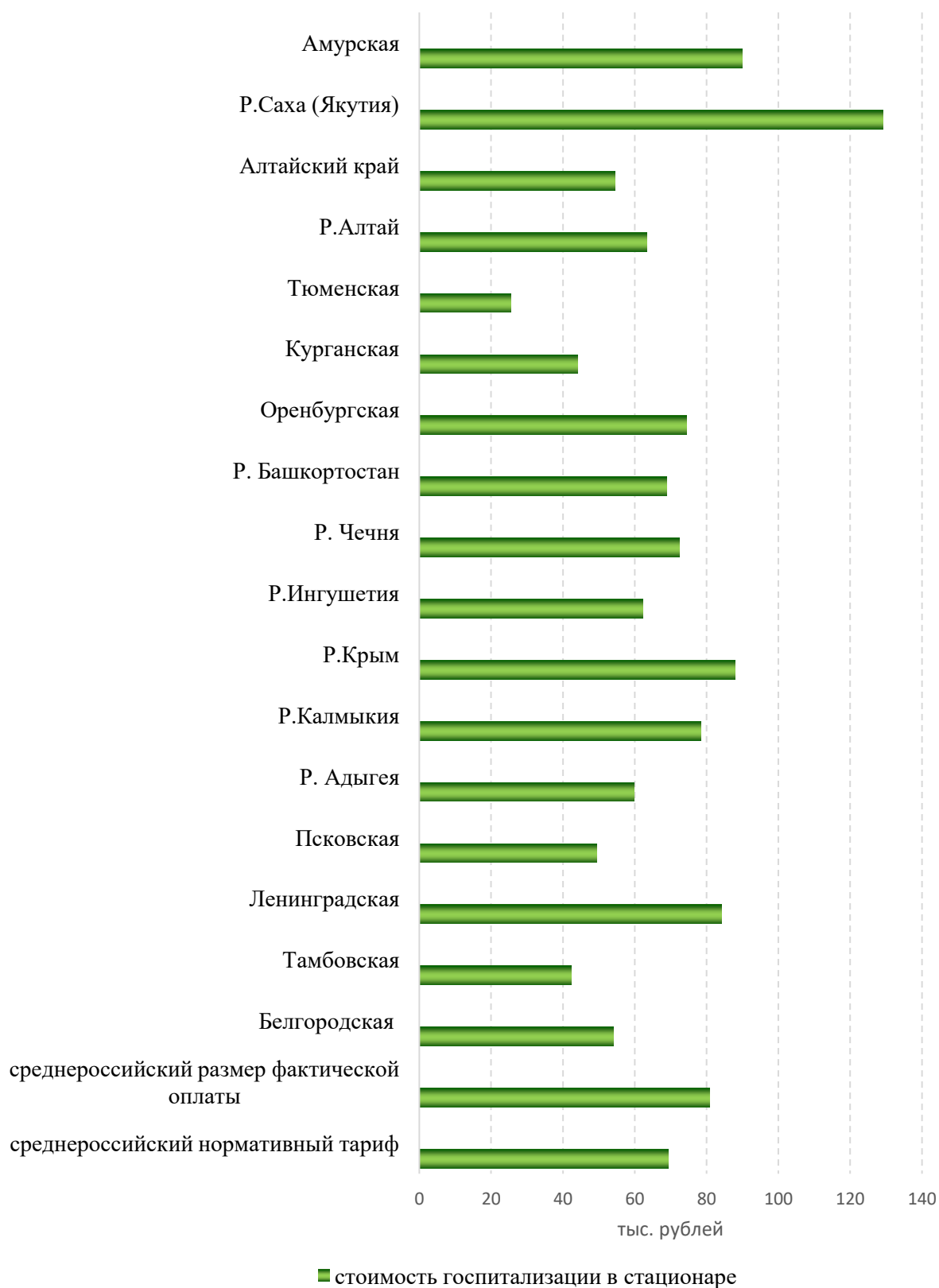


Рисунок 9 - Сравнительная оценка нормативно-установленного тарифа ОМС и фактической стоимости одного случая госпитализации за счет средств ОМС в Российской Федерации в 2017 году и в анализируемых пилотных субъектах, тыс. руб. (составлено авторами по данным [22])

Существенно выше нормативного тарифа за госпитализацию платили в таких областях как: Ленинградская (84,0 тыс. рублей), Оренбургская (74,5 тыс. рублей), Амурская (89,9 тыс. рублей); республиках: Калмыкия (78,0 тыс. рублей), Крым (88,0 тыс. рублей) (рисунок 9).

На наш взгляд, отмеченная выше существенная сравнительная дифференциация в оплате госпитальной помощи в исследуемых субъектах РФ еще раз подчеркивает необходимость выделения территорий с высокой долей сельского населения в особый кластер для целей планирования и оплаты медицинской помощи.

В 2018 году для медицинских организаций, имеющих возможность оказывать территориальному населению медицинскую помощь по всем видам и условиям появились федеральные рекомендации применять единый способ оплаты всего комплекса стационарных, поликлинических услуг и СМП – использовать способ оплаты в виде подушевого норматива финансирования на прикрепившихся лиц с учетом помощи, полученной во всех условиях ее оказания.

При этом, до настоящего времени методически данная рекомендация не проработана и не доведены до субъектов РФ примеры расчета такой комплексной услуги. Одновременно, было прописано, что при использовании метода подушевого норматива для оплаты амбулаторно-поликлинической помощи, включая оплату предоставляемой медицинской организацией медицинской помощи по всем иным видам и условиям, требуется производить оценку результативности деятельности медицинской организации. В группе критериев оценки имеется и набор диагностических услуг, проводимых пациенту. Что-то нам подсказывает, что малооснащенные и недоукомплектованные районные больницы могут остаться в стороне от выгод, которые сулит ТФОМС при выборе данного способа тарификации в ОМС комплексной программы поликлинического, стационарного медицинского обеспечения на территории постоянного проживания.

Опыт ряда пилотных субъектов РФ показал, что доведение средств территориальной программы ОМС до медицинских учреждений, оказывающих ПМСП на основе подушевого норматива финансирования можно эффективно видоизменять в рамках новой «критериально-оценочной» модели работы медицинской организации.

Для сельских домохозяйств и для медицинских организаций, расположенных в сельских муниципальных образованиях наиболее удобным способом оплаты первичной медико-санитарной и специализированной медпомощи в условиях поликлиники, СМП и дневного стационара может стать единый комплексный подушевой норматив.

Для дифференциации такого комплексного подушевого норматива финансирования медицинских организаций, расположенных в зоне обслуживания

сельских домохозяйств (а затем разных по составу семей с учетом их классификатора) внутри территориальных программ (без дополнительных расходов) с учетом фокусного направления реформ здравоохранения до 2024 года - роста доступности медицинской помощи для жителей, проживающих в сельской местности можно рассмотреть возможность использования:

1. коэффициента потребления домохозяйствами:

- традиционно планируемых медицинских услуг в ТПГГ (ТП ОМС) - средний сложившийся объем на 1-о домохозяйство посещений (профилактических, неотложных) и обращений по поводу заболеваний;

- новых для учета и планирования в ТПГГ (ТПОМС) – средний сложившийся объем на 1-0 домохозяйство диагностических услуг (лабораторных, инструментальных)

2. коэффициента расходов на лабораторно-диагностические расходы параклинических отделений с учетом выкопировки плановой кратности выполнения объемов обследований в федеральных стандартах по МКБ-10 (за ряд предыдущих лет);

3. коэффициента достижения целевых размеров роста заработной платы (в рамках региональных «дорожных карт»);

Предлагаемые коэффициенты дифференциации стоимости комплексного подушевого норматива финансирования медицинской организации, расположенной в сельской местности и имеющий возможность предоставлять жителям АПУ и виды медицинской помощи с учетом всех условий, вытекают из научной гипотезы авторов и, безусловно, их перечень не является закрытым.

Оценка коэффициентов по фактическим данным ЛПУ может быть интегральной, что позволит присвоить ранг или создать пул близких по значениям коэффициентов ЛПУ субъекта. Для них можно дифференцировать стоимость подушевого норматива, где будут учтены ожидания медицинских организаций и домохозяйств. На начальном этапе усложнять множеством коэффициентов методику не считаем целесообразным. Однако, при дальнейшем совершенствовании учетно-отчетной документации и информатизации экономико-статистической информации движение по ее уточнению произойдет неизбежно.

Сегодня в рамках реализации национального проекта «Здравоохранение» утверждено «Создание единого цифрового контура в здравоохранении на основе единой государственной информационной системы здравоохранения (ЕГИСЗ)», на который в ближайшие пять лет будет выделено более 177 млрд. рублей.

В соответствии с проектом, вся лечебная сеть должна сформировать единое информационное пространство, определяющими преимуществами которого станут:

улучшение управляемости; точной экономической оценки существующих активов; увеличение практической отдачи от используемых ресурсов; повышение привлекательности и конкурентоспособности; расширение спектра предлагаемых услуг и обеспечения их доступности широкому кругу пациентов.

В соответствии с планами медицинские информационные системы (МИС) лечебных учреждений станут не просто системой управления, но и помогут в осуществлении клинической деятельности, формируя единство медицинского, учетного, материального и финансового контуров МО. В результате достижения поставленной цели МИС МО должна стать эффективным инструментом для осуществления оперативного и стратегического анализа бизнес-процессов; предоставить аналитические данные для повышения качества медицинской помощи и эффективности работы лечебного учреждения.

Таким образом, подходы территориальных тарифных комиссий субъектов РФ и рекомендации федерального органа управления здравоохранением по совершенствованию способа оплаты «по подушевому нормативу финансирования на прикрепившихся лиц, включая оплату медицинской помощи по всем видам и условиям предоставляемой медицинской организацией медицинской помощи» может быть применены к условиям потребления услуг сельскими домохозяйствами, а также включать оценку результативности деятельности медицинской организации (например, в части доступности параклинических исследований, консультативной помощи и прочих манипуляций на 1-е сельское домохозяйство). Порядок определения коэффициентов дифференциации величины подушевого норматива и рекомендации по планированию объемов специализированной медицинской помощи, включаемой в «комплексный» подушевой норматив также еще предстоит рассмотреть на мезо- и микроэкономических уровнях управления.

На справедливый размер комплексного подушевого норматива финансирования оказывают влияние: эффективность «горизонтальных» межучрежденческих расходов; методология региональной маршрутизации пациентов между учреждениями 1-го и 3-го уровней оказания медицинской помощи.

5 Обобщение существующих и перспективных организационно-управленческих моделей в первичном звене здравоохранения субъектов РФ с высокой долей сельского населения

Представленная выше управленческая укрупненная градация разнообразных семей сельских домохозяйств и обобщенная статистика их заболеваемости по обращаемости в медицинские организации по прописке во многом может способствовать анализу эффективности районирования коечного фонда, мощности поликлиник, а также системы региональной маршрутизации пациентов-получателей услуг здравоохранения.

На рисунке 10 представим обобщенно систему семейной медицины.

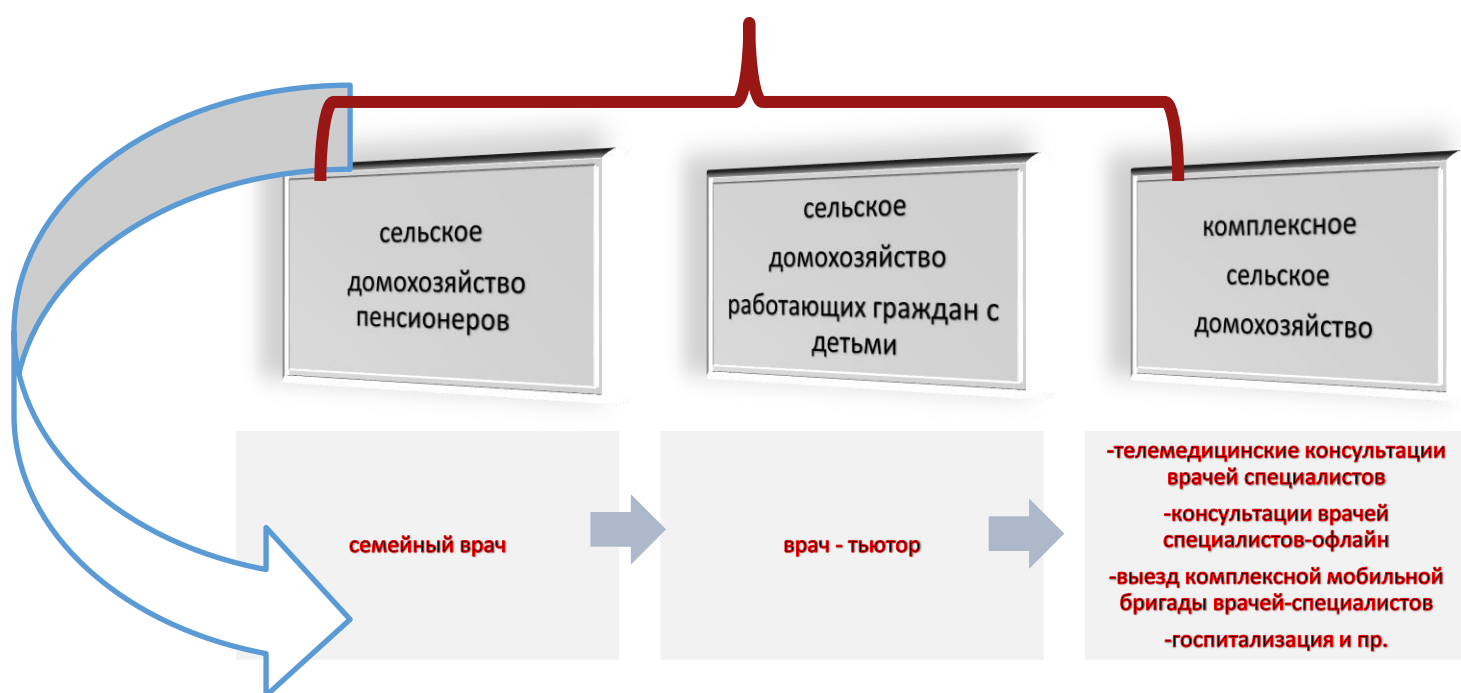


Рисунок 10 - Основа построения сценарных моделей организации первичной медико-санитарной помощи в городских и сельских муниципальных образованиях на принципах семейной медицины (составлено авторами на основе[46])

Как видно на рисунке 10, сельский семейный врач может самостоятельно обеспечивать текущие запросы на первичную медико-санитарную медицинскую помощь разных по статусу членов домохозяйств. При необходимости органы управления здравоохранением могут определять роль врача-тьютора: в дополнение к работе семейного врача (рисунок 10) и (или) его самостоятельные коммуникации с сельскими домохозяйствами. Участие в системе врачей-специалистов разных профилей, врачей-педиатров и иных специалистов могут осуществляться в рамках очных консультаций в

сети участковых, районных больниц и поликлиник. Такой «избирательный» отбор маршрутов членов сельских домохозяйств через семейного врача, врача-тьютора для получения специализированной помощи в условиях поликлиник и стационаров не нарушает принципы доступности, делает их адресными и рациональными. По большому счету только медицинский работник может дифференцировать потребность населения в медицинских услугах и построить грамотный доступ к качественной персонализированной медицине.

Квалификации медицинских работников сельской медицины порой не достаточно для оказания медицинской помощи детскому населению, тогда в системе может появиться детализация врачей – специалистов. Так, например, врач педиатр-консультант или районный педиатр обеспечивают в системе организации семейной медицины оказание медицинской помощи детскому населению, а комплексные врачебные бригады, созданные по методическим началам сельской медицины объединяют в сельских округах врача участкового педиатра и семейного врача.

На схеме рисунка 11 показано взаимодействие педиатра и семейного врача, делящего медицинскую помощь по возрастному признаку обслуживания населения. Так, педиатр занимается медицинской помощью детям до 15 лет и в подростковом возрасте (от 15 до 18 лет) передает семейному врачу.

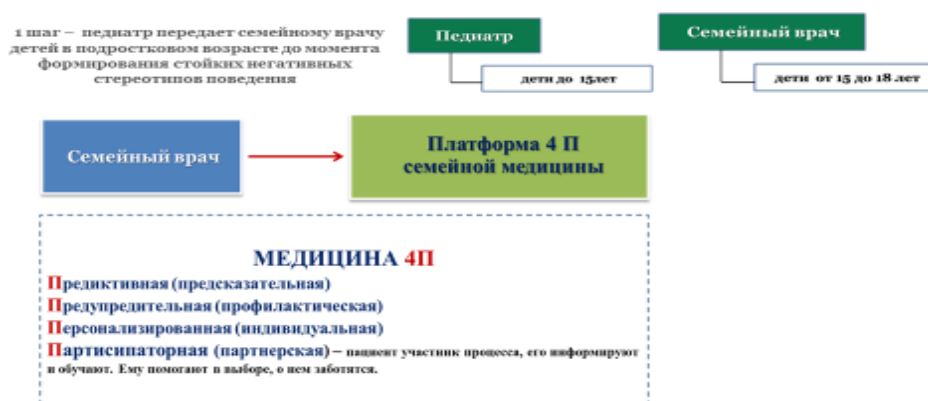


Рисунок 11 - Современная схема коммуникаций врачей (педиатра, семейного врача) в модели организации медицинской помощи на селе на принципах «4П Медицины» в субъекте РФ

Типичная структура посещений семейных врачей в 2018 году (на примере центров семейной медицины Белгородской области[47]) по профилям представлена на рисунке 12.

Как видно на рисунке 12, до 47% всех посещений приходится хирургические приемы - причины обращений граждан и только 6,2% -на терапевтические приемы; более 24% в общем объеме обращений составляют обращения по неврологическим проблемам со здоровьем; около 9,3% приходится на посещения, связанные с заболеваниями глаз (офтальмология); 5,6% всех посещений семейного врача приходится на лор-заболевания.

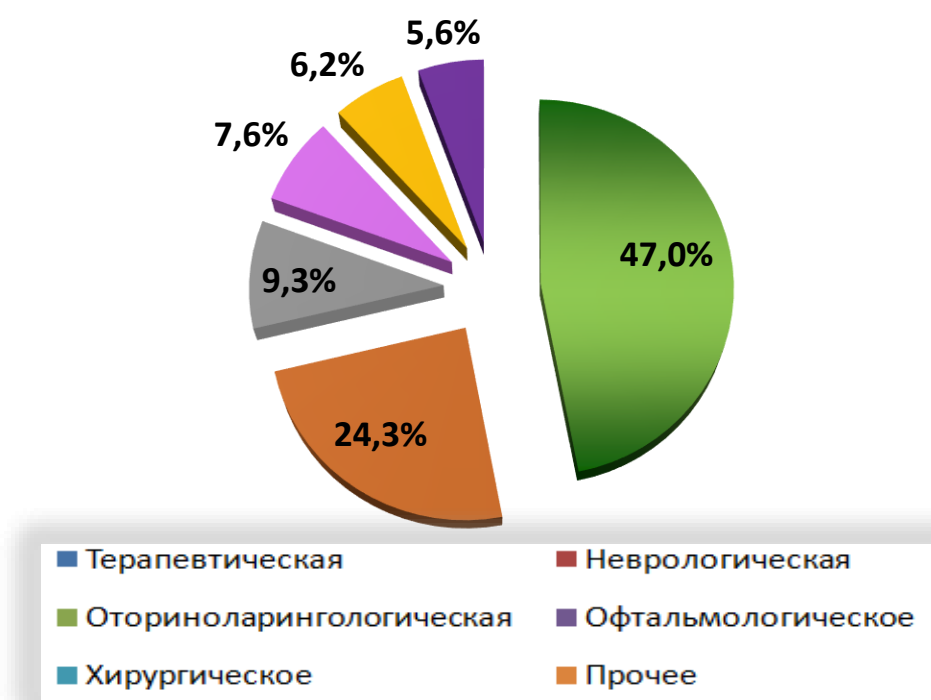


Рисунок 12 - Средняя сложившаяся структура посещений Центров семейной медицины жителями муниципальных образований Белгородской области по профилям, 2018 год, (% от общего количества всех посещений) (составлено авторами на основе [47])

Отдельное направление реформ системы оказания первичной медико-санитарной медицинской помощи жителям, проживающим в сельской местности можно считать *организацию и финансирование модели «земский доктор»*.

Проект предусматривает выделение 1 млн. рублей. врачам, которые приезжают работать в сельскую местность и малые города, где они должны провести не менее пяти лет. По данным Минздрава России, к 2018 году в рамках программ "Земский доктор" и "Земский фельдшер" к работе в селах, малых городах и поселках городского типа удалось привлечь более 34,3 тыс. специалистов. Год назад в программу включили и средний медицинский персонал. С 2020 г. отменяются возрастные ограничения для медработников, желающих поехать на село [48]

Перспективные организационно-управленческие модели. Отметим в этой связи, имеющую место в зарубежной практике идеологию мобильной медицины (mHealth) и интернета вещей (IoT), которая может быть востребована, наряду со строительством новых

стационарных организаций для роста доступности первичного звена. Сельским домохозяйствам может быть организована и качественная специализированная помощь. При этом, экономический эффект от вложений средств в строительство в соизмерении с эффектом отдачи от него в виде роста показателей индивидуального здоровья членов сельских семей не очевидны.

Телемедицинские технологии и возможности получения качественной медицинской помощи в рамках перехода на концепцию мобильной медицины для жителей, проживающих в сельской местности, в малодоступных районах и являющихся пациентами с хроническими заболеваниями, трудно переоценить. Многие граждане являются активными пользователями гаджетов-регистрирующих устройств, с которых возможен мониторинг и обеспечение обратной связи с врачами, проведение видео-консультаций, выписка рецептов и предписаний для оздоровления через интернет.

В будущем во многих сельских территориях будут улучшены системы связи, что позволит развивать онлайн-сервисы медицинских контакт-центров, имеющих большую базу врачей-экспертов и базу медицинских организаций, специализирующихся по видам медицинской помощи, клинико-диагностических центров.

Развитие информационных технологий делает возможным качественно более высокий уровень организации и оказания медицинской помощи, позволяет строить другую модель взаимодействия врача и пациента для сохранения и восстановления его здоровья с использованием игровых (гейм-приложений) к смартфонам.

Мы уже касались вопросов создания виртуального госпиталя на базе медицинской организации 3-го уровня в теоретическом аспекте[27]. Отметим, что это пока нетипичная ситуация в отечественном здравоохранении. При этом, на практической стадии реализации находится образовательный сегмент виртуального госпиталя: проект ФГБУ «НИИ ревматологии» и международной компании Abbott (решения в области здравоохранения) [26].

В дальнейшем можно предположить увеличение объема дистанционных профилактических, амбулаторных, стационар замещающих видов медпомощи, о чем свидетельствует распространенный опыт зарубежного здравоохранения [26, 27].

Отметим также, что действующее законодательство РФ имеет неполное разрешение на оказание телемедицинских услуг (ТМУ), однако некоторый опыт их оказания в рамках телемедицинских консультаций накоплен в ряде пилотных проектов. В настоящее время основным препятствием является нестыковки нормативно-правовой базы, отсутствие расширенного классификатора ТМУ, методик расчета полных тарифов и детализации механизмов оплаты удаленной медпомощи учетом идентификации подписи и

ответственности при коммуникациях: «врач-пациент первичного звена», «врач (первичного звена) –врач (специализированного учреждения) – пациент первичного звена».

Мы упоминали выше утвержденную Минздравом РФ Концепцию предиктивной медицины [15] в 2018 г., которая представляет собой систему взглядов на базовые принципы, цели, задачи и основные направления государственной политики РФ по развитию индивидуальных подходов к пациенту, в том числе до развития у него заболеваний. Это безусловно, шаг в новом направлении, отличном от «протоколов лечения» заболевших, соблюдения обязательных стандартов назначений при поставленном диагнозе. Концепция перекликается с той частью Стратегии развития здравоохранения РФ до 2030 г., где говорится о приоритете профилактики[18].

В перспективных моделях организации первичной, специализированной медицинской помощи, безусловно, потребуется опираться на анализ генетических особенностей человека, что уже активно развивается за рубежом, с целью выявления предрасположенностей к тем или иным заболеваниям, учитывать риски от среды обитания, поведения и привычек индивида. Применение персонализированных методов лечения, в том числе адресной лекарственной терапии и использование биомедицинских клеточных продуктов, в том числе, мишень-специфических, возможный путь развития современной медицины, опирающейся на учет результатов анализа генетических особенностей [15].

Отметим, что весьма перспективным представляется развитие «информационного здравоохранения», основанного на технологиях «Хелснет». Информатизация медицины предполагает анализ измеряемых показателей, которые могут служить в качестве индикаторов физиологических и патологических биологических процессов, ответов на фармакологическое лечение и др. в виде биомаркеров [15].

Это создает условия для развития индивидуализированных лекарств для коррекции состояний и лечения заболеваний. Однако, в этой области потребуется активное развитие и использование научно-образовательных медицинских кластеров, национальных исследовательских центров. Конечно, вряд ли, данные тренды могут претендовать на муниципальный уровень управления. При этом, при наличии федерального координирующего центра, обеспечивающего интеграцию получаемых научных разработок, потребуется филиальная сеть региональных проектных офисов, осуществляющая трансляцию инновационных разработок в практическое здравоохранение.

Перспективные модели организации медицинской помощи населению субъектов РФ потребуют внесения изменений в нормативно-правовую базу по обеспечению общественного и индивидуального здоровья.

Одновременно потребуются изменять подходы при подготовке медицинских кадров в системе высшего медицинского образования, а также в системе повышения квалификации работников здравоохранения.

Учитывая массовость инфраструктуры медицинских организаций первичного звена здравоохранения, можно предположить начало преобразований в них в самое ближайшее время. Сеть и их профили, муниципальное районирование, маршрутизация граждан за получением ПМСП и специализированной (включая высокотехнологичную) помощь, опираясь на опыт лучших практик семейной медицины и введение земского доктора, призвана обеспечивать существующие и ожидаемые запросы домохозяйств, включая сельские.

Отметим, что в каждой региональной программе «Здравоохранения» к 2021 году стоит задача информатизации медицинской и экономической информации. 100% медицинских организаций на селе: ФП, ФАП, амбулатория, офис врача общей практики, сельский врачебный участок и др. организации здравоохранения каждого населенного пункта должны быть подключены к системе единой информационной системе (ЕГИСЗ). Причем, информационные технологии на службе семейного врача должны стать фактором качественного и количественного улучшения доступности и качества медицинской помощи сельскому населению.

Отметим, для решения стратегических задач в системе органов управления в здравоохранении распространяется практика в ведения «Проектного офиса» - как механизма управления по целям.

На схеме рисунка 13 отметим основные особенности проектного управления.

Традиционный подход	Управление по целям
ФИНАНСИРОВАНИЕ	
По статьям	По программам на основе каскадирования целей (Проектные офисы: «регион-муниципалитет - медицинская организация»)

ИНТЕРВАЛ ПЛАНИРОВАНИЯ	
1 год	3 ГОДА
ГИБКОСТЬ БЮДЖЕТА	
Перераспределение средств между статьями запрещено. Остатки средств на конец года изымаются	Перераспределение средств между статьями разрешено. перенос неиспользованных средств на следующий год
ХАРАКТЕР КОНТРОЛЯ	
Преобладает внешний контроль	Преобладает внутренний контроль
Отсутствует управление рисками	Используются методы митигации (управление рисками)

Рисунок 13 - Управление по целям (проектные офисы) при создании новой модели менеджмента доступности медицинской помощи жителям, проживающим в сельской местности

Как видно, на схеме важным инструментом управления при достижении целей развития здравоохранения в региональном правительстве и на уровне крупных медицинских организаций становятся инструменты с использованием групповых методов работы в направлении митигации. Все варианты управленческих действий, предпринимаемых государственными структурами, юридическими и физическими лицами, населением до наступления «рискового» события, могут быть включены в систему управления.

Обеспечение готовности к работе в условиях непредвиденных ситуаций и долгосрочные меры по снижению риска летальных исходов для лиц детского, трудоспособного и старшего возраста СДХ могут рассматриваться в качестве инновации и для построения перспективных моделей развития сельского здравоохранения.

В перспективных организационных изменениях муниципального здравоохранения для улучшения работы с лицами трудоспособного и старшего возраста СДХ, оснащенных современными гаджетами и умелыми их пользователями, должна быть использована методология «интернета вещей». В рамках такого подхода следует методически обеспечить статус бытовых сетей, как явление, способное перестроить социально-экономические процессы путем исключения из части действий и операций человека,

непосредственного обращения к специалисту. Для работы с ними необходимо прежде всего создать:

- Электронный офис здоровья в ЦРБ либо другой организации здравоохранения муниципального района;
- Централизованную совокупность электронных медицинских карт, электронных карт здоровья,
- Платежные личные кабинеты пациента (застрахованного лица) с персональным менеджментом медицинских услуг и вариантами их оплаты.

Отметим, что при сохранении существующего финансового пуллинга средств здравоохранения в бюджетах фондов ОМС (федеральном, территориальных) централизация медико-экономической информации о застрахованных гражданах может считаться решенной задачей.

На рисунке 14 представлена динамика средств бюджета ОМС

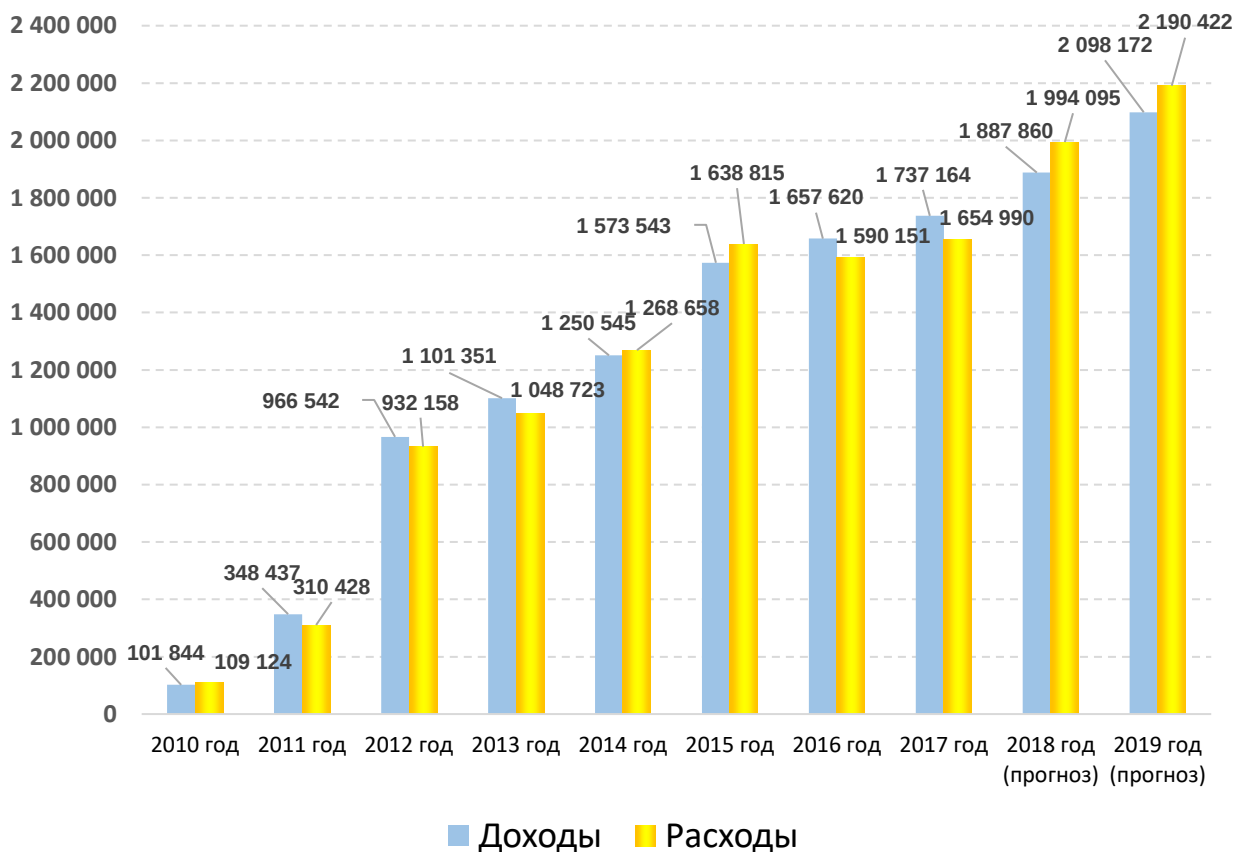


Рисунок 14 - Изменение параметров бюджета ФОМС в 2010-2019 гг. (млн. руб.)

Как видно на рисунке 14, за последние 10 лет объем доходов и расходов бюджета Федерального фонда обязательного медицинского страхования (а следовательно, и объем средств, направленных в Территориальные фонды обязательного медицинского страхования в виде субвенций для дальнейшей оплаты медицинской помощи в субъектах)

вырос более, чем в 20 раз - со 109 миллиардов рублей в 2010 году до практически 2,2 триллиона рублей в 2019 году. Доля средств ОМС в общем объеме финансирования сферы здравоохранения в 2019 году составляет 65%.

При наличии 143,6 млн. застрахованных граждан, охвате 14707 медицинских организаций деньги доводятся в организации здравоохранения через 43 страховые медицинские организации.

Взаимодействие федерального финансового агрегатора – ФОМС с различными стейкхолдерами представим на рисунке 15.



Рисунок 15 - Принципы и модели взаимодействия ФОМС с группами стейкхолдеров

Как видно, во всех группах участников отечественной системы ОМС, присутствует необходимость информирования граждан о правах и возможностях на получение бесплатной медицинской помощи. Многие субъекты правоотношений в медицинском страховании стоят на защите прав граждан и консолидируются в вопросах контроля качества и доступности медицинской помощи. ВСС призван изучать потребности населения, нужды застрахованных лиц.

Отметим, что система ОМС располагает огромными массивами статистических и экономических сведений о лечении всех диагнозов, применяемых технологиях и лекарственной терапии. Органы управления здравоохранения могли бы использовать

такие сведения для принятия управленческих решений. Отметим, что органы управления (федеральный и субъектов РФ) имеют в ведомственном подчинении медицинские информационно-аналитические центры (МИАС), которые призваны на основе информационных систем сводить формы официального статистического наблюдения о ресурсах и деятельности всех медицинских организаций здравоохранения. Эти сведения для принятия управленческих решений представляют серьезный ресурс. При этом, ведутся отдельные мониторинги за рамками статформ для решения отдельных задач, определенных как стратегические и тактические в области развития регионального здравоохранения.

Однако, как известно, информационные агрегаторы медико-экономической информации в здравоохранении при широком обсуждении данных вопросов до сих пор не определены, как в методическом, так и в практическом плане. Разрозненность региональных информационных сетей, наличие в медицинских организациях одного субъекта РФ разных видов учетно-отчетных информационных систем, зачастую рождает противоречие по обобщению важных параметров деятельности типовых учреждений здравоохранения. Обобщить данные о заболеваемости и связать их со статистикой потребления медицинских услуг можно только для целей узконаправленных воздействий в системе обязательного (добровольного) медицинского страхования.

Отметим, что до сих пор не до конца решен статус услуг телемедицины, пока можно говорить о законодательном контуре консультаций между врачами, подтвержденных электронной подписью.

Мы разделяем взгляды организаторов здравоохранения, которые связывают с внедрением системы ЕГИСЗ, улучшение доступности и качества медицинской помощи населению вне зависимости от территории проживания, и, особенно, сельскому населению и членам СДХ трудоспособного и старшего возраста.

При этом для построения перспективной модели доступной медицинской помощи в муниципальных образованиях требуется изучение каждого сельского домохозяйства с помощью сотрудников МО ПМСП для применения к нему в целом и к каждой категории проживающих принципы пациент ориентированности «4П Медицины» - Предикция, Превентивность, Профилактика, Партисипативность.

Для этого, на наш взгляд, в – первую очередь требуется изучить каждое СДХ по:

- поло-возрастному составу;
- рискам наследственных заболеваний; состоянию здоровья детей;
- состоянию здоровья женщин фертильного возраста;
- состоянию здоровья мужчин трудоспособного возраста;

- состоянию здоровья женщин и мужчин пожилого возраста;
- состоянию здоровья стариков и долгожителей.

Полученные данные станут основой планирования и организации медицинской помощи населению, постоянно проживающему в сельской местности. Муниципальные службы одновременно с данными мерами могут провести исследование СДХ по уровню достатка, выявить вполне обеспеченные СДХ, средней обеспеченности СДХ, бедные СДХ.

Отметим в этой связи, что средний уровень бедности в стране находится на уровне 12,9% в 2018 по году, который показывает официальная статистика. При этом, например, в Псковской области бедных 17,5%. Семьи с детьми составляют почти 80% от всех малообеспеченных домохозяйств в стране [49].

Таким образом исследования уровня социального неравенства и доходов СДХ дополняют классификаторы домохозяйств, которые могут иметь все ведомства и все социально-ориентированные отрасли народного хозяйства.

Понятно, что вопросы выравнивания уровней бюджетной обеспеченности региональной экономики также стоят на повестке дня федерального правительства в последнее время. Требуется повсеместное развитие экономики, особенно, экономики сельских муниципальных образований. Пока проблему бедности пытаются решать через «социальный контракт» - бедным дают деньги с условием выхода на стабильное получение дохода. В 2018 году в России было заключено 104,6 тыс. контрактов, в основном на создание или поддержание личного подсобного хозяйства. В Минтруда называют эту практику успешной. При стабильной муниципальной экономике такие меры могут быть продолжены.

В этой системе стратегических задач органы местного самоуправления, муниципальная власть в субъектах РФ может уже сейчас вести работу по информационному взаимодействию с каждым сектором социальной сферы и в рамках «дорожной карты» каскадировать ценности здорового образа жизни по целевым отраслям (здравоохранение, социальная защита, образование). Школа, Дворец Культуры, библиотека, Центр Спорта Медицинский центр и др. должны стать доступными для всего сельского населения для воспитания в духе ЗОЖ, нового подхода к сохранению, укреплению здоровья всех членов СДХ. Безусловно, могут возникнуть вопросы их полномочий и обеспеченности их финансовыми средствами.

Как известно, лучшие российские практики эффективных моделей доступности медицинских услуг сельскому населению показывают высокий уровень организационного и финансового участия субъекта РФ, его доходной составляющей. Стоит сказать, что

федеральный бюджет имеет с 2016 года рост средств на сопряженные мероприятия по укреплению показателей качества и доступности медицинской помощи гражданам, проживающим в сельской местности.

Отметим в этом контексте, что федеральные и региональные решения смогут быть более эффективными, если выстроить систему постоянного мониторинга и мотивацию (по системе KPI), которые помогут отслеживать продвижение к главным целям национальных проектов, фиксируя достижение промежуточных результатов, а также эффективность использования вложенных ресурсов [50]. При необходимости, мониторинг может быть основой корректировки планов с одновременной сменой системы ранее распределенных ресурсов.

Однако, отметим, что в дополнение к этому, необходимо разработать меры взаимопомощи в вопросах первой доврачебной помощи между СДХ и (или) применения навыков интернет-коммуникаций по схеме «пациент-фельдшер (врач общей практики)» для большей эффективности сельской медицины. В контексте роста самосознания в вопросах личного (индивидуального) здоровья можно предлагать сельским поселениям определить членов СДХ для обучения методам оказания первой доврачебной помощи и практикам диагностики состояния здоровья членов семей, имеющих хронические заболевания.

Более активно, по нашему мнению, следует развернуть кампанию по использованию для сельских территорий вычислительной сети, включая устройства, носимые как одежда или аксессуары, оснащенные встроенными устройствами для взаимодействия друг с другом или с внешней средой, что может быть очень эффективным. Поддерживается идея организации и проведения обучения групп из числа СДХ с участием муниципальных служб (служб занятости населения, служб социальной помощи, ПМСП, структур системы образования и пр.) для совместных действий по решению всех социально-демографических, экономико-финансовых задач каждого домохозяйства.

Совсем не далек тот день, когда СДХ могут сформировать спрос на связь с медицинским контакт-центром по модели врачебно-цифрового взаимодействия с врач-пациент. При этом, уже работающие в сельских муниципалитетах медицинские организации должны с таким запросом справляться и осуществлять оказание расширенного спектра услуг индустрии здоровья с использованием информационно-коммуникационных web-технологий, актуальных средств телефонной, видеоконференцсвязи с эффектом присутствия, интернет-опций, социальных сетей.

Отметим, что применение бережливого производства в первичном звене, введение требований стандартов качества менеджмента государственных и частных организаций здравоохранения подготавливает все бизнес-процессы в медицине к проведению стандартизации лечебно-диагностических услуг [51]. Это может стать хорошей платформой для развития информационных связей отраслевых структур с отдаленными и малодоступными поселениями граждан во многих субъектах РФ, а также может считаться залогом построения равнодоступной медицинской помощи гражданам России вне зависимости от места их территориального проживания.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Российское нормативное регулирование вопросов доступности и качества медицинской помощи определяет данное направление как стратегическое [7] и предполагает следующие ее составляющие [8]: своевременность оказания медицинской помощи; правильность выбора методов профилактики, диагностики, лечения и реабилитации при оказании медицинской помощи; степень достижения запланированного результата.

В соответствии с вышесказанным, а также на основе разработанных и утвержденных федеральных правил предоставление медицинской помощи в отечественном здравоохранении стало возможным обеспечивать единство требований к качеству и доступности медицинского обеспечения вне зависимости от места проживания гражданина, вне зависимости от организационно - правовой формы медицинской организации. Такие требования опираются на отраслевые регламенты (стандарты) оказания, порядки организации помощи по видам (первичная, специализированная, скорая) и условиям ее предоставления (в круглосуточном стационаре, в дневном стационаре, в поликлинике).

При общей схожести методологической платформы формирования термина «доступность» медицинской помощи в международных и российских оценках имеются противоречия по набору показателей ее измерения. Многие российские и международные методики ориентированы на данные официальной статистики, базируются на индикаторах национальных приоритетов, показателях заболеваемости и смертности, данных об укомплектованности медицинскими работниками первичного звена, специализированной (скорой, высокотехнологичной) медицинской помощи.

Обобщая многообразие методических подходов к формированию показателей доступности медицинской помощи в российской и зарубежной практиках, с учетом приоритетности национальных задач до 2024 года, предлагается уже существующую систему оценочных индикаторов «очистить» от неуправляемых для уровня муниципальных ЛПУ и дополнить теми показателями, которые могут, на наш взгляд, быть использованы в фокус-группе - население, проживающее в сельской местности.

Авторами для целей настоящего доклада предлагается рассматривать категорию «доступность медицинской помощи» - как категорию «удовлетворенной» потребности в медицинских услугах всех членов сельских домохозяйств. В этой связи, доступность медицинской помощи можно определять: 1) по количеству и срокам потребления услуг здравоохранения; 2) как охват населения первичной медико-санитарной и

специализированной помощью, которая отвечает ожиданиям общества и отдельных групп потребителей.

Модельные объекты здравоохранения с муниципальной локализацией медицинской помощи составляют основное звено первичной медико-санитарной помощи. Поэтому, исследования качества и доступности медицинской помощи для жителей, проживающих в сельской местности могут быть, по нашему мнению, могут быть изучены на «пилотных» российских субъектах в разных федеральных округах, где имеется наибольший удельный вес сельских жителей по сравнению с общей численностью населения. В дальнейшем, - сценарные управленческие решения могут тиражироваться, применяться в других субъектах РФ.

Выделение таких субъектов и жителей, постоянно проживающих в сельской местности, в качестве отдельного элемента глобальной системы охвата медицинскими услугами населения России нами обосновано по нескольким причинам.

1. В основных направлениях Паспортов развития здравоохранения субъектов РФ на период 2018-2024 гг. имеются разнонаправленные управленческие подходы к обеспечению доступности медицинской помощи для городского и сельского населения.

2. Выбранные в качестве базы исследования субъекты по федеральным округам демонстрируют следующие цифры по доле сельского населения: Центральный Федеральный Округ: Тамбовская обл. (39,5%) и Белгородская обл. (32,7%); СЗФО: Ленинградская обл. (36,0%) и Псковская обл. (29,3%); ПФО: Оренбургская обл. (40%) и Республика Башкортостан (38,1%); СКФО: Чеченская Республика (65,3%), Республика (58,2%); ЮФО: Республика Калмыкия (54,7%), Республика Адыгея (52,7%); УрФО: Курганская обл. (38,2%), Тюменская обл. без автономных округов (34,1%); СибФО: Республика Алтай (70,8%) и Алтайский край (43,7%); ДФО: Республика САХА (34,5%) и Амурская обл. (32,7%); Крымский ФО: Республика Крым (49,1%) [3, 4].

Все субъекты показали региональный «разброс» интегральных рейтингов доступности и качества медицинской помощи в моменте (2017 год) и за пятилетний период (2012-2017 гг.), который был опубликован ВШЭ в 2019 году. В нем, как и ранее не делался акцент на фокус группу сельское население.

3. Такая неравномерность рейтинговых мест оцениваемых (даже по одной методике ВШЭ по данным официальных статистических форм) говорит об отсутствии устойчивой отраслевой методологии измерения и контроля показателей доступности и качества медицинской помощи и необходимости совершенствования системы мотивации менеджеров отрасли за рост этого показателя.

4. Для целей управленческих задач и стратегии принятия решений по росту мотивации менеджеров здравоохранения для решения задач обеспечения доступности и качества медицинской помощи гражданам России, постоянно проживающим в сельской местности, предлагается обобщение, имеющие региональное, федеральное внедрение по учетно-статистическая единица - сельское домохозяйство. Такая учетно-статистическая единица может быть далее дифференцирована в организационно-методических подходах и для целей использования в существующей финансовой модели оплаты медицинской помощи. Система формирования государственного заказа на услуги медицинских организаций в последнее время оплачивается преимущественно через систему обязательного медицинского страхования, которая регулирует единство планирования объемов помощи застрахованным гражданам и устанавливает унифицированные тарифные правила, регулируемые на всей территории России. В этом смысле, предложения по совершенствованию подходов к идентификации портрета потребителя услуг сельского здравоохранения все больше тяготеет к домохозяйствам. Они концентрируют сложившийся уклад жизни всех поколений и, как правило, представлены членами семей: трудоспособного возраста с детьми; пенсионеров; имеющих и пенсионеров, и трудоспособных граждан, и детей и пр..

5. Вопросам классификации сельских домохозяйств по социальному составу и половозрастной структуре членов может быть посвящено отдельное исследование, актуальность которого подчеркивается практическими обсуждениями региональных управленцев системы социального обеспечения, здравоохранения, образования.

6. Основные статистически сложившиеся потребности в видах и объемах первичной медико-санитарной помощи за год (три года), например, могут определяться по следующим блокам: количество посещений врачей разных специальностей с профилактическими целями; количество посещений врачей по неотложным состояниям; количество обращений граждан к врачам в связи с заболеванием; количество диагностических обращений за лабораторными и инструментальными исследованиями в поликлиники и (или) централизованные клиничко-диагностические службы и (или) параклинические отделения центральных районных больниц, центры семейной медицины (сельские медицинские округа) и пр. организационно-правовые формы предоставления населению медицинских услуг; количество и виды обращений за специализированной медицинской помощью; количество и виды обращений за высокотехнологичной медицинской помощью; количество и виды обращений за санаторно-курортным лечением, медицинской реабилитацией; количество обращений за сестринской помощью, помощью по уходу, паллиативной помощью. Все перечисленные выше блоки анализа

сформированной потребности сельского населения в услугах здравоохранения могут характеризовать объемы и эффективность так называемых «горизонтальных» коммуникаций учреждений здравоохранения внутри субъекта и одного уровня медицинских организаций: поликлиник, ЦРБ, ФАПов, участковых больниц и (или) «вертикальной» маршрутизации пациентов между учреждениями 1,2,3 уровней оказания медицинской помощи в субъекте РФ, включая «миграционную» медицинскую помощь, межтерриториальную помощь за пределами одного субъекта РФ.

7. Доступность медицинской помощи гражданам, постоянно проживающим в сельской местности можно рассматривать через призму оценки эффективности регионального районирования сети медицинских организаций. Программой государственных гарантий из общего числа посещений по этапам оказания медицинской помощи и подчиненности учреждений выделены: 90% посещений, которые выполняется в государственных медицинских организациях, расположенных в муниципальных образованиях, 7-8% - в учреждениях субъекта Федерации, 2-3% - в учреждениях федерального подчинения[30]. Статистика 2016-2017 гг. показывает, что из 22327 муниципальных образований в России доля сельский поселений составляла 81% (18 101 единиц), при этом муниципалитеты лишены возможности финансирования медицинской помощи, а только создают условия для ее оказания [31].

8. Кадровый состав медицинских учреждений и районирование сети амбулаторно-поликлинических медицинских организаций влияют на показатели доступности услуг здравоохранения на селе. В советском здравоохранении применялся «коэффициент рассеивания» [34], смысл которого в том, что если по численности населения и объему работы в территориальном ЛПУ невозможна организация самостоятельного приема (расчетное число должностей составляет менее одной должности), то посещения перераспределяются между врачами более широкого профиля в данном ЛПУ и врачами-специалистами ЛПУ более высокого иерархического уровня по «коэффициенту рассеивания». Коэффициент рассеивания может принимать разные значения в зависимости от расселения жителей региона, удельного веса городского и сельского населения, состояния дорог и транспортного обеспечения, в т. ч. стоимости проезда и регулярности движения общественного транспорта, отношения пациентов к собственному здоровью и т. д. Так, например, при невозможности организации в ЦРБ приема врачом-неврологом часть планово-нормативных посещений по этой специальности, может приходиться на врачей-терапевтов, часть – на врачей-хирургов, часть – не выполняться вовсе, и лишь небольшая часть пациентов будет направляться к врачам-неврологам ЛПУ регионального уровня, причем последние из указанных

посещений будут носить преимущественно консультативный характер. Для жителей сельской местности коэффициент рассеивания составляет в среднем 0,9 и более для государственных (муниципальных) ЛПУ по месту прикрепления пациента и менее 0,1 соответственно для региональных и федеральных учреждений. По нашему мнению, установление этих соотношений является предметом специального изучения и применения на уровне субъекта РФ и для целей размещения государственного задания (задания в системе ОМС) в учреждениях 1-го уровня оказания медицинской помощи (ЦРБ, ФАП, районная больница).

9. Существующие организационно-управленческие модели «семейной медицины» в регионах лучших практик (Белгородская область), а также федеральные программы «земский доктор», применяемые с разной степенью успешности в субъектах РФ, требуют стратегического изучения и мониторинга результативности. При этом, доступность в них услуг здравоохранения может быть рассчитана по показателю удовлетворенной потребности сельских домохозяйств с учетом разработанных классификаторов сельских домохозяйств (п.5 Заключения).

10. Приближение специализированной медицинской помощи, рассмотренное в докладе на примере ЦАОП (центров амбулаторной онкологической помощи), имеет медико-демографическую платформу по половозрастной структуре сельских жителей, уровню заболеваемости по обращаемости в медицинские организации и требует специальных комбинированных исследований, которые отдельным направлением включают оценку эффективности строительства, размещения также и первичных сердечно-сосудистых центров и пр. инновационных инфраструктурных объектов здравоохранения в муниципальных образованиях субъектов РФ.

11. Переход первичного звена здравоохранения на комплексный измеритель объема посещений разных видов, группируемых в законченные случаи лечения на этапах оказания амбулаторно-поликлинической помощи, можно оценивать, как положительный шаг в процессе совершенствования объемно-финансовых нормативов программы государственных гарантий. При этом, предложения 2018 года по его совершенствованию для медицинских организаций, обслуживающих сельское население, в системе ОМС с учетом всех видов и условий оказания медицинской помощи, пока имеет методические пустоты и требует дальнейшей проработки.

12. Перспективными информационно - коммуникационными платформами для роста доступности медицинской помощи на селе можно считать: внедрение телемедицинских услуг; распространение практик введения стандартных операционных процедур при оказании первичной и специализированной помощи на основе стандартов

качества менеджмента; разработку моделей «виртуальных» регистратур и цифровых - информационных колл-центров; практик «виртуальных» госпиталей и пр.

Все выше сказанное позволяет обосновать следующие предложения для роста доступности услуг жителям, постоянно проживающим в сельской местности:

1. Уточнить подходы к территориальному распределению ресурсов и районированию деятельности сельских медицинских учреждений с учетом статистики и динамики уровня половозрастной заболеваемости по обращаемости населения, объемов миграционных перемещений, вариативности процессов старения населения при одновременном «омолаживании» ряда впервые выявленных, критических для здоровья заболеваний и первичного выхода на инвалидность.

2. Выработать единые медико-экономические адресные подходы к планированию объемно-финансовых комплексов первичной, специализированной (включая скорую), паллиативной медицинской помощи и медицинской реабилитации жителям, проживающим в сельской местности, с учетом объективизации потребления услуг здравоохранения на основе разработки медико-социального классификатора сельских домохозяйств.

3. Включать экспертное сообщество, ориентированное на кадровый менеджмент, социальное проектирование, демографические исследования, экономику рискованного медицинского страхования и пр. в рабочие группы по обсуждению мер повышения доступности медицинской помощи сельским жителям

4. Утвердить формат межведомственного информационного обмена и эффективных организационно-финансовых коммуникаций Минздрава РФ, Минтруда России, ФСС, ПФР, ФОМС и др. ведомств и агентств в вопросах оптимизации управленческих моделей, унификации тарифов оплаты государственных медико-социальных услуг сельским домохозяйствам и членам их семей.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННЫХ ИСТОЧНИКОВ

1. Указ Президента РФ №204 от 7 мая 2018 года. О национальных целях и стратегических задачах развития Российской Федерации на период до 2024 года.
2. Приказ Минздрава РФ от 8 июня 2016 г. N 358 «Об утверждении методических рекомендаций по развитию сети медицинских организаций государственной системы здравоохранения и муниципальной системы здравоохранения»
3. Россия в цифрах: краткий статистический сборник / Росстат. Федеральная служба государственной статистики. URL: http://www.gks.ru/free_doc/doc_2016/rusfig/rusl6.pdf.
4. Сельское здравоохранение России в 2011 году (Статистические материалы ФГБУ «ЦНИИОИЗ» и МЗ РФ- 2012) //SELO/<http://mednet.ru>
5. World Health Organization et al. Performance assessment tool for quality improvement in hospitals. Indicator Descriptions, WHO Regional Office for Europe. 2007.
6. Отслеживание достижения всеобщего охвата услугами здравоохранения: глобальный доклад о мониторинге, 2017 г. [Tracking universal health coverage: 2017 global monitoring report] ISBN 978-92-4-451355-5
© Всемирная организация здравоохранения и Международный банк реконструкции и развития / Всемирный банк 2018 <https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/3.0/igo/>)
7. Стратегия развития здравоохранения Российской Федерации на долгосрочный период 2015 – 2030 гг.// Система ГАРАНТ: http://base.garant.ru/70684666/5/#block_191#ixzz3VgFIcmgc
8. Федеральный закон от 21.11.2011 N 323-ФЗ (ред. от 03.07.2016) "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации" (с изм. и доп., вступ. в силу с 03.10.2016)/ КонсультантПлюс /www.consultant.ru
9. Федеральный закон «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации» от 29 ноября 2010 г. № 326-ФЗ
10. Постановление Правительства РФ от 12.04.1996 N 423 «Об учреждении премий Правительства Российской Федерации в области качества»
11. Руководство для организаций-участников конкурса Премии Правительства Российской Федерации в области качества. Утверждено протоколом Совета № 68-МД/10 11.09.2017.
12. «ГОСТ Р 56404-2015. Национальный стандарт Российской Федерации. Бережливое производство. Требования к системам менеджмента» Утвержден и введен в действие Приказом Росстандарта от 27.05.2015 N 445-ст.
13. Предложения (практические рекомендации) по организации внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности в медицинской организации (стационаре). Федеральная служба по надзору в сфере здравоохранения. ФГБУ «ЦМИКЭЭ». Москва 2017.
14. Рейтинг доступности и качества медицинской помощи в субъектах Российской Федерации [Текст] / С. В. Шишкин, О. Ф. Понкратова, Е. Г. Потапчик, С. В. Сажина : препринт WP8/2019/01 / С. В. Шишкин, О. Ф. Понкратова, Е. Г. Потапчик, С. В. Сажина ; Нац. исслед. ун-т «Высшая школа экономики». М. : Изд. дом Высшей школы экономики, 2019.– (Серия WP8 «Государственное и муниципальное управление»). – 96 с. – 106 экз.
15. Приказ Минздрава России от 24.04.2018 г. № 186 «Об утверждении Концепции предиктивной, превентивной и персонализированной медицины»
16. Указ Президента РФ от 1.12.2016 г. №642 «О Стратегии научно-технологического развития РФ»
17. Паспорт национального проекта «Здравоохранение»
18. Стратегия развития здравоохранения Российской Федерации на долгосрочный период 2015 – 2030 гг.
19. Стратегия развития медицинской науки в РФ до 2025 г. (РП РФ от 28.12.2005 г. № 2580-р)
20. Госпрограмма РФ «Развитие здравоохранения» (ПП РФ от 26.12.2017г. № 1640)
21. Госпрограмма РФ «Развитие фармацевтической и медицинской промышленности на 2013-2020 годы» (ПП РФ от 15.04.2014г. №305)
22. Флек В.О. О программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи. 1-е издание. – М, 2018. - 322 с. Раздел «Программа государственных гарантий бесплатной медицинской помощи, в т.ч. ВМП»
23. Создание Фонда персонализированной медицины в РФ и его презентация широкой общественности 14.03.2019 г. Торгово-промышленной палате РФ

24. Кузнецов П.П. Единое цифровое окно здоровья: руководство личного врача-тьютора – персонального менеджера здоровья. – М.: Эдитус, 2019. – 128 с.
25. Кузнецов П., Вариченко Ф. Искусственный интеллект в российской медицине: системы поддержки принятия решений. М.: ИД «Менеджер здравоохранения», 2018. – 140 с.
26. Виртуальный госпиталь ФГБУ «НИИ ревматологии»// [http:// rheumatolog.ru/education /virt_hospital](http://rheumatolog.ru/education/virt_hospital)
27. Кузнецов П.П., Узденов Б.И. и др. Виртуальный госпиталь: учебно-методическое пособие для студентов и магистров. М.: ИД «Менеджер здравоохранения», 2016. – 64 с. –С.7
28. Кузнецов П.П., Бондаренко С.С. и др. Контакт – центр в индустрии здоровья: инструмент реализации модели персонифицированной помощи. Учебно-методическое пособие для студентов и магистров очной, заочной и дистанционной формы обучения. М.: ИД «Менеджер здравоохранения», 2016. – 68 с. – С.19-20.
29. Министерство здравоохранения Российской Федерации. Ресурсы и деятельность медицинских организаций здравоохранения. Ч.1, Ч.II, Ч.III (Медицинские организации, Медицинские кадры, Коечный фонд).М. 2015, 2016, 2017, 2018.
30. Флек В.О.. О программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи. 1-е издание. – М, 2018. - 322 с.- С.312-321
31. Регионы России. Основные характеристики субъектов Российской Федерации. 2018 / www.gks.ru
32. URL: [http:// static-1.rosminzdrav.ru /system attachments / attaches](http://static-1.rosminzdrav.ru/system_attachments/attaches)
33. Измеров Н.Ф. (ред.). Глава 1. Анализ современного состояния первичной и специализированной профпатологической помощи в Российской Федерации // Профессиональная патология. Национальное руководство. — Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2011. — С. 32. — 777 с. — (Национальный проект "Здоровье"). — ISBN 978-5-9704-1947-2.
34. Измеров Н.Ф., Бухтияров И.В. и др. Реализация глобального плана действий ВОЗ по охране здоровья работающих в Российской Федерации// НИИ медицины труда РАН Медицина труда и промышленная экология.— Москва: ФГБУ НИИ медицины труда РАН им. акад. Н.Ф. Измерова, 2015.— Сентябрь (№ 9).— С. 4-10.— ISSN 1026-9428
35. Приказ Минздрава России от 08.06.2016 №358 "Об утверждении методических рекомендаций по развитию сети медицинских организаций государственной системы здравоохранения и муниципальной системы здравоохранения"
36. Габуева Л. А., Щепин О. П. Организация и экономика предпринимательской деятельности в здравоохранении // Под ред. Стародубова В. И. — М.: МЦФЭР, 2006. — 432 с.
37. Кученко О. С. Методический подход к оценке эффективности деятельности медицинской организации // Молодой ученый. — 2016. — №9. — С. 628–630. — URL <https://moluch.ru/archive/113/29181/> (дата обращения: 04.03.2019).
38. Шипова В.М., Лившиц А.А., Ситникова О.Ю. Планово-нормативные вопросы организации медицинской помощи сельскому населению /Под ред. академика РАМН О.П. Щепина. – М.: Современные тетради, 2007. – 216 с. – (Научная б-ка «Современных тетрадей. Медицина)
39. Шипова В.М., Ситникова О.Ю. Объем и финансирование медицинской помощи сельскому населению в зависимости от возрастно-половых характеристик: методические рекомендации /Утв. Зам. министра здравоохранения и социального развития РФ В.И. Стародубовым от 01.11.2006. № МЗ/33511. – 30 с.
40. Формирование подушевых нормативов финансового обеспечения территориальных программ обязательного медицинского страхования с учетом показателей потребления медицинской помощи различными категориями застрахованных лиц. Методические рекомендации ФФОМС от 13 апреля 2012 г
41. Буренков С.П., Головтеев В.В., Корчагин В.П. Здравоохранение в период развитого социализма: планирование и управление. - М.: Медицина, 1982, 288 с., ил.
42. Здравоохранение в России. 2017: Стат.сб./Росстат. - М., 2017. – 170 с.
43. Письмо Минздрава России от 21.12.2019 № 11-7/10/1-511 «О формировании и экономическом обосновании территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2019 год и плановый период 2020 и 2021 годов»
44. Приказ Минздрава России от 28.02.2019 N 108н "Об утверждении Правил обязательного медицинского страхования" (Зарегистрировано в Минюсте России 17.05.2019 N 54643)
45. Письма Минздрава России N 11-7/И/2-3440, ФФОМС N 4855/26-2/и от 19.04.2019.

46. Закон Белгородской области от 28.12.2004 года № 165 «Социальный кодекс Белгородской области»;
47. Лидеры по качеству здравоохранения – Москва, Санкт-Петербург, Белгород, Сургут, Балашиха и Тюмень. 2018.
48. Нацпроект поможет. ТАСС специально для портала "Будущее России. Национальные проекты". <https://futuresrussia.gov.ru/nacionalnye-proekty/176963>
49. В российских регионах составлен «портрет» бедности <https://news.mail.ru/economics/38150931/> (дата доступа 19.09.19)
50. Эффективность системы здравоохранения: способы повысить значимость количественной оценки как инструмента для руководителей и разработчиков политики. Под редакцией J.Cylus, I.Paranicolas, Peter C. Smith //ВОЗ, Европейская обсерватория 2018, №46 Серия: Политика здравоохранения.
51. «ГОСТ Р 56404-2015. Национальный стандарт Российской Федерации. Бережливое производство. Требования к системам менеджмента» Утвержден и введен в действие Приказом Росстандарта от 27.05.2015 N 445-ст.