

ПРИОРИТЕТ ПЕРВИЧНОЙ МЕДИКО-САНИТАРНОЙ ПОМОЩИ – ДЕКЛАРАЦИЯ ИЛИ РЕАЛЬНОСТЬ? Печать 11.03.2019 г.

DOI: <https://dx.doi.org/10.21045/2071-5021-2019-65-1-3>

1Шейман И.М. 1Шевский В.И., 1Сажина С.В.

1 ФГАОУВО «Национальный исследовательский университет “Высшая школа экономики”», Москва

Резюме

Актуальность. Важное направление модернизации здравоохранения - повышение роли первичной медико-санитарной помощи. Состояние этого вида помощи во многом определяет конечные результаты функционирования отрасли в целом и поэтому требует специального исследования.

Цель работы. Оценить состояние первичной медико-санитарной помощи в России, определить степень адекватности реализуемых мер по ее укреплению.

Материал и методы. Выделяются главные характеристики и показатели первичной медико-санитарной помощи, проводится сравнение с другими странами, прежде всего постсоветскими странами Центральной и Восточной Европы. Сравнительные оценки основаны на методике Европейской системы мониторинга первичной медицинской помощи. Для получения сопоставимых оценок по России в конце 2016 года был проведен опрос участковых врачей в социальных сетях. Используются статистические материалы Минздрава и Росстата России, Всемирной организации здравоохранения, Организации экономического сотрудничества и развития. Используются также оценки ведущих зарубежных специалистов по управлению и экономике здравоохранения.

Результаты. Оценка состояния первичной медико-санитарной помощи показывает, что сегодня это самый слабый сектор российского здравоохранения. Главные его проблемы – острейший дефицит врачей участковой службы, их ограниченный лечебный и координационный функционал, низкий уровень эффективности. Анализ текущих мероприятий по укреплению первичной помощи демонстрирует их недостаточность для решения выявленных проблем. Мероприятия, планируемые в рамках Национального

проекта «Здравоохранение», в этой части поверхностны и фрагментарны, они не могут претендовать на создание новой модели первичной медико-санитарной помощи.

Выводы. Выявленные проблемы являются следствием низкой приоритетности первичной медико-санитарной помощи, серьезных задержек с реформированием этого сектора. Отказ от массового развития института врача общей практики и поиска новых форм организации участковой службы ограничивает повышение эффективности этого сектора и результативности системы здравоохранения в целом. Эта система, лишившись сильных «корней» в виде сильного первичного звена, вынуждена развиваться по экстенсивному пути – за счет вложений в специализированную помощь, которая обходится обществу значительно дороже. Реализуемые в настоящее время подходы к повышению эффективности работы поликлиник, претендуя на формирование новой модели первичной медико-санитарной помощи, недостаточны для решения её острейших проблем. Для этого требуется серьёзное укрепление участковой службы в двух связанных между собой направлениях – организационном и кадровом.

Область применения результатов. Результаты проведённого исследования могут представить интерес для специалистов в области разработки политики здравоохранения, организаторов здравоохранения, а также практических врачей.

Ключевые слова: первичная медико-санитарная помощь; врач общей практики; постсоветские страны; реформы здравоохранения.

Контактная информация: Шейман Игорь Михайлович, email: isheiman@hse.ru

Финансирование. В статье представлены результаты, полученные в рамках Программы фундаментальных исследований Национального исследовательского университета «Высшая школа экономики».

Конфликт интересов. Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

Для цитирования: Шейман И.М. Шевский В.И., Сажина С.В. Приоритет первичной медико-санитарной помощи - декларация или реальность? Социальные аспекты здоровья населения [сетевое издание] 2019; 65(1). URL: <http://vestnik.mednet.ru/content/view/1043/30/lang.ru/>. DOI: <https://dx.doi.org/10.21045/2071-5021-2019-65-1-3>

PRIMARY HEALTH CARE PRIORITY – DECLARATION OR REALITY?

Sheiman I.M., Shevsky V.I., Sazhina S.V.

National Research University 'Higher School of Economics', Moscow, Russia

Abstract

Significance. Strengthening primary health care is an important direction of healthcare system modernization. The state of this sector determines the outcomes of the entire healthcare system, and therefore requires a special study.

Purpose. To assess the state of primary health care in Russia and determine the adequacy of the current measures to strengthen it.

Methods. The main characteristics and indicators of primary health care are formulated, and comparisons are made with other countries, especially post-Soviet countries of the Central and Eastern Europe. Comparative estimates are based on the methodology of the European Primary Care Monitoring System. To obtain comparable estimates for Russia, a survey of district physicians was conducted in social networks at the end of 2016.

Statistical materials of the Russian Federation Ministry of Health and Statistical Service, World Health Organization and the Organization for Economic Cooperation and Development were used. The estimates of leading international experts in health management and economics were used as well.

Results. State assessment of the primary health care shows that currently it is the weakest sector in the Russian healthcare. Its main problems are the following: a severe shortage of district physicians, their limited clinical and coordination functions, as well as low performance. Analysis of the current measures aimed at primary care strengthening shows their insufficiency to address the identified problem. The activities planned as part of the National Health Project are superficial and fragmented in this regard and cannot claim to develop a new model of primary health care.

Conclusions. The revealed problems are resulted from the low priority of primary health care and serious delays in reforming this sector. Abandoned mass development of the institute of general practitioners and absence of new forms of district primary service organization limit performance both of this sector and the entire healthcare system. This system, having lost its

strong "roots" in the form of strong primary care, is forced to develop along an extensive path - by investing much in specialty care with substantially higher cost. The current attempts to improve performance of polyclinics, claiming to become a new model of primary health care, are not sufficient to meet its most urgent challenges. Additional activities are needed to strengthen district service in two interrelated areas - organizational and personnel.

Scope of applications. The research results can be used by health authorities for developing conceptual documents on healthcare development, health managers and practitioners.

Keywords: primary care; general practitioner; post-Soviet countries; healthcare reforms.

Corresponding author: Igor M. Sheiman, email: isheiman@hse.ru

Information about authors:

Sheiman I.M., <http://orcid.org/0000-0002-5238-4187>, email: isheiman@hse.ru

Shevsky V.I., <https://orcid.org/0000-0002-5595-3875>, email: v_shevsky@mail.ru

Sazhina S.V., <http://orcid.org/0000-0002-2023-3384>, email: ssazhina@hse.ru

Acknowledgments. The study was conducted within the framework of the Basic Research Program of the National Research University - Higher School of Economics.

Conflict of interests. The authors declare no conflict of interest.

For citation: Sheiman I.M., Shevsky V.I., Sazhina S.V. Primary health care priority - declaration or reality? Social'nye aspekty zdorov'a naselenia / Social aspects of population health [serial online] 2019; 65(1). Available from:

<http://vestnik.mednet.ru/content/view/1043/30/lang.ru/>. (In Russ.). DOI:

<https://dx.doi.org/10.21045/2071-5021-2019-65-1-3>

Введение

В российском здравоохранении идет поиск новых механизмов повышения качества и доступности медицинской помощи. Одним из таких механизмов является повышение роли первичной медико-санитарной помощи (ПМСП). Состояние этого вида помощи во многом определяет конечные результаты функционирования отрасли в целом.

Эмпирические оценки демонстрируют закономерность: в странах с сильной первичной помощью относительно ниже общая смертность и смертность от наиболее распространенных заболеваний, ниже объемы дорогостоящей стационарной медицинской помощи [1]. Врачи первичного звена обеспечивают первый контакт населения с

медициной, проводят профилактические мероприятия и раннюю диагностику, а главное – имеют дело с наиболее распространенными заболеваниями, что во многом определяет уровень удовлетворенности населения состоянием здравоохранения в целом.

В системе управления социальной сферой в России нет недостатка деклараций об особой роли ПМСП. Во всех программных документах по вопросам здравоохранения последних двух десятилетий подчеркивается необходимость ее первоочередного развития [2–4]. В последние годы реализуется программа «Бережливая поликлиника», причем под лозунгом создания новой модели ПМСП [5]. Но реальная ситуация намного сложнее. Остается неясной степень приоритетности этого сектора здравоохранения, достаточность предпринимаемых мер по его укреплению.

В отечественной литературе отсутствует строгая оценка состояния ПМСП и ее сравнение с другими странами. За рубежом такая оценка проводится на основе набора формальных критериев и показателей. Прежде всего это характеристики ресурсного обеспечения – объем финансирования и кадровое обеспечение, физическая и финансовая доступность первичной помощи, степень ее профилактической направленности, уровень управления системой. Утвердилось понимание того, что характеристикой сильных систем ПМСП является комплексность медицинской помощи, оказываемой врачами первичного звена, то есть их способность оказывать широкий спектр медицинских услуг при разных заболеваниях без вмешательства узких специалистов и стационара. Характеристикой сильной системы считается также наличие постоянно обслуживаемого «листа пациентов» (patient list) или врачебного участка. Существуют эмпирические свидетельства того, что постоянство контакта с пациентом, достигаемое использованием участкового принципа организации помощи, улучшает показатели здоровья наблюдаемого населения [6, 7]. Кроме того, важной характеристикой является особая роль врача первого контакта в определении «маршрутов» движения пациентов в системе здравоохранения в целом. Если действует порядок обязательного направления пациентов таким врачом к специалистам, то создаются реальные условия для рациональной организации специализированной помощи и обеспечения преемственности лечения. При такой системе врач первичного звена выступает в роли «привратника» (gatekeeper) и получает возможность координировать ход лечения на всех этапах [8–10]. Результирующей характеристикой является влияние ПМСП на развитие системы здравоохранения в целом. Обычно используются показатели объема стационарной помощи, скорой медицинской помощи, степень удовлетворенности населения доступностью и качеством первичной помощи [11].

Цель данной статьи – оценить состояние ПМСП и определить степень адекватности реализуемых мер по ее укреплению. Большинство выделенных характеристик системы и конкретных показателей рассматриваются в сравнении с другими странами, прежде всего с постсоветскими странами Центральной и Восточной Европы (страны ЦВЕ), которые имели сходные стартовые условия в начале 1990-х годов, а затем провели масштабные реформы здравоохранения. На основе проведенного сравнения выявляются главные нерешенные проблемы ПМСП в России. Определяются причины этих проблем, представлены рекомендации по их решению.

Материалы и методы

Сравнение со странами ЦВЕ основано на методике Европейской системы мониторинга первичной медицинской помощи (далее – Европейский мониторинг) [7]. Это фундаментальное исследование охватывает 31 европейскую страну, в том числе 10 стран ЦВЕ (за исключением России и других стран СНГ).

Для получения сопоставимых оценок по России в конце 2016 года был проведен опрос участковых врачей в социальных сетях (силами преподавателей и магистров НИУ ВШЭ). Использовалась анкета Европейского мониторинга. На вопросы ответил 71 участковый врач из 15 регионов России [12]. Данные по странам ЦВЕ основаны на аналогичных маломасштабных опросах.

Оценка общих тенденций развития ПМСП основана на статистике Росстата и ЦНИИОИЗ Минздрава России. Их сравнение с другими странами проводилось с использованием базы данных ВОЗ и ОЭСР. Используются также оценки ведущих зарубежных специалистов по управлению и экономике здравоохранения.

Учитывались различия в составе первичной помощи. В России используется расширительное понимание этого вида помощи. В соответствии с действующим законодательством ПМСП состоит из первичной врачебной помощи и специализированной первичной медицинской помощи, то есть первичная помощь почти совпадает с границами амбулаторной помощи (за исключением амбулаторной службы больниц). В странах ЦВЕ первичная помощь понимается как помощь, оказываемая преимущественно врачами общей практики, а узкие специалисты выделены в отдельное

звено системы – специализированную амбулаторную помощь. Поэтому предметом сравнения является общее для всех стран первичное звено, представленное за рубежом преимущественно врачами общей практики, а в России – врачами участковой службы (участковые терапевты и педиатры, врачи общей практики). Оцениваются главные характеристики его состояния – финансовое и кадровое обеспечение участковой службы, лечебный функционал участковых врачей (какие заболевания они лечат, какую долю больных они ведут собственными силами), выполнение координационной функции, преемственность лечения, эффективность ПМСП.

Результаты

1. Главные характеристики состояния ПМСП

1.1 Финансовое и кадровое обеспечение

В последние годы четко обозначилась тенденция ускоренного роста финансирования амбулаторной помощи (ПМСП в расширенном понимании). За короткий срок (2010–2015 гг.) доля этого сектора в общих расходах на реализацию программы государственных гарантий оказания бесплатной медицинской помощи (далее – ППГ) выросла с 20,3% до 33,2% [13]. Столь значительный прирост данного показателя обусловлен двумя главными факторами: а) сокращением объемов стационарной помощи, б) тарифной политикой, направленной на финансовое укрепление первичного сектора здравоохранения. Данная тенденция свидетельствует о некотором повышении приоритетности ПМСП в финансовом обеспечении здравоохранения.

Международное сопоставление этого показателя осложняется различиями в структуре расходов по видам помощи в российской статистике и международных базах данных. Возможно сравнение только соотношения удельного веса амбулаторной и стационарной помощи в общем объеме финансирования здравоохранения. Средняя доля амбулаторной помощи в 27 странах ОЭСР такая же, как стационарной помощи – 33% [14], в то время как в России на амбулаторную помощь тратится примерно треть государственного финансирования, а на стационарную помощь – 50,3% [13]. То есть по меркам других развитых стран финансирование российского здравоохранения все еще сильно «скошено» в сторону стационарной помощи, а приоритетность амбулаторной помощи относительно низка.

В последние два десятилетия наблюдается устойчивое сокращение доли врачей, занятых в амбулаторном секторе в общем числе врачей с 54,8% в 1995 г. до 51,3% в 2015 г.ⁱ. Примечательно, что эта доля сокращалась и после 2002 г., когда объем стационарной помощи снизился с 30,4 до 20,0 койко-дней на 100 жителей в год (на 40%)ⁱⁱ и можно было ожидать перемещения врачебных кадров из больниц в поликлиники. Но этого не произошло. Привлекательность поликлиник как места работы невелика, уволенные из стационара врачи стараются найти работу в другом стационаре или в частной клинике.

Одновременно ухудшается обеспеченность врачами участковой службы. Их общая численность (участковые терапевты и педиатры, врачи общей практики) сократилась с 73,2 тыс. в 2005 г. до 60,9 тыс. в 2016 г., особенно значительно – участковых терапевтов. Доля врачей участковой службы в общей численности врачей составляет в России лишь 13% против 33% в среднем по странам ОЭСР, а в некоторых западных странах – почти 50% [15]. Растущая часть ПМСП оказывается силами узких специалистов. Действующие крупные городские многопрофильные поликлиники имеют в своем штате 15–20 специальностей. При такой модели организации медицинской помощи врачи участковой службы ведут больных с самыми простыми заболеваниями, на них приходится, по примерной оценке, лишь треть посещений пациентов в поликлиниках. В европейских странах также идет процесс расширения состава первичной помощи, но главным образом за счет увеличения числа среднего медицинского персонала и работников социальных служб [7]. Врач общей практики остается основным субъектом ПМСП.

Чрезмерная специализация амбулаторной помощи, недостаточное внимание к подготовке участковых врачей привели к острой нехватке последних. Масштабы этого дефицита можно определить путем сравнения фактической и нормативной численности участковых врачей. Последняя устанавливается Минздравом России в виде показателя численности населения, наблюдаемого одним участковым врачом. Так, один участковый терапевт должен обслуживать 1700 жителей. На практике один такой врач обслуживает в среднем 2622 жителей. Есть регионы с еще большей нагрузкой, например, в Челябинской области на одного участкового терапевта приходится 3600 человек, Иркутской области – 3928, Свердловской – 4654, Курганской области 4980 человек [16]. Сопоставление фактической и нормативной нагрузки участковых терапевтов показывает, что их дефицит составляет 32%. Нехватка участковых педиатров заметно ниже – 13%.

Доля врачей общей практики в общей численности врачей участковой службы составляет лишь 13% [17], в то время как практически во всех странах ЦВЕ, а в последние годы и в странах СНГ удалось подготовить нужное количество таких врачей и почти на 100% укомплектовать ими врачебные участки [7]. Российское государство очень слабо влияет на структуру подготовки врачей по отдельным специальностям, по существу отказываясь от провозглашенных ранее намерений ускорить подготовку врачей общей практики [15]. Да и сами эти намерения в последних выступлениях руководителей здравоохранения страны, по нашим наблюдениям, отсутствуют.

1.2. Лечебный и координационный функционал участковых врачей

Лечебный функционал участковых врачей характеризует комплексность оказываемой медицинской помощи – какие заболевания они лечат, какую долю больных они ведут собственными силами. Российские врачи участковой службы сравниваются с врачами общей практики в странах ЦВЕ на основе методологии вышеупомянутого Европейского мониторинга. Используются два наиболее важных показателя. Первый – участие врачей первичного звена в лечении набора из 9 распространенных заболеваний и состояний. Результаты опроса российских участковых терапевтов показали, что они обычно принимают участие в лечении и последующем наблюдении пациентов, страдающих хроническим бронхитом, язвенной болезнью желудка (70–80% опрошенных врачей), пневмонией и несложным диабетом II типа – только около 50% опрошенных. Больных с ревматоидным артритом ведут только 38% и совсем ничтожен процент участковых терапевтов, участвующих в оказании паллиативной помощи онкологическим больным и помощи при мягкой депрессии (10–15%). Остальные врачи принимают участие в ведении пациентов с перечисленными заболеваниями «редко» и «иногда».

Данные по странам ЦВЕ дают иную картину: в 4 странах (Болгарии, Эстонии, Венгрии, Польше) врачи общей практики лечат все 9 заболеваний, в Латвии, Литве, Румынии и Словении – 7–8, а в Чехии и Словакии – 5–6 заболеваний [7, р. 93]. Россия имеет самый низкий рейтинг по этому показателю – 4 заболевания.

Второй показатель – доля пациентов, начинающих и заканчивающих лечение в первичном звене без направления к врачам-специалистам. Российские врачи в своих ответах на соответствующий вопрос дают средний показатель 71%. На наш взгляд, это достаточно оптимистичная оценка – она выше выявленных в ходе предыдущих замеров–

45–50%. Но и эта оценка ниже, чем в большинстве стран ЦВЕ, где главным поставщиком первичной помощи является ВОП. В половине этих стран (в Эстонии, Болгарии, Чехии, Венгрии и Словении) данный показатель составляет 80–92%, в Литве и Словакии он близок к российскому – 70–72%. Отметим также что в западноевропейских странах, охваченным исследованием, этот показатель составляет 80–95% [7, p.93].

Таким образом, по главным показателям комплексности лечения Россия заметно отстает от большинства стран ЦВЕ, где завершен переход от терапевтической к общеврачебной модели участковой службы.

Выполнение координационной функции врачей участковой службы оценивалось на основе показателя функционирования системы направлений пациентов участковыми врачами к врачам-специалистам. Между крайними моделями «привратника» и свободным обращением к специалистам можно выделить промежуточную модель, когда прямой доступ пациентов возможен к части специалистов на основе их перечня.

В России формально установлена модель «привратника», однако на практике она действует слабо. По мнению абсолютного большинства опрошенных (83–87%), их пациенты пользуются прямым доступом к акушерам-гинекологам (87%). Примерно три четверти из них отмечают прямое обращение пациентов к урологам (75%), две трети – к офтальмологам (70%), ЛОР-специалистам (69%), дерматовенерологам (65%), травматологам (54%), психиатрам (48%), инфекционистам (46%), наркологам (42%), одна треть – к эндокринологам (38%), неврологам (35%), онкологам (31%), одна пятая – к кардиологам (22%) и фтизиатрам (22%).

Из числа стран ЦВЕ модель практически полного «привратника» функционирует в Болгарии, Эстонии, Литве, Румынии и Словении. В Венгрии, Латвии и Польше пациентам необходимо направление только для некоторых врачей (частичная система «привратника») и только в Чехии и Словакии пациенты обращаются напрямую к узким специалистам. Таким образом, функция координатора в той или иной степени развита в большинстве анализируемых стран [7].

В России значение этой функции имеет тенденцию к снижению – как следствие перегрузки врачей участковой службы и ограниченности их клинического функционала. Есть основания считать, что сегодня в стране действует промежуточная модель,

допускающая прямое обращение пациентов к большому числу специалистов, причем вопреки установленному порядку обращений. Соответственно, возможности участковых врачей влиять на объемы специализированной помощи становятся все более ограниченными. По степени развития координационной функции Россия находится примерно в середине списка рассматриваемых постсоветских стран. Другими словами, былое лидерство России по этой характеристике ПМСП в значительной мере утрачено.

1.3. Эффективность ПМСП

В отчете ОЭСР [11] выбраны три главные показатели эффективности ПМСП: частота обращений пациентов в службы скорой и неотложной медицинской помощи, уровень госпитализации, степень удовлетворенности населения работой врача первичного звена. Авторы справедливо исходят из того, что сильные системы ПМСП снижают потребность в стационарной и скорой медицинской помощи, а удовлетворенность пациентов характеризует обобщенные результаты оказываемой помощи. Эти показатели использованы для оценки российской системы ПМСП в сравнении с другими странами.

Частота обращений в службу скорой и неотложной медицинской помощи на 1000 жителей в год была стабильной в 2000–2013 гг., а затем заметно снизилась (рис. 1). Но это снижение нельзя объяснить повышением результативности ПМСП. Оно произошло в результате изменения структуры экстренных вызовов – передачи значительной их части в службу неотложной помощи при поликлиниках. В 2015 г. на нее приходилось 279 вызовов на 1000 жителей – в дополнение к 326 вызовам в службу скорой медицинской помощи. В сумме это составляет 605 вызовов. Даже если допустить, что вызовы неотложной помощи по своему содержанию отличаются от вызовов скорой помощи, тем не менее очевидно, что общее число состояний, побуждающих граждан обращаться за скорой и неотложной помощью имеет тенденцию к росту.

Рис. 1

Рис. 1. Число обращений за скорой и неотложной медицинской помощью на 1000 населения России в 2000–2015 гг.

Источники: Статистический сборник «Ресурсы и деятельность учреждений здравоохранения». Москва: ЦНИИОИЗ; 2000, 2001, 2002, 003, 2004, 2005, 2006, 2007, 2008, 2009, 2010, 2011, 2012, 2013, 2014, 2015, 2016.

Эту оценку можно сравнить с показателем «доли жителей, воспользовавшихся услугами отделений скорой помощи из-за отсутствия доступной первичной помощи», представленном в докладе ОЭСР в качестве показателя объема первичной помощи в европейских странах. В среднем по 26 странам ЕС 23% населения обращаются за скорой помощью с разбросом этого показателя по странам от 8 до 30% [11]. Это значительно меньше, чем в России, где он составляет примерно 60%. Трехкратное превышение частоты обращений за скорой и неотложной помощью – явный признак относительной слабости ПМСП в России. Уточнение этого показателя для большей сравнимости данных вряд ли изменит данное соотношение.

Что касается уровня госпитализации, то за последние 20 лет он остается в России практически неизменным – примерно 212 госпитализаций на тысячу населения (рис. 2). В общественном сознании все еще доминирует представление о том, что по-настоящему можно лечиться только в больнице. Действительно, материально-техническое и кадровое обеспечение первичной помощи существенно уступает стационарной помощи, а возможности поликлиник взять на себя нагрузку стационаров после проводимого в последние годы сокращения их коечного фонда ограничены. Поэтому несмотря на процесс оптимизации больничного сектора число госпитализаций на 1 жителя в России остается значительно выше, чем в странах ЕС. По отношению к сравниваемым странам ЦВЕ Россия имеет устойчиво более высокий уровень госпитализации. Они выше лишь в Республике Беларусь – второй, после России страны, которая в постсоветский период приняла консервативный курс в развитии ПМСП и мало что изменила в ее организации.

Рис. 2

Рис. 2. Число госпитализаций на 1000 жителей в год в России и в отдельных странах в 1995–2015 гг.

Источники: Здравоохранение в России. Статистический сборник. Москва: Росстат; 2001, 2006, 2007, 2009, 2011, 2013, 2015, 2017.

О слабости ПМСП свидетельствуют также показатели удовлетворенности граждан состоянием первичной помощи. Исследование Левада-Центра показало, что в середине 2016 г. 44% респондентов были не удовлетворены слишком коротким временем посещения врача поликлиники, 63% – недостаточным уровнем квалификации

поликлинических врачей и их нехваткой [19]. Аналогичные оценки, собранные в рамках Мониторинга первичной помощи, показывают, что в европейских странах уровень удовлетворенности пациентов своим врачом общей практики составляет 80–90% [7].

1.4. Сводная сравнительная оценка состояния ПМСП

В дополнение к представленным показателям, нами была сделана сводная оценка по более широкому кругу характеристик состояния ПМСП в сравнении со странами ЦВЕ. Эти характеристики были оценены Европейским мониторингом. Включение России в сводную оценку проводилось по 7 характеристикам, измеряемых 25 показателями. Результаты оценок представлены в таблице (более подробное изложение см. [20]).

Россия занимает 8–10 места среди 11 сравниваемых стран по таким направлениям, как управление системой ПМСП, кадровое обеспечение, доступность и комплексность оказания ПМСП. Хотя по экономическим характеристикам и координирующей функции ПМСП Россия находится ближе к середине рейтинга, однако по показателям непрерывности оказания ПМСП она находится на последнем месте.

В общем суммарном рейтинге ресурсной обеспеченности, структуры и процесса оказания ПМСП Россия занимает предпоследнее 10 место, опережая лишь Словакию.

Таблица

Сводная оценка показателей структуры, ресурсов и организации процесса оказания ПМСП

Страны		Группы показателей (баллы)					Общая сумма баллов				
Общее рейтинговое место											
Управление оказанием ПМСП		Экономическое состояние			Кадры		Доступность		Непрерывность оказания ПМСП		
		Координирующая функция врачей ПМСП							Комплексность оказания ПМСП		
1	Болгария	34	6	19	21	19	7	16	122	4	
2	Чехия	24	6	15	23	19	6	15	108	9	
3	Эстония	28	6	18	21	19	10	16	118	5	
4	Венгрия	22	7	20	26	19	6,5	14	114,5	7	

5	Латвия	28	9	17	23	20	6,5	14	117,5	6		
6	Литва	32	9	21	26	18	12	17	135	1		
7	Польша	26	8	15	23	18	7	12	109	8		
8	Румыния	32	9	17	25	19	10	12	124	2		
9	Словакия	19	6	16	22	18	7	11	99	11		
10	Словения	32	10	14	24	18	9	16	123	3		
11	Россия	23	7	15	22	17	8,5	13	105,5	10		
Рейтинг России по группам показателей							9	6–7	8–10	8-9	11	5
8												

Источник: [20].

Таким образом, анализ характеристик ПМСП свидетельствует о наличии большого числа острых проблем и серьезном отставании от других постсоветских стран. Состояние этого сектора не соответствует его особой роли в общей системе здравоохранения и социальной политике.

2. Текущие и планируемые мероприятия по укреплению ПМСП

В ряду главных из них можно выделить: попытки преодоления дефицита участковых врачей, поиск путей повышения эффективности работы поликлиник, реализация программы диспансеризации.

2.1. Попытки преодоления дефицита участковых врачей

Проблема преодоления дефицита участковых врачей долго игнорировалась, но сейчас признается Минздравом России. И есть первые скромные результаты. По данным Минздрава России, за последние 5 лет число врачей первичного звена (участковых терапевтов и педиатров, врачей общей практики) увеличилось на 4%, доля ВОП в общем числе врачей первичного звена возросла с 13 до 15% [17]. Но этого явно мало для преодоления их дефицита.

Сегодня проблема дефицита решается главным образом за счет допуска выпускников медицинских вузов к работе в качестве участковых врачей. Начиная с 2017 г., они проходят первичную аккредитацию, не предусматривающую прохождение ординатуры для практической работы в участковой службе. Это явное ослабление

требований к подготовке врачей осуществляется под лозунгом усиления практической ориентации их обучения, хотя на практике речь идет не об обучении, а о работе с пациентами: не имеющие навыков практической работы выпускники вузов становятся участковыми врачами. Такого в истории российского и зарубежного здравоохранения никогда не было. Обычной практикой является прохождение постдипломной подготовки в течение 2–4 лет.

Другое мероприятие по преодолению кадрового дефицита – реализация программы «Земский доктор», направленная на повышение доступности медицинской помощи сельскому населению. С 2012 года осуществляются единовременные выплаты врачам на компенсацию стоимости жилья в сельской местности. В первые годы реализации этой программы число ее участников было значительным – 7413 врачей в 2012 г, но потом сократилось в 2016 г. до 4922 врачей [5]. Огромный разрыв в обеспеченности врачами городской и сельской местности сохраняется: 45,2 против 14,5 врачей на 10 тыс. жителей [17]. Разовая выплата на обустройство молодого специалиста не может компенсировать низкий уровень зарплаты, изолированность от центров передовой медицины, отсутствие перспектив для профессионального развития. Для этого нужны более масштабные финансовые влияния и более широкий круг мер социальной и профессиональной поддержки врачей.

2.2. Повышение эффективности функционирования поликлиник

Присущая российской системе ПМСП расширительная трактовка, делающая ее по существу аналогом амбулаторной помощи, создает возможность для смещения акцента политики здравоохранения от укрепления участковой службы, как структурной основы ПМСП, в сторону решения более общих вопросов развития поликлиник. Сегодня доминирует позиция: первичная помощь у нас организована по-другому, поэтому нужны другие рычаги укрепления ПМСП, прежде всего повышение эффективности работы поликлиник. Этот процесс идет по нескольким направлениям.

Первое направление – совершенствование внутренних процессов в деятельности поликлиник в рамках проекта «Бережливая поликлиника». Этот проект, начатый в трех регионах на пилотной основе, постепенно распространяется по всей стране. Поставлены серьезные задачи: совершенствование логистики пациентов и медицинского персонала в поликлиниках, стандартизация лечебно-диагностических процессов, улучшение

сервисной составляющей медицинской помощи, облегчение записи к врачам, обучение персонала по вопросам реализации новых процессных подходов. На этой основе планируется обеспечить рост производительности труда медицинского персонала, снижение времени ожидания медицинской помощи. Для решения этих задач используются индустриальные технологии, апробированные в ряде отраслей промышленности.

Два года реализации этого проекта (2015–2016 гг.) дали определенные результаты. По данным Минздрава России, среднее время контакта врачей с пациентами в пилотных поликлиниках выросло в 2 раза, существенно упростилась запись к врачу, время ожидания приема перед кабинетом врача сократилось в 12 раз [5].

Второе направление – информатизация поликлиник. Новые информационные технологии в растущей степени используются для облегчения записи пациентов к врачу, информационной и технической поддержки медицинского персонала, электронного ведения историй болезни. Например, в Татарстане внедрена система поддержки принятия врачебных решений, началась работа по внедрению технологии голосового заполнения медицинских протоколов. В Санкт-Петербурге информационная система обеспечивает формирование интегрированной электронной медицинской карты пациента за счет объединения информации, поступающей из разных информационных баз. В Москве создана Единая медицинская информационно-аналитическая система (ЕМИАС). Она дает возможность управлять потоками пациентов в амбулаторном звене, вести электронную медицинскую карту, проводить персонифицированный учет медицинской помощи, вести «облачную» бухгалтерию, обеспечивать медицинские процессы автоматизированными средствами управления информацией. К системе подключены 660 медицинских организаций амбулаторного звена. Благодаря внедрению ЕМИАС очереди к врачам в поликлиниках сократились в два раза [21].

Третье направление – усиление процессов разделения труда в поликлиниках. Эти процессы в той или иной мере идут во всех регионах, но в наибольшей степени они выражены в здравоохранении Москвы. Главные из них [22]:

– посещения на дому переданы врачам неотложной помощи и врачам кабинетов медицинской помощи на дому;

- часть функций диспансерного наблюдения за хронически больными, ранее выполнявшихся участковыми терапевтами, передана врачам-специалистам. Соответствующие категории больных получили возможность обращаться к специалистам, минуя участкового врача;
- созданы сестринские посты для освобождения врача от ряда рутинных функций, в том числе для упрощения процедуры оформления льготных рецептов;
- проведено разведение потоков пациентов по принципу однородности затрачиваемых ресурсов на выполнение посещений;
- создана специальная служба для ведения хронически больных и больных с множественными заболеваниями, которая проводит комплекс лечебных и патронажных мероприятий. Специально выделенный врач ведет 400–500 таких больных на постоянной основе;
- введена система записи «все ко всем». Больные, не имеющие возможности записаться к своему врачу, могут обратиться к любому другому участковому врачу [22].

Эти процессы направлены на то, чтобы снизить нагрузку на участковых врачей и повысить их производительность. По данным системы ЕМИАС, в январе – феврале 2015 г. доля пациентов, записавшихся на прием к терапевту и педиатру участковым в тот же день, составляла 78%, а в 2017 г. – уже 90–95%. Сократилось время ожидания приема перед дверью врача [23]. Примерно 30% пациентов обращаются за выпиской справок, направлений и проч., их прием ведет теперь отдельный врач, что снижает нагрузку на участкового врача.

Однако перечисленные новации в организации труда в поликлиниках, помимо позитивных результатов, влекут за собой и весьма тревожные последствия. Передача ряда традиционных функций участковых врачей врачам-специалистам снижает уровень их ответственности за состояние здоровья на участке, создает риск утраты комплексности лечения множественных заболеваний. Показательна реакция группы участковых врачей Москвы, выступивших с заявлением: происходит уничтожение закрепления населения за определенным участковым врачом, разрушение системы направлений к врачам-специалистам, усложнение работы участковых врачей, оказавшихся без медицинских сестер [24]. Особенно тревожна эрозия участкового принципа организации помощи и системы обязательного направления участкового врача к врачам-специалистам – двух широко признанных характеристик сильных систем ПМСП.

2.3. Расширение профилактических мероприятий

В последние годы в деятельности первичного звена заметно возросло значение профилактических мероприятий в рамках программы диспансеризации. Масштабы охвата населения этой программой весьма значительны. Диспансеризации не реже одного раза в три года подлежат как работающие, так и неработающие граждане, а также школьники и студенты. По данным Минздрава России, за 2013–2015 гг. число выявленных заболеваний выросло в 7,5 раз. При этом выявление случаев онкологических заболеваний на первой и второй стадии достигла 60–80% от общего их числа [5].

Вместе с тем нерешенной проблемой является организация массовой работы по лечению выявленных больных. Принцип динамического диспансерного наблюдения, заложенный в основу советского и российского здравоохранения, оказался на втором плане, уступив место массовой кампании выявления заболеваний. По оценке Минздрава России, меньше половины выявленных случаев передаются на диспансерное наблюдение [25 с. 23]. Масштабы работы по ведению хронически больных все еще ограничены. Из числа перенесших инфаркт миокарда только 10,6% являются предметом постоянного наблюдения, причем целевые показатели этой работы установлены только для процесса оказания помощи, а не для ее результатов [26]. Отсюда и рост числа вызовов скорой помощи и все еще значительные по меркам других стран объемы стационарной помощи. Индикатором невысокой конечной результативности этой весьма затратной программы профилактики служит также показатель соотношения общей и первичной заболеваемости – он имеет тенденцию к росту с 1,81 в 2000 году до 2,08 в 2017 году (на 15%). Это означает, что растущая часть выявленных случаев заболеваний переходят в хроническую фазу.

Серьезным недостатком организации работы по профилактике заболеваний является чрезмерное администрирование этого процесса. Профилактические осмотры проводятся не по выбору участковых врачей, а на основании спускаемых сверху планов, не учитывающих как физические возможности врачей, так и просто их целесообразность для конкретного пациента. В результате осмотры и скрининги поглощают значительный объем ресурсов, обостряя проблему перегрузки врачей. Ресурсов на проведение необходимого лечения значительной части выявленных больных не остается.

Имеет значение и то, что специализация на проведении осмотров силами дополнительно организуемых подразделений профилактики нарушает принцип единства

профилактической и лечебной деятельности врачей участковой службы. Выявление и лечение заболеваний трудно разделить на отдельные этапы, неизбежна потеря части информации о части выявленных больных, а самое главное – неясна ответственность за последующее ведение этих больных и не налажен мониторинг за результатами этой работы.

2.4. Планируемые мероприятия

В федеральном проекте «Развитие системы оказания первичной медико-санитарной помощи» в рамках Национального проекта «Здравоохранение» предусмотрен ряд мероприятий по укреплению этой системы в 2018–2024 гг. Прежде всего это мероприятия, продолжающие линию на повышение эффективности работы поликлиники. Предполагается распространить эти мероприятия на основную часть поликлиник, обеспечить повышение доли записи к врачу с помощью электронных средств, сократить время ожидания граждан в очереди. Предусматривается увеличение охвата населения профилактическими осмотрами более чем в два раза. В целях развития здорового образа жизни и профилактики активизируется деятельность страховых представителей: они должны информировать граждан о пользе соответствующих мероприятий. Планируется укомплектование должностей участковых врачей до уровня 95% в 2024 г.

Проектом предусматривается значительный объем мер для повышения доступности первичной помощи жителям сельских и удаленных районов страны. До 2021 года запланировано строительство более 360 новых объектов сельского здравоохранения (ФАПов, врачебных амбулаторий) и обновление более 1,2 тыс. уже имеющихся, закупка мобильных медицинских комплексов, развитие санитарной авиации и значительное повышение числа вылетов в такие районы [27].

Обсуждение

Достаточны ли текущие и планируемые мероприятия для реального укрепления ПМСП?

Проведенный анализ показывает наличие серьезных проблем российской системы ПМСП. Наиболее острые из них – большой дефицит участковых врачей, их ограниченный лечебный и координационный потенциал. Они определяют общую низкую эффективность

этого сектора здравоохранения, неудовлетворенность граждан своим участковым врачом. По степени развития первичного звена Россия заметно уступает большинству постсоветских стран, где были проведены серьезные реформы ПМСП, включая массовое развитие института врача общей (семейной) практики, переход от терапевтической к общеврачебной модели участковой службы, развитие индивидуальной и групповой врачебной практики, становление нового статуса занятости врача общей практики – самозанятого врача, превращение поликлиник в субъекты преимущественно специализированной амбулаторной помощи при одновременном выделении врачей общей практики в самостоятельные субъекты права [7].

В России организация ПМСП за последние годы не претерпела серьезных изменений. Врач общей практики с широким лечебным и координационным функционалом все еще находится на периферии системы, участковые терапевты и педиатры превратились в специалистов по ограниченному кругу самых простых терапевтических заболеваний. Более того, чрезмерная специализация врачебных кадров привела к падению роли и места участковых врачей в оказании ПМСП. Хотя доля первичной помощи в финансовом обеспечении отрасли растет, она остается заметно ниже аналогичного показателя для стационара.

Практические действия по улучшению ситуации достаточно масштабны по числу проводимых мероприятий. Но по существу они не нацелены на решение главных проблем. Складывается ощущение, что в системе ПМСП «болит» в одном месте, а лечат в другом. Вместо концентрации ресурсов на решении проблемы острейшего дефицита участковых врачей и расширения их функционала реализуются многочисленные мероприятия, не имеющие отношения к этой ключевой проблеме. Улучшение работы поликлиник рассматривается в качестве меры, способной создать новую модель первичной помощи, хотя очевидно, что поликлиника не может работать эффективно без достаточного числа хорошо подготовленных и мотивированных врачей участковой службы. Расширение охвата программой диспансеризации направлено прежде всего на увеличение числа выявленных заболеваний, а не на приращение общественного здоровья. Значительное число выявленных заболеваний переходит в хроническую стадию. Система ПМСП не справляется с лечением выявленных больных, в результате чего растет нагрузка на скорую и неотложную медицинскую помощь, не снижается потребность в дорогостоящей стационарной помощи.

Попытка решить проблему дефицита участковых врачей за счет допуска выпускников медицинских вузов к работе в качестве участковых врачей – это «пожарная» мера, призванная восполнить слабости образовательной и кадровой политики в предшествующие десятилетия. Это может улучшить формальные показатели укомплектованности должностей участковых врачей, но никак не укрепит систему ПМСП, поскольку ограниченный лечебный и координационный функционал недоученных врачей явно недостаточен для повышения результативности этой системы. Это может еще больше снизить доверие населения к участковой службе.

В федеральном проекте «Обеспечение медицинских организаций системы здравоохранения квалифицированными кадрами» дается разъяснение, как это будет сделано: предусматривается приток участковых врачей «сразу после окончания образовательной организации при условии прохождения первичной аккредитации без дополнительной подготовки». То есть и в 2024 году жизненно важная для населения участковая служба, определяющая результативность всей системы оказания медицинской помощи, будет обеспечиваться врачами-недоучками и сама работа здесь будет рассматриваться как наказание для тех выпускников медицинских вузов, которые не смогли «пробить» себе место в ординатуре по более привлекательным специальностям.

Ни в одном документе Минздрав России последних лет нет концептуального изложения функций участкового врача, в роли которого выступает недоученный выпускник вуза. Но практические действия и планируемые мероприятия дают основания считать, что этот врач рассматривается сегодня не как главный субъект ПМСП, который имеет постоянный контакт с пациентами и осуществляет широкий набор функций, а как «привратник» в самом худшем понимании этого слова, то есть как диспетчер для направлений к специалистам при минимальном участии в ведении пациентов и ограниченной ответственности за их здоровье.

Точно также «бережливое производство» не устранил слабости участковой службы. Не укрепив это службу, трудно решать и более общие вопросы функционирования поликлиник, ведь дефицит участковых врачей и их низкий функционал неизбежно генерирует потребность в узких специалистах. Их тоже не хватает. Не имея сильного участкового врача, способного координировать деятельность специалистов и эффективно взаимодействовать с ними, мы неизбежно ослабляем как систему ПМСП, так и здравоохранения в целом. Ее трудно усовершенствовать техническими и

административными мерами по наведению порядка. Важно также учитывать ограниченные возможности делегирования медсестрам части функций врачей в силу недостаточной подготовки медсестер и их нехватки. А этот вопрос вообще не фигурирует в комплексе мер по укреплению первичного звена.

Для радикального решения назревших проблем ПМСП необходимо последовательное укрепление участковой службы в двух основных связанных между собой направлениях – организационном и кадровом.

Организационное укрепление связано прежде всего с последовательным переходом от терапевтической модели участковой модели к общеврачебной модели. В силу более широкого диапазона знаний, навыков и умений врача общей практики по сравнению с участковым терапевтом (педиатром) он более эффективен как в плане лечебного функционала, так и в части координации всего лечебно-диагностического процесса. К организационному укреплению участковой службы можно отнести и размещение групповых и индивидуальных врачебных практик непосредственно в жилых кварталах и малых поселениях с целью повышения географической доступности ПМСП.

Важно также предусмотреть меры по усилению координации и преемственности лечения: а) формирование клинических рекомендаций с акцентом на обеспечение последовательных действий врачей на разных этапах лечения, включая разработку регламентов действий врачей поликлиник после завершения госпитализации больных, б) активизацию коммуникаций между врачами разных специальностей, в том числе с врачами стационаров, в) совместное планирование лечебно-диагностического процесса силами участковых врачей и врачей-специалистов.

Кадровое укрепление участковой службы имеет три основных аспекта: а) укомплектование вакантных должностей врачей участковой службы, отказ от института совместительства; б) разукрупнение врачебных участков как условие повышения доступности ПМСП, увеличения времени общения врача и пациента и расширение спектра и объемов оказываемой им медицинской помощи; в) увеличение числа среднего медперсонала, приходящееся на одного врача, с целью повышения эффективности использования рабочего времени врача. Чтобы решить эту задачу, нужно изменить систему планирования кадровых ресурсов – разработать перспективный план подготовки медицинских кадров (до 2030 года), предусмотрев в нем изменения в структуре

медицинских кадров. Обеспечить планирование не столько на основе объемов помощи (как это делается сейчас), но и с учетом более широкого набора социально-демографических и медико-технологических факторов. Осуществлять оценку потребности в кадрах в регионах не по числу имеющихся вакансий, а по соответствию фактического их числа разработанным нормативам кадрового обеспечения. Планировать структуру мест для обучения в ординатуре с учетом особой значимости врача общей практики.

Для привлечения врачей в первичное звено особенно важны материальные стимулы: участковые врачи должны иметь более высокую среднюю зарплату, чем узкие специалисты, – хотя бы на первом этапе преодоления кадрового кризиса. Целесообразно рассмотреть возможность предоставления служебного жилья врачам в тех территориях, где их нехватка ощущается особенно сильно.

Следует исходить из того, что сами по себе меры организационного и кадрового укрепления участковой службы не дадут ожидаемого эффекта, если не будут опираться на повышение профессионального уровня и мотивации медицинского персонала. Последнее особенно важно. Проводимые в ряде регионов эксперименты по использованию метода «поликлиника-фондодержатель», при котором первичное звено контролирует часть расходов на стационарную помощь и получает право на сохранение экономии за счет снижения стационарной помощи, показали большой потенциал данного метода в укреплении первичного звена [28]. Однако широкого распространения он не получил – прежде всего в силу неясной позиции Минздрава России и Федерального фонда обязательного медицинского страхования. Возможно, некоторые опасения были оправданы, но вместо мер по нейтрализации возникающих рисков метод практически «закрыли» без каких-либо объяснений. Введение эффективного контракта позволило активизировать работу по формированию новых экономических стимулов, но это нововведение ограничивается индивидуальными поощрениями и никак не затрагивает мотивацию поликлиник как субъектов экономических отношений. Возвращение к результатам эксперимента на новом витке решаемых проблем могло бы быть полезным.

Выводы

Состояние первичной медико-санитарной помощи остается неудовлетворительным. Сегодня это самый слабый сектор российского здравоохранения. Главные его проблемы – острейший дефицит врачей участковой службы, их

ограниченный лечебный и координационный функционал, недостаточный потенциал этого сектора для безболезненного перемещения объемов медицинской помощи из стационара в амбулаторное звено. В сравнении с другими постсоветскими странами эти проблемы выглядят особенно рельефно. Они отражают низкую приоритетность первичной помощи в течение последних десятилетий, серьезные задержки с реформированием этого сектора, прежде всего с развитием общей врачебной практики, новых моделей организации медицинской помощи. Наш консервативный путь развития первичной помощи тормозит повышение результативности системы здравоохранения в целом. Эта система, лишившись сильных «корней» в виде сильного первичного звена, вынуждена развиваться по экстенсивному пути – за счет вложений в специализированную помощь, которая обходится обществу значительно дороже. Реализуемые в настоящее время подходы к повышению эффективности работы поликлиник, претендуя на формирование новой модели ПМСП, недостаточны для решения острейших проблем этого сектора здравоохранения.

Библиография

Machinko J., Starfield B., Shi I. The Contribution of Primary Care Providers to Health Outcomes within OECD Countries, 1970–1998. Health Services Research. 2004; 38: 831–865.

О мерах по стабилизации и развитию здравоохранения и медицинской науки в Российской Федерации: Постановление Правительства РФ от 05.11.1997 № 1387. Режим доступа: <https://www.lawmix.ru/pprf/118597>. (Дата обращения: 16.12.2018).

Об утверждении государственной программы Российской Федерации “Развитие здравоохранения”: Постановление Правительства РФ от 15.04.2014 № 294. Режим доступа: <https://base.garant.ru/70643470/> (Дата обращения: 16.12.2018).

Об отраслевой программе “Общая врачебная (семейная) практика”: Приказ Минздрава России от 30.12.1999 № 463. Режим доступа: <http://www.consultant.ru/cons/cgi/online.cgi?req=doc&base=EXP&n=288224#07827339015247967>. (Дата обращения: 16.12.2018).

Реализация публичных целей и задач Министерства здравоохранения Российской Федерации в 2016 году. 2017. Режим доступа: <https://static-1.rosminzdrav.ru/system/attachments/attaches/000/032/172/original> (Дата обращения: 16.12.2018).

Boerma W.G.W. Coordination and integration in European primary care. In: Primary care in the driver's seat? Ed. by R.B. Saltman, A. Rico, W.G.W. Boerma. Berkshire: Open University Press; 2006. P. 3–21.

Building Primary Care in a Changing Europe. Ed. by D.S. Kringos, W.G.W. Boerma, A. Hutchinson, R.B. Saltman. Observatory Studies Series, No. 38. Copenhagen (Denmark): European Observatory on Health Systems and Policies; 2015. 172 p.

Groenewegen P.P., Dourgnon P., Greß S., Jurgutis A., Willems S. Strengthening weak primary care system: Step towards stronger primary care in selected Western and Eastern European countries. Health Policy. 2013; 113: 170–179.

Kühlbrandt C. Primary health care. In: Trends in health systems in the former Soviet countries. WHO / Ed. by B. Rechel, E. Richardson, M. McKee. Observatory Studies Series, No. 35. Copenhagen (Denmark): European Observatory on Health Systems and Policies; 2015. P. 111–128.

Kühlbrandt C., Boerma W.G.W. Primary care reforms in countries of the former Soviet Union: success and challenges. Eurohealth. 2015; 21: 3–6.

Health at a Glance: Europe 2016. State of Health in the EU Cycle. P.: OECD Publishing, 2016. 200 p.

Отчет о научно-исследовательской работе «Трансформация структуры кадров здравоохранения и мотивации медицинского персонала под влиянием экономических, технологических факторов и кадровой политики государства (заключительный). ТЗ-93». Москва: НИУ ВШЭ, 2016.

Флек В.О. Анализ финансового обеспечения российского здравоохранения по системе счетов. Москва: 2015. 224 с.

Health at a Glance: OECD Indicators. P.: OECD Publishing, 2017. 216 p.

Шейман И.М., Сажина С.В. Кадровая политика в здравоохранении: как преодолеть дефицит врачей. Мир России. 2018; (3): 130–153.

Здравоохранение в России. 2017. Статистический сборник. Москва: Росстат; 2017. 170 с.

Министерство здравоохранения Российской Федерации. Статистический сборник «Ресурсы и деятельность учреждений здравоохранения». Медицинские кадры. Москва: ЦНИИОиИЗ; 2017. 278 с.

WHO: Health for all database. Режим доступа: <http://data.euro.who.int/hfadb/>. Дата обращения: 16.12.2018.

«Противостояние логик»: врач, пациент и власть в условиях реформирования системы здравоохранения. Сводный аналитический отчет. М.: Аналитический центр Юрия Левады, 2016. 60 с.

Sheiman I., Shevski V. Two Models of Primary Health Care Development: Russia vs Central and Eastern European Countries. Working paper. WP BRP 06/PSP/2017, Moscow: HSE; 2016. 30 p.

Сборник лучших практик региональной и муниципальной информатизации. Экспертный центр электронного государства, 2016. Режим доступа: http://d-russia.ru/wp-content/uploads/2017/02/2016-prof-it_print.pdf (Дата обращения: 16.12.2018).

Презентация Проектного офиса №13. Департамент здравоохранения Москвы. 27.03.2015.

Московский стандарт поликлиники. Департамент здравоохранения Москвы. 2017. Режим доступа: <https://mosgorzdrav.ru/ru-RU/news/default/card/1552.html> (Дата обращения: 16.12.2018).

Обращения 18 участковых терапевтов о провале проекта «Московский стандарт поликлиники» в 4-м филиале ГБУ ГП № 180. Профсоюз «Действие». 26.03.2016. Режим доступа: <http://medrabotnik.org/materials/644> . Дата обращения: 16.12.2018.

IX Всероссийская научно-практическая конференция с международным участием «Медицина и качество – 2016». Обязательное медицинское страхование. 2017; (1): 22–25.

Бокерия Л.А., Ступаков И.Н., Гудкова Р.Г. Анализ показателей заболеваемости различными формами болезней системы кровообращения в федеральных округах РФ. Здравоохранение. 2015; (6): 66–75.

Скворцова В.И. Доклад в Совете Федерации «О подготовке национального проекта “Здравоохранение”». 19.11.2018. Режим доступа: https://static-1.rosminzdrav.ru/system/attachments/attaches/000/041/245/original/Доклад_министра_СФ_191118.docx?1542705262. Дата обращения: 16.12.2018.

Шишкин С.В., Шевский В.И., Шейман И.М., Рождественская И.А. Оценка опыта реформирования здравоохранения в регионах Российской Федерации, раздел 4.1. Москва: Независимый институт социальной политики; 2006.

References

Machinko J., Starfield B., Shi I. The Contribution of Primary Care Providers to Health Outcomes within OECD Countries, 1970-1998. Health Services Research. 2004; 38: 831–865.

«О мерах по стабилизации и развитию здравоохранения и медицинской науки в Российской Федерации» [On measures to stabilize and develop health care and medical science in

the Russian Federation]. Postanovlenie Pravitel'stva RF ot 05.11.1997 № 1387. [Online] [cited 2018 Dec 16]. Available from: <https://www.lawmix.ru/pprf/118597>. (In Russian).

«Ob utverzhdenii gosudarstvennoy programmy Rossiyskoy Federatsii “Razvitie zdavookhraneniya”» [On approval of the state program of the Russian Federation “Healthcare Development”]. Postanovlenie Pravitel'stva RF ot 15.04.2014 № 294. [Online] [cited 2018 Dec 16]. Available from: <https://base.garant.ru/70643470/>. (In Russian).

Ob otraslevoy programme “Obshchaya vrachebnaya (semeynaya) praktika”. [About the branch program “General medical (family) practice”]. Prikaz Minzdrava Rossii ot 30.12.1999 № 463. [Online] [cited 2018 Dec 16]. Available from: <http://www.consultant.ru/cons/cgi/online.cgi?req=doc&base=EXP&n=288224#07827339015247967>. (In Russian).

Realizatsiya publichnykh tseley i zadach Ministerstva zdavookhraneniya Rossiyskoy Federatsii v 2016 godu [Realization of public goals and objectives of the Ministry of Health of the Russian Federation in 2016]. [Online] 2017 [cited 2018 Dec 16]. Available from: https://static-2.rosminzdrav.ru/system/attachments/attaches/000/036/959/original/Публичная_декларация_2016_итоги.pdf?1516263717. (In Russian).

Boerma W.G.W. Coordination and integration in European primary care. In: Primary care in the driver's seat? Ed. by R.B. Saltman, A. Rico, W.G.W. Boerma. Berkshire: Open University Press. 2006. P. 3–21.

Building Primary Care in a Changing Europe. Ed. by D.S. Kringos, W.G.W. Boerma, A. Hutchinson, R.B. Saltman. Observatory Studies Series, No. 38. Copenhagen (Denmark): European Observatory on Health Systems and Policies; 2015. 172 p.

Groenewegen P.P., Dourgnon P., Greß S., Jurgutis A., Willems S. Strengthening weak primary care system: Step towards stronger primary care in selected Western and Eastern European countries. Health Policy. 2013; 113: 170–179.

Kühlbrandt C. Primary health care. In: Trends in health systems in the former Soviet countries. WHO. Ed. by B. Rechel, E. Richardson, M. McKee. Observatory Studies Series, No. 35. Copenhagen (Denmark): European Observatory on Health Systems and Policies; 2015. P. 111–128.

Kühlbrandt C., Boerma W.G.W. Primary care reforms in countries of the former Soviet Union: success and challenges. Eurohealth. 2015; 21: 3–6.

Health at a Glance: Europe 2016. State of Health in the EU Cycle. P: OECD Publishing; 2016. 200 p.

Otchet o nauchno-issledovatel'skoy rabote 'Transformatsiya struktury kadrov zdravookhraneniya i motivatsii meditsinskogo personala pod vliyaniyem ekonomicheskikh, tekhnologicheskikh faktorov i kadrovoy politiki gosudarstva (zaklyuchitel'nyy). TZ-93' [Transformation of the human health resource structure and motivation of medical staff in the context of economic, and technological factors and the state human resource policy. Report on scientific study]. Moscow: NIU VShE, 2016. (In Russian).

Flek V.O. Analiz finansovogo obespecheniya rossiyskogo zdravookhraneniya po sisteme schetov [Analysis of the financial provision of the Russian health care system using the accounts]. Moscow: 2015. 224 p. (In Russian).

Health at a Glance: OECD Indicators. P.: OECD Publishing, 2017. 216 p.

Sheyman I.M., Sazhina S.V. Kadrovaya politika v zdravookhranении: kak preodolet' defitsit vrachey [Human resource policy in health care: Overcoming the deficiency of physicians]. Mir Rossii. 2018; (3): 130–153. (In Russian).

Zdravookhranenie v Rossii. 2017. Statisticheskii sbornik [Health care in Russia. 2017. Statistical digest]. Moscow: Rosstat; 2017. 170 p. (In Russian).

Statisticheskii sbornik «Resursy i deyatel'nost' uchrezhdeniy zdravookhraneniya». Meditsinskie kadry [Statistical digest “Healthcare resources and activity of health care facilities”. Human health resources]. Moscow: TsNII OIZ; 2017. 278 p. (In Russian).

WHO: Health for all database [Online] [cited 2018 Dec 16]. Available from: <http://data.euro.who.int/hfadb/>.

«Protivostoyaniye logik»: vrach, patsient i vlast' v usloviyakh reformirovaniya sistemy zdravookhraneniya. Svodnyy analiticheskii otchet [“Confrontation of logics”: doctor, patient and authorities in the context of health care reforming. Summary analytical report]. Moscow: Levada-Tsenter; 2016. 60 p. (In Russian).

Sheiman I., Shevski V. Two Models of Primary Health Care Development: Russia vs Central and Eastern European Countries. Working paper. WP BRP 06/PSP/2017, Moscow: HSE; 2016. 30 p.

Sbornik luchshikh praktik regional'noy i munitsipal'noy informatizatsii [Collection of the best practices of regional and municipal informatization]. Ekspertnyy tsentr elektronnoy gosudarstva. [Online] 2016 [cited 2018 Dec 16]. Available from: http://d-russia.ru/wp-content/uploads/2017/02/2016-prof-it_print.pdf. (In Russian).

Prezentatsiya Proektnogo ofisa № 13. Departament zdravookhraneniya Moskvyy [Presentation of the Project Office No. 13. Moscow Healthcare Department]. 27.03.2015 (In Russian).

Moskovskiy standart polikliniki Departament zdravookhraneniya Moskvyy [Moscow standard of outpatients` clinic. Report. Moscow Healthcare Department]. [Online] 2017 [cited 2018 Dec 16]. Available from: <https://mosgorzdrav.ru/ru-RU/news/default/card/1552.html> . (In Russian).

Obrashheniya 18 uchastkovykh terapevtov o provale proekta «Moskovskiy standart polikliniki» v 4-m filiale GBU GP № 180 Profsoyuz «Deystvie». 26.03.2016. [Moscow physicians' appeals about a failure of `Moscow standard of outpatients` clinic` project in the 4th branch of the district policlinic No. 180] Trade union 'Action'. 26.03.2016.] [Online] [cited 2018 Dec 16]. Available from: <http://medrabotnik.org/materials/644>. (In Russian).

IX Vserossiyskaya nauchno-prakticheskaya konferentsiya s mezhdunarodnym uchastiyem 'Meditsina i kachestvo – 2016' [IX All-Russian scientific-practical conference with international participation 'Medicine and Quality – 2016']. Obyazatel'noe meditsinskoe strakhovanie 2017; (1): 22–25. (In Russian).

Bokeriya L.A., Stupakov I.N., Gudkova R.G. Analiz pokazateley zabolevayemosti razlichnymi formami bolezney sistemy krovoobrashcheniya v federal'nykh okrugakh RF [Analysis of morbidity rates of various forms of circulatory system diseases in federal districts of the Russian Federation] Zdravookhranenie 2015; (6): 66–75. (In Russian).

Skvortsova V.I. Doklad v Sovete Federatsii «O podgotovke natsional'nogo proekta "Zdravookhranenie"» [Skvortsova V.I. Report to the Council of the Federation 'On the preparation of the national project 'Health'] 19.11.2018. [Online] [cited 2018 Dec 16]. Available from: https://static-1.rosminzdrav.ru/system/attachments/attaches/000/041/245/original/Доклад_министра_СФ_191118.docx?1542705262. (In Russian).

Shishkin S.V., Shevskiy V.I., Sheyman I.M., Rozhdestvenskaya I.A. Otsenka opyta reformirovaniya zdravookhraneniya v regionakh Rossiyskoy Federatsii, razdel 4.1 [Assessment of the experience of health care reform in the regions of the Russian Federation, part 4.1]. Moscow: Nezavisimyy institut sotsial'noy politiki; 2006. (In Russian).

Дата поступления: 21.12.2018.

i#Рассчитано по: Росстат России. Форма № 30. Сведения о лечебно-профилактическом учреждении. За отдельные годы.

ii#Рассчитано по: Минздрав России. Форма № 62 «Сведения по мониторингу за реализацией Программы государственных гарантий обеспечения граждан Российской Федерации бесплатной медицинской помощью». За отдельные годы.

iii#Рассчитано на основе: Минздрав России. Статистические сборники «Заболееваемость населения России» за 2000–2017 гг