



№ 2 (267) 2020

Бюллетень
Счетной палаты РФ
Здравоохранение

Представляя номер

Галина Изотова



Галина Изотова
Заместитель Председателя
Счетной палаты Российской Федерации

Дорогие друзья!

Здоровье населения, в том числе детей, – одна из главных задач государства. По сути, мы ведем разговор о будущем нашей страны.

Здоровье и благополучие детей является одним из основных приоритетов и в международном контексте. Так, оказание медицинской помощи детям – одна из задач Целей устойчивого развития, утвержденных Организацией Объединенных Наций.

Здравоохранение входит в тройку наиболее важных тем для граждан России. В 2018–2027 годы в нашей стране проходит Десятилетие детства. Это – один из приоритетов долгосрочной политики государства, для реализации которого Правительству РФ необходимо выполнить целый комплекс мер, направленных на повышение качества образования, детского здравоохранения и физического развития.

В рамках национального проекта «Здравоохранение» здоровью и благополучию детей уделено немало внимания. Сформирован отдельный федеральный проект «Развитие детского здравоохранения, включая создание современной инфраструктуры оказания медицинской помощи детям», ключевой целью которого является «Снижение младенческой смертности (до 4,5 случая на 1 тыс. родившихся детей)».

Важнейшей задачей повышения качества и доступности первичной медико-санитарной помощи детям является достижение уровня материально-технической базы детских поликлиник, соответствующего современным мировым стандартам.

Счетная палата Российской Федерации провела экспертно-аналитическое мероприятие «Оценка эффективности расходования в 2018–2019 годах средств федерального бюджета, направленных на развитие материально-технической базы детских поликлиник и детских поликлинических отделений медицинских организаций, оказывающих первичную медико-санитарную помощь». Были выявлены риски, которые, по мнению Счетной палаты, являются существенными для успешной реализации национального проекта «Здравоохранение».

Предлагаю ознакомиться с результатами проведенного Счетной палатой анализа.

Вместе с тем на страницах этого Бюллетеня мы открываем дискуссию по более широкому кругу вопросов, касающихся здравоохранения. Вопросы, которые представляют особую значимость для Счетной палаты как высшего органа аудита Российской Федерации.

Содержание

Отчет о результатах экспертно-аналитического мероприятия	7
Официальная позиция	53
Экспертное мнение	57
Тематические проверки Счетной палаты	75
Международная практика	81
Выступления	95
Исследования по теме	107
Публикации в СМИ	115
Новости Счетной палаты	121



Галина Изотова
Заместитель Председателя
Счетной палаты Российской Федерации

Утвержден Коллегией Счетной палаты
Российской Федерации 11 февраля 2020 года

Отчет

о результатах экспертно-аналитического мероприятия
«Оценка эффективности расходования
в 2018–2019 годах средств федерального
бюджета, направленных на развитие
материально-технической базы детских
поликлиник и детских поликлинических
отделений медицинских организаций,
оказывающих первичную
медико-санитарную помощь»

Краткие результаты экспертно-аналитического мероприятия

Цели

Оценить нормативно-правовое регулирование обеспечения доступности услуг в сфере детского здравоохранения.

Провести аудит финансового обеспечения системы детского здравоохранения, в том числе детских медицинских организаций государственной системы здравоохранения, подведомственных федеральным органам исполнительной власти.

Оценить и проверить доступность услуг в сфере детского здравоохранения, в том числе в удаленных районах и сельской местности.

Вывод

Доступность услуг в сфере детского здравоохранения пока не соответствует требуемому уровню. Квалифицированных специалистов-педиатров в регионах не хватает, а состояние большинства зданий, используемых под детские поликлиники, не может обеспечить детям необходимый комфорт.

Итоги проверки

Анализ Счетной палаты выявил ряд проблем, свидетельствующих о недостаточной доступности и низком качестве услуг в сфере детского здравоохранения.

Одна из проблем – неудовлетворительное техническое и санитарное состояние зданий.

Так, на 1 января 2019 года из 116 865 зданий, в которых оказывается медицинская помощь, 14 % находились в аварийном состоянии, в 30,5 % отсутствовал водопровод, в 52,1 % – горячее водоснабжение, в 41,1 % – центральное отопление, в 35 % – канализация, в 47 % не обеспечивалась доступность для инвалидов и других маломобильных групп населения.

Другая проблема – недостаток квалифицированных кадров. Не хватает врачей узкой специализации, оказывающих медицинскую помощь детям. Педиатрическая служба недостаточно укомплектована, а более 7 % педиатров не имеют необходимой квалификации.

Есть проблемы нормативно-правового регулирования. Так, одной из важнейших составляющих процесса развития материально-технической базы детских поликлиник является внедрение стационарозамещающих технологий в амбулаторном звене. Однако в федеральном проекте «Развитие детского здравоохранения, включая создание современной инфраструктуры оказания медицинской помощи детям» такая задача не поставлена.

Кроме того, в марте 2019 года из госпрограммы «Развитие здравоохранения» была исключена цель «Повышение к 2025 году удовлетворенности населения качеством медицинской помощи», что не позволит органам исполнительной власти своевременно оценить актуальные проблемы и принять рациональные решения, направленные на повышение доступности и качества оказания медпомощи населению.

Отчет о результатах экспертно-аналитического мероприятия «Оценка эффективности расходования в 2018–2019 годах средств федерального бюджета, направленных на развитие материально- технической базы детских поликлиник и детских поликлинических отделений медицинских организаций, оказывающих первичную медико-санитарную помощь»

1. Основание для проведения экспертно-аналитического мероприятия

Пункт 3.1.0.2 Плана работы Счетной палаты Российской Федерации на 2020 год (переходящее из Плана работы Счетной палаты Российской Федерации на 2019 год, пункт 3.11.0.8).

2. Предмет экспертно-аналитического мероприятия

Оценка эффективности расходования в 2018 году и истекшем периоде 2019 года средств федерального бюджета, направленных на развитие материально-технической базы детских поликлиник и детских поликлинических отделений медицинских организаций, оказывающих первичную медико-санитарную помощь.

3. Цели экспертно-аналитического мероприятия

3.1. Цель 1. Оценить нормативно-правовое регулирование обеспечения доступности услуг в сфере детского здравоохранения.

3.2. Цель 2. Провести аудит финансового обеспечения системы детского здравоохранения, в том числе детских медицинских организаций государственной системы здравоохранения, подведомственных федеральным органам исполнительной власти.

3.3. Цель 3. Оценить и проверить доступность услуг в сфере детского здравоохранения, в том числе в удаленных районах и сельской местности, включая анализ результатов деятельности государственной системы здравоохранения проверяемых субъектов Российской Федерации.

4. Объекты экспертно-аналитического мероприятия

- Высшие органы исполнительной власти 85 субъектов Российской Федерации (по запросам).
- Министерство здравоохранения Российской Федерации (г. Москва).

5. Исследуемый период

2018–2019 годы.

6. Сроки проведения экспертно-аналитического мероприятия

С 31 мая 2019 года по 11 февраля 2020 года (протокол решения Коллегии от 8 ноября 2019 г. № 60К (1356)).

7. Результаты экспертно-аналитического мероприятия

Для оценки эффективности расходования средств федерального бюджета, направленных на развитие материально-технической базы детских поликлиник и детских поликлинических отделений медицинских организаций, оказывающих первичную медико-санитарную помощь, использовались материалы (сведения), представленные по запросам Счетной палаты Российской Федерации:

- данные органов исполнительной власти 85 субъектов Российской Федерации по 27 основным группам показателей;
- сведения федерального статистического наблюдения за 2017 и 2018 годы;
- копии соглашений о предоставлении субсидий из федерального бюджета бюджетам субъектов Российской Федерации на софинансирование государственных программ субъектов Российской Федерации, содержащих мероприятия по развитию материально-технической базы детских поликлиник и детских поликлинических отделений медицинских организаций, заключенных Минздравом России с органами исполнительной власти субъектов Российской Федерации (далее – Соглашения о предоставлении субсидий);
- копии отчетов органов государственной власти субъектов Российской Федерации о достижении целевых показателей, установленных в Соглашениях о предоставлении субсидий.

7.1. Оценка нормативно-правового регулирования обеспечения доступности услуг в сфере детского здравоохранения

7.1.1. Предусмотренное Конституцией Российской Федерации право на охрану здоровья детей установлено федеральными законами от 24 июля 1998 г. № 124-ФЗ «Об основных гарантиях прав ребенка в Российской Федерации» (далее – Федеральный закон № 124-ФЗ) и от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» (далее – Федеральный закон № 323-ФЗ).

Согласно положениям статьи 21 Федерального закона № 124-ФЗ финансирование федеральных мероприятий по реализации государственной политики в интересах детей осуществляется за счет средств федерального бюджета, внебюджетных источников, а также за счет средств бюджетов субъектов Российской Федерации в соответствии с законодательством субъектов Российской Федерации.

Статьями 4, 7 Федерального закона № 323-ФЗ закреплены основные принципы охраны здоровья, в том числе приоритет охраны здоровья детей.

Органы государственной власти Российской Федерации, органы государственной власти субъектов Российской Федерации в соответствии со своими полномочиями создают и развивают медицинские организации, оказывающие медицинскую помощь детям, с учетом обеспечения благоприятных условий для пребывания в них детей, в том числе детей-инвалидов, и возможности пребывания с ними родителей и (или) иных членов семьи, а также социальную инфраструктуру, ориентированную на организованный отдых, оздоровление детей и восстановление их здоровья (часть 5 статьи 7 Федерального закона № 323-ФЗ).

Объективные критерии, с которыми связывается обеспечение доступности и качества медицинской помощи населению, определены в статье 10 Федерального закона № 323-ФЗ. Ежегодно утверждаются критерии (показатели) доступности и качества медицинской помощи в программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи (на 2018 год утвержден 31 показатель, на 2019 год – 45 показателей).

Мероприятия по развитию материально-технической базы детских поликлиник и детских поликлинических отделений медицинских организаций (далее – мероприятия по развитию материально-технической базы) в 2018–2019 годах реализовывались Минздравом России, ФМБА России и органами государственной власти субъектов Российской Федерации в рамках:

- государственной программы Российской Федерации «Развитие здравоохранения», утвержденной постановлением Правительства Российской Федерации от 26 декабря 2017 г. № 1640 (далее – ГП-1, государственная программа «Развитие здравоохранения»);
- ведомственной целевой программы «Развитие материально-технической базы детских поликлиник и детских поликлинических отделений медицинских организаций», утвержденной приказом Минздрава России от 22 мая 2018 г. № 260 (далее – ВЦП, Программа), со сроками реализации – 2018–2020 годы¹;
- федерального проекта «Развитие детского здравоохранения, включая создание современной инфраструктуры оказания медицинской помощи детям» (далее – Федеральный проект), входящего в состав национального проекта «Здравоохранение», паспорт которого утвержден президиумом Совета при Президенте Российской Федерации по стратегическому развитию и национальным проектам (протокол от 24 декабря 2018 г. № 16), и государственную программу «Развитие здравоохранения».

1. Решение о разработке ВЦП принято во исполнение перечня по итогам заседания Координационного совета по реализации Национальной стратегии действий в интересах детей на 2012–2017 годы 28 ноября 2017 г. Разработчиком является Минздрав России, участниками – Минздрав России и ФМБА России.

Данные сравнительного анализа задач ВЦП на 2018–2020 годы с задачами и результатами Федерального проекта на 2019–2024 годы представлены в таблице.

Федеральный проект «Развитие детского здравоохранения, включая создание современной инфраструктуры оказания медицинской помощи детям»	Ведомственная целевая программа «Развитие материально-технической базы детских поликлиник и детских поликлинических отделений медицинских организаций»
Задача	Задачи
<p>Разработка и реализация программ развития детского здравоохранения, включая создание современной инфраструктуры оказания медицинской помощи детям</p> <p>Результаты</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. В субъектах Российской Федерации будут разработаны и утверждены региональные программы «Развитие детского здравоохранения, включая создание современной инфраструктуры оказания медицинской помощи детям». 2. В симуляционных центрах будут обучены специалисты в области перинатологии, неонатологии и педиатрии. 3. Совершенствование диспансерного наблюдения детей, актуализация приказа Минздрава России от 21 декабря 2012 г. № 1348н «Об утверждении Порядка прохождения несовершеннолетними диспансерного наблюдения, в том числе в период обучения и воспитания в образовательных учреждениях»*. 4. Детские поликлиники / детские поликлинические отделения медицинских организаций субъектов Российской Федерации будут оснащены медицинскими изделиями и реализуют организационно-планировочные решения внутренних пространств, обеспечивающих комфортность пребывания детей, в соответствии с приказом Минздрава России от 7 марта 2018 г. № 92н «Об утверждении Положения об организации оказания первичной медико-санитарной помощи детям». 5. Будет увеличен охват профилактическими медицинскими осмотрами детей в возрасте 15–17 лет в рамках реализации приказа Минздрава России от 10 августа 2017 г. № 514н «О Порядке проведения профилактических медицинских осмотров несовершеннолетних»: девочек – врачами акушерами-гинекологами; мальчиков – врачами детскими урологами-андрологами. 6. Новое строительство / реконструкция детских больниц (корпусов); 7. Будет оказана медицинская помощь женщинам в период беременности, родов и в послеродовой период, в том числе за счет средств родовых сертификатов. 8. Детские поликлиники / детские поликлинические отделения медицинских организаций, подведомственных федеральным органам исполнительной власти, будут оснащены медицинскими изделиями и реализуют организационно-планировочные решения внутренних пространств, обеспечивающих комфортность пребывания детей, в соответствии с приказом Минздрава России от 7 марта 2018 г. № 92н «Об утверждении Положения об организации оказания первичной медико-санитарной помощи детям» 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Дооснащение детских поликлиник и детских поликлинических отделений медицинских организаций медицинскими изделиями с целью приведения их в соответствие с требованиями приказа Минздрава России от 7 марта 2018 г. № 92н «Об утверждении Положения об организации оказания первичной медико-санитарной помощи детям». 2. Развитие профилактической направленности педиатрической службы (закупка медицинских изделий для диагностики позволит более качественно выявлять ранние признаки и предвестники патологических процессов и проводить профилактику утяжеления и хронизации заболеваний). 3. Внедрение стационарозамещающих технологий в амбулаторном звене (закупка медицинских изделий, предназначенных для лечения и реабилитации, позволит увеличить возможности использования стационарозамещающих технологий). 4. Создание комфортных условий пребывания детей и родителей в детских поликлиниках и детских поликлинических отделениях медицинских организаций

* Данный приказ утратил силу в связи с изданием приказа Минздрава России от 16.05.2019 № 302н.

Как видно из таблицы, задача «Внедрение стационарозамещающих технологий в амбулаторном звене» отсутствует в Федеральном проекте. При этом в ВЦП внедрение стационарозамещающих технологий в амбулаторном звене определено важнейшей составляющей процесса развития материально-технической базы детских поликлиник и детских поликлинических отделений медицинских организаций.

В 2018 году мероприятия по развитию материально-технической базы реализовывались в рамках ВЦП.

ВЦП не была включена в состав ГП-1 – основного стратегического документа в области здравоохранения.

В течение 2018 года в ГП-1 (в редакциях, действовавших в 2018 году) отсутствовали целевые индикаторы (показатели), утвержденные в ВЦП, такие как:

- «Доля детских поликлиник и детских поликлинических отделений медицинских организаций субъектов Российской Федерации, а также организаций, подведомственных ФМБА России, дооснащенных медицинскими изделиями с целью приведения их в соответствие с требованиями приказа Минздрава России от 7 марта 2018 г. № 92н² (процент)», а также реализовавших организационно-планировочные решения внутренних пространств, обеспечивающих комфортность пребывания детей;
- «Доля посещений с профилактической и иными целями детьми в возрасте 0–17 лет (процент)»;
- «Доля детей в возрасте 0–17 лет от общей численности детского населения, пролеченных в дневных стационарах медицинских организаций, оказывающих медицинскую помощь в амбулаторных условиях (процент)».

В 2018 году бюджетные ассигнования, запланированные в ВЦП на мероприятия по развитию материально-технической базы, выделялись бюджетам субъектов Российской Федерации в форме субсидий по целевой статье 01 0 00 00000³, отражающей расходы федерального бюджета и бюджетов государственных внебюджетных фондов Российской Федерации на реализацию ГП-1, по следующим кодам бюджетной классификации:

056 0902 011В256740 521 (Минздрав России);

388 0909 011В292501 612 (ФМБА России).

Согласно паспорту ВЦП достижение целевых индикаторов ВЦП способствует достижению целей ГП-1, а именно – «Увеличение к 2025 году ожидаемой продолжительности жизни при рождении» до 76 лет (цель № 1) и «Повышение к 2025 году удовлетворенности населения качеством медицинской помощи» до 54 % (цель № 5).

Однако указанные цели исключены из действующей ГП-1 постановлением Правительства Российской Федерации от 29 марта 2019 г. № 380⁴.

-
2. Приказ Минздрава России от 7 марта 2018 г. № 92н «Об утверждении Положения об организации оказания первичной медико-санитарной помощи детям» (далее – приказ Минздрава России № 92н).
 3. В соответствии с приказом Минфина России от 01.07.2013 № 65н «Об утверждении Указаний о порядке применения бюджетной классификации Российской Федерации», действовавшим при составлении и исполнении бюджетов бюджетной системы Российской Федерации на 2018 год.
 4. Постановление Правительства Российской Федерации от 29 марта 2019 г. № 380 «О внесении изменений в государственную программу Российской Федерации «Развитие здравоохранения».

В 2019 году мероприятия по развитию материально-технической базы реализовывались в рамках Федерального проекта.

В План мероприятий по реализации Федерального проекта (приложение № 1 к паспорту Федерального проекта) были включены результаты (мероприятия, контрольные точки), по сути дублирующие мероприятия, предусмотренные ВЦП.

Бюджетные ассигнования на мероприятия по развитию материально-технической базы выделялись Минздравом России бюджетам субъектов Российской Федерации в форме субсидий в рамках реализации Федерального проекта. Предусмотренные в ВЦП на ее реализацию средства федерального бюджета в 2019 году не выделялись.

При этом действие ВЦП было прекращено в декабре 2019 года в связи с изданием приказа Минздрава России от 30 декабря 2019 г. № 1102 «О признании утратившими силу отдельных приказов Министерства здравоохранения Российской Федерации» (на один год раньше предусмотренного срока ее реализации).

7.1.2. По результатам оценки региональных программ в 2018 году установлено отсутствие на региональном уровне единых подходов к разработке и утверждению документов, содержащих мероприятия по развитию материально-технической базы детских поликлиник и детских поликлинических отделений медицинских организаций.

Так, 84 субъекта Российской Федерации (кроме г. Москвы) в 2018 году разработали программы, содержащие мероприятия по развитию материально-технической базы детских поликлиник и детских поликлинических отделений медицинских организаций в 2018–2020 годах, из них:

- 25 субъектов Российской Федерации утвердили ведомственные целевые программы, направленные на развитие материально-технической базы детских поликлиник и поликлинических отделений⁵;
- 59 субъектов Российской Федерации внесли изменения в региональные государственные программы «Развитие здравоохранения», включив в них мероприятия по дооснащению детских поликлиник и детских поликлинических отделений медицинских организаций медицинскими изделиями в соответствии с требованиями приказа Минздрава России № 92н, а также мероприятия по созданию комфортных условий пребывания детей и родителей в детских поликлиниках и детских поликлинических отделениях медицинских организаций.

В связи с тем что фактически с 2019 года мероприятия по развитию материально-технической базы детских поликлиник и поликлинических отделений медицинских организаций реализуются в рамках Федерального проекта, всеми субъектами

5. Ивановская, Калужская, Липецкая, Тамбовская, Ярославская, Архангельская, Вологодская, Калининградская, Псковская, Астраханская, Пензенская, Свердловская, Тюменская, Иркутская, Кемеровская, Магаданская области, Ставропольский, Приморский, Хабаровский края, республики: Коми, Хакасия, Кабардино-Балкарская и Удмуртская, г. Санкт-Петербург, г. Севастополь.

Российской Федерации утверждены региональные программы «Развитие детского здравоохранения, включая создание современной инфраструктуры оказания медицинской помощи детям».

ФМБА России организует оказание медицинской помощи населению закрытых административно-территориальных образований (ЗАТО) и отдельных территорий, подлежащих обслуживанию ФМБА России⁶. В системе учреждений ФМБА России функционируют 57 медицинских организаций и структурных подразделений, имеющих в своем составе детские поликлиники и детские поликлинические отделения. Приказом ФМБА России от 25 июня 2018 г. № 128⁷ утвержден перечень медицинских организаций, а также их филиалов, имеющих в составе детские поликлиники и детские поликлинические отделения, распределенных по группам медицинских организаций, оказывающих первичную медико-санитарную помощь в соответствии с приказом Минздрава России № 92н.

В рамках реализации ВЦП был утвержден План мероприятий ФМБА России по развитию материально-технической базы подведомственных медицинских организаций, имеющих в составе детские поликлиники и поликлинические отделения⁸, с 2018 по 2020 год, которым установлен перечень медицинских организаций, участвующих поэтапно в реализации указанного Плана. Для каждой медицинской организации был сформирован перечень закупаемых медицинских изделий в соответствии с требованиями приказа Минздрава России № 92н.

7.1.3. Постановлением Правительства Российской Федерации от 1 марта 2018 г. № 210⁹ предусмотрена субсидия на 2018 год исключительно на приобретение медицинских изделий для медицинских организаций, подведомственных органам исполнительной власти субъекта Российской Федерации, и (или) муниципальных медицинских организаций, расположенных на территории субъекта Российской Федерации, в рамках реализации региональных программ.

Минздравом России с регионами заключены Соглашения о предоставлении субсидий в соответствии с указанным постановлением.

-
6. В соответствии с пунктом 1 Положения о Федеральном медико-биологическом агентстве, утвержденного постановлением Правительства Российской Федерации от 11 апреля 2005 г. № 206.
 7. Приказ ФМБА России от 25 июня 2018 г. № 128 «Об утверждении перечня медицинских организаций, подведомственных ФМБА России, имеющих в составе детские поликлиники и детские поликлинические отделения, распределенных по группам медицинских организаций, оказывающих первичную медико-санитарную помощь».
 8. Приказ ФМБА России от 29 июня 2018 г. № 130 «Об утверждении Плана мероприятий ФМБА России по развитию материально-технической базы подведомственных медицинских организаций, имеющих в составе детские поликлиники и детские поликлинические отделения».
 9. Постановление Правительства Российской Федерации от 1 марта 2018 г. № 210 «О внесении изменений в государственную программу Российской Федерации «Развитие здравоохранения».

Таким образом, в течение 2018 года субъекты Российской Федерации имели право расходовать указанные субсидии из федерального бюджета на приобретение медицинских изделий. Одной из целей ВЦП являлось увеличение доли детских поликлиник и детских поликлинических отделений медицинских организаций субъектов Российской Федерации, а также подведомственных ФМБА России, реализовавших организационно-планировочные решения внутренних пространств, обеспечивающих комфортность пребывания детей в соответствии с требованиями приказа Минздрава России № 92н.

Постановлением Правительства Российской Федерации от 24 декабря 2018 г. № 1646¹⁰ внесена корректировка – субсидия предоставляется в том числе на создание организационно-планировочных решений внутренних пространств, обеспечивающих комфортность пребывания детей.

В результате только 27 декабря 2018 года Минздравом России с субъектами Российской Федерации заключены дополнительные соглашения к Соглашению о предоставлении субсидий, предусматривающие расходование субсидии из федерального бюджета и на создание организационно-планировочных решений внутренних пространств. Субъекты Российской Федерации должны были в кратчайшие сроки произвести расходы на создание организационно-планировочных решений внутренних пространств за счет средств федерального бюджета (до этого момента организационно-планировочные решения внутренних пространств, обеспечивающих комфортность пребывания детей, осуществлялись за счет средств бюджетов субъектов Российской Федерации).

ВЦП предусматривались такие организационно-планировочные мероприятия, как: организация крытой колясочной, отдельного входа для больных детей, открытой регистратуры с инфоматом, электронного табло с расписанием приема врачей, колл-центра, игровой зоны для детей, комнаты для кормления грудных детей и детей раннего возраста, кабинета неотложной помощи детям, системы навигации, зоны комфортного пребывания в холлах и оснащение входа автоматическими дверями.

Сложившаяся ситуация – финансирование за счет средств федерального бюджета только мероприятий по приобретению медицинских изделий (до 27 декабря 2018 года) – свидетельствует о том, что Минздравом России не были просчитаны реальные возможности субъектов Российской Федерации по выполнению обязательств в части реализации комплекса мероприятий, изначально созданы условия для смещения приоритетов в ходе реализации ВЦП.

В соответствии с пунктом 2.1 раздела V «Система управления реализацией ведомственной целевой программы» ВЦП Соглашения о предоставлении субсидий в 2018 году должны были заключаться в течение 10 рабочих дней с даты представления в Минздрав России утвержденных субъектами Российской Федерации

10. Постановление Правительства Российской Федерации от 24 декабря 2018 г. № 1646 «О внесении изменений в приложение № 6(1) к государственной программе Российской Федерации «Развитие здравоохранения».

региональных программ. Анализ показал, что позже указанного срока (от 1 до 37 дней) заключены Соглашения о предоставлении субсидий с 13 субъектами Российской Федерации¹¹ (15 %).

Соглашения о предоставлении субсидий на 2019 год заключены Минздравом России с 84 субъектами Российской Федерации в установленный срок.

Таким образом, анализ мероприятий по достижению цели 1 выявил:

- отсутствие взаимосвязки положений ВЦП и ГП-1 в части целевых показателей (индикаторов);
- отсутствие в Федеральном проекте задачи по внедрению стационарозамещающих технологий в амбулаторном звене, предусмотренной ВЦП.

Указанные факты создавали риски недостижения целей и задач ВЦП в период ее действия, а также не позволяли эффективно осуществлять контроль за ходом реализации ВЦП со стороны Минздрава России и регионов в 2019 году.

Также отсутствие задачи по внедрению стационарозамещающих технологий в амбулаторном звене в Федеральном проекте, как важнейшей составляющей процесса развития материально-технической базы детских поликлиник и детских поликлинических отделений медицинских организаций, не позволяет обеспечить создание современной инфраструктуры оказания медицинской помощи детям.

7.2. Проведение аудита финансового обеспечения системы детского здравоохранения, в том числе детских медицинских организаций государственной системы здравоохранения, подведомственных федеральным органам исполнительной власти

На реализацию национального проекта «Здравоохранение» за период 2019–2024 годов (6 лет) запланировано направление 1,6 трлн рублей за счет федерального бюджета, консолидированных бюджетов регионов и бюджетов государственных внебюджетных фондов.

Доля расходов на здравоохранение в ВВП в 2018 году составляла 3,3 %, в 2019 году эта цифра увеличилась до 3,5 %.

По мировым меркам 3,5 % от ВВП – достаточно невысокий уровень государственных расходов на здравоохранение. Так, в странах – членах Организации экономического сотрудничества и развития эта доля составляет не менее 6,5 % ВВП, более высокий процент в таких странах, как Германия, Франция, США.

11. Смоленская, Оренбургская, Тюменская, Новосибирская, Амурская области, республики Коми, Татарстан, Хакасия, Кабардино-Балкарская и Чеченская, Ненецкий автономный округ, Краснодарский и Приморский края.

Доля финансирования Федерального проекта в рамках национального проекта «Здравоохранение» составляет всего 14,9 % (на реализацию Федерального проекта на период 2019–2024 годов предусмотрено более 253 млрд рублей). На мероприятия по развитию материально-технической базы Федеральным законом от 29 ноября 2018 г. № 459-ФЗ «О федеральном бюджете на 2019 год и на плановый период 2020 и 2021 годов» предусмотрены средства федерального бюджета в размере 10 млрд рублей.

7.2.1. В соответствии с Соглашениями о предоставлении субсидии в 2018 году общий объем финансирования государственных программ субъектов Российской Федерации (в части мероприятий по развитию материально-технической базы детских поликлиник и детских поликлинических отделений медицинских организаций) предусмотрен в размере 12 589 703,7 тыс. рублей, из них:

- объем средств федерального бюджета, выделенный из резервного фонда Правительства Российской Федерации Минздраву России в соответствии с распоряжением Правительства Российской Федерации от 3 марта 2018 г. № 368-р (далее – распоряжение № 368-р), составил 9 649 554,3 тыс. рублей, или 82 % общего финансового обеспечения;
- средства бюджетов субъектов Российской Федерации составили 2 940 149,4 тыс. рублей.

ФМБА России на развитие материально-технической базы подведомственных детских поликлиник и детских поликлинических отделений медицинских организаций выделено 350 445,7 тыс. рублей.

Отчеты о расходах бюджета субъекта Российской Федерации, в целях софинансирования которых предоставляется субсидия, представлены в Минздрав России в форме электронного документа в государственной интегрированной электронной системе управления общественными финансами «Электронный бюджет» в сроки, указанные в Соглашениях о предоставлении субсидий.

Минздравом России по итогам 2018 года (в части реализации мероприятий в рамках распоряжения № 368-р) кассовое исполнение по КБК 056 0902 011В256740 521 составило 9 112 909,2 тыс. рублей, или 94,4 % от утвержденных бюджетных назначений.

В 14 субъектах Российской Федерации финансовые средства освоены ниже 90 %, в 5 субъектах Российской Федерации – ниже 80 % (Мурманская, Саратовская, Тамбовская области, Республика Хакасия и Пермский край).

По информации Минздрава России, основными причинами неосвоения финансовых средств являются проблемы при проведении закупочных процедур, нарушение условий контрактов поставщиками, отсутствие заявок на участие в аукционах, а также экономия средств по результатам проведения закупочных процедур.

Кассовое исполнение ФМБА России за 2018 год по КБК 388 0909 011В292501 612 составило 350 445,7 тыс. рублей, или 100 % от утвержденных бюджетных назначений.

В 2019 году бюджетные ассигнования на развитие материально-технической базы детских поликлиник и детских поликлинических отделений медицинских организаций, оказывающих первичную медико-санитарную помощь (межбюджетные трансферты) предусмотрены Федеральным законом от 29 ноября 2018 г. № 459-ФЗ «О федеральном бюджете на 2019 год и на плановый период 2020 и 2021 годов» Минздраву России в размере 9 649 554,3 тыс. рублей и ФМБА России – 350 445,7 тыс. рублей.

Размер субсидий, предоставляемых из федерального бюджета бюджетам субъектов Российской Федерации, не превышает предельных уровней софинансирования расходных обязательств субъектов Российской Федерации из федерального бюджета на 2019 год и на плановый период 2020 и 2021 годов, установленных распоряжением Правительства Российской Федерации от 12 июля 2018 г. № 1450-р.

В 2019 году шестью субъектами Российской Федерации нарушены сроки предоставления в Минздрав России отчетов о расходах бюджета субъекта Российской Федерации, в целях софинансирования которых предоставляется субсидия: Республикой Саха (Якутия) – в I и II кварталах; Магаданской, Московской, Новгородской и Сахалинской областями – во II квартале; Челябинской областью – в III квартале. Три субъекта Российской Федерации не обеспечили представление в Минздрав России отчетов: Краснодарский край – за I квартал; Чукотский автономный округ – за III квартал; Курская область – за I, II и III кварталы.

В соответствии с данными Федерального казначейства за 2019 год кассовое исполнение по Федеральному проекту составило 93,59 %, в том числе «Развитие материально-технической базы детских поликлиник и детских поликлинических отделений медицинских организаций, оказывающих первичную медико-санитарную помощь» – 98,91 %, «Новое строительство или реконструкция детских больниц (корпусов)» – 77,17 %.

Основными причинами неисполнения расходов федерального бюджета являются длительность конкурсных процедур, разработки и согласования технического задания по ремонту и реконструкции объектов, а также разработки проектно-сметной документации и получения разрешений на строительство.

Вместе с тем, согласно данным Минздрава России, объем заключенных контрактов на дооснащение медицинскими изделиями детских поликлиник и детских поликлинических отделений, реализующих организационно-планировочные решения внутренних пространств, обеспечивающих комфортность пребывания детей, составил 81,0 %, и риск по срокам получения результата отсутствует.

По ФМБА России кассовое исполнение за 2019 год при утвержденных бюджетных назначениях в объеме 350 445,7 тыс. рублей составило 100 %.

7.2.2. По итогам экспертно-аналитического мероприятия установлены факторы, оказывающие негативное влияние на достижение целей ВЦП (в период ее действия – в 2018–2019 годах), Федерального проекта и ГП-1.

Так, по информации регионов, до предоставления и распределения субсидий бюджетам субъектов Российской Федерации на софинансирование региональных государственных программ, содержащих мероприятия по развитию материально-технической базы, не была проведена:

- оценка технического состояния фонда зданий и сооружений, в которых расположены детские поликлиники и детские поликлинические отделения медицинских организаций (по возрасту, степени износа – ветхие, требующие сноса, реконструкции, капитального ремонта и т. п.);
- оценка на соответствие современным санитарно-эпидемиологическим и техническим требованиям (до выделения средств на развитие материально-технической базы за счет средств федерального бюджета).

Это не позволяет определить реальные затраты и приводит к необходимости выделения дополнительных денежных средств на мероприятия по проведению капитального ремонта существующих или строительства новых объектов, отвечающих требованиям новой модели медицинской организации, оказывающей первичную медико-санитарную помощь детям.

Например, по сведениям Министерства здравоохранения Тверской области¹², в рамках реализации ВЦП и Федерального проекта 95 % детских поликлиник и детских поликлинических отделений к 31 декабря 2020 года должны быть оснащены медицинскими изделиями в соответствии с требованиями приказа Минздрава России № 92н.

Вместе с тем на территории Тверской области 90 % детских поликлиник и детских поликлинических отделений расположены в приспособленных помещениях (первые этажи жилых домов, пристройки и т. д.), что делает невозможным размещение тяжелого оборудования (рентгеновское оборудование, видеоэндоскопические стойки) на площадях поликлиник. Медицинские организации вынуждены размещать тяжелое оборудование на площадях зданий стационаров, что не соответствует стандарту оснащения Минздрава России.

По сведениям министерства здравоохранения Иркутской области¹³, в настоящее время ряд детских поликлиник и детских поликлинических отделений медицинских организаций размещены в приспособленных зданиях, построенных в 50–70-х годах

12. Письмо исх. от 10 декабря 2019 г. № 26/8880-04-АБ, вх. от 11 декабря 2019 г. № 7108;

13. Письмо исх. от 29 ноября 2019 г. № 02-40-6942/19, вх. от 12 декабря 2019 г. № 7172;

прошлого века, которые не отвечают современным санитарным требованиям и не позволяют разместить кабинеты врачей-специалистов и реализовать организационно-планировочные решения в полном объеме, установленном приказом Минздрава России № 92н.

В связи с изложенным правительство Иркутской области предлагает рассмотреть вопрос о предоставлении субсидий из федерального бюджета на софинансирование мероприятий по проведению капитального ремонта существующих детских поликлиник и детских поликлинических отделений медицинских организаций.

По сведениям департамента здравоохранения Ивановской области¹⁴, а также департамента здравоохранения г. Севастополя¹⁵, основной проблемой при реализации мероприятий ВЦП и Федерального проекта для целей создания организационно-планировочных решений внутренних пространств, обеспечивающих комфортность пребывания детей, является необходимость выделения значительных средств субъектов Российской Федерации на разработку проектно-сметной документации и проведение капитального ремонта существующих помещений поликлиник и поликлинических отделений в связи с тем, что для установки крупнотоннажного медицинского оборудования требуется соответствующая подготовка помещений.

По данным Министерства здравоохранения Республики Крым¹⁶, в ГБУЗ РК «Республиканская детская клиническая больница» и ГБУЗ РК «Республиканская детская инфекционная клиническая больница» необходимо провести капитальный ремонт (на часть проектно-сметной документации имеется положительное заключение экспертизы) и дооснащение медицинским оборудованием. Необходимые денежные средства на проведение указанных мероприятий отсутствуют.

По информации министерства здравоохранения Новосибирской области¹⁷, проблемы при реализации мероприятий ВЦП связаны с тем, что большая часть детских поликлинических отделений располагается в приспособленных помещениях, конструктивные особенности которых не позволяют в полной мере реализовать организационно-планировочные решения внутренних пространств, обеспечивающих комфортность пребывания в них детей и родителей, согласно требованиям приказа Минздрава России № 92н.

Таким образом, Минздравом России при разработке ВЦП и Федерального проекта не анализировалось реальное положение дел в субъектах Российской Федерации. Соответственно, региональные особенности в части возможностей использования

14. Письмо исх. от 29 ноября 2019 г. № 03-14899, вх. от 9 декабря 2019 г. № 7070;

15. Письмо исх. от 29 ноября 2019 г. № 9354/01-01-02.1-16/02/19, вх. от 5 декабря 2019 г. № 6981;

16. Письмо исх. от 29 ноября 2019 г. № 03/17462/2, вх. от 16 декабря 2019 г. № 7255;

17. Письмо исх. от 28 ноября 2019 г. от № 10910-01/24, вх. от 18 декабря 2019 г. № 7351;

зданий, в которых расположены детские поликлиники и детские поликлинические отделения медицинских организаций, в требованиях ВЦП и мероприятиях Федерального проекта не были учтены.

7.2.3. Оценка реализации в субъектах Российской Федерации мероприятий государственных программ, касающихся развития материально-технической базы в медицинских организациях, оказывающих первичную медико-санитарную помощь детям, и оценка их влияния на доступность оказания медицинской помощи детям за 2018 год и истекший период 2019 года приведена в пункте 7.3.2 настоящего отчета.

Таким образом, анализ цели 2 выявил следующие риски, связанные с реализацией мероприятий, направленных на развитие материально-технической базы детских поликлиник и детских поликлинических отделений медицинских организаций, оказывающих первичную медико-санитарную помощь:

- неполное кассовое исполнение по Федеральному проекту (93,59 %) создает риск недостижения его показателей в установленные сроки;
- принятыми нормативными правовыми актами Правительства Российской Федерации определены условия и порядок предоставления субсидий бюджетам субъектов Российской Федерации в целях осуществления мероприятий, направленных на развитие материально-технической базы детских поликлиник и детских поликлинических отделений медицинских организаций, однако Минздравом России при разработке ВЦП и Федерального проекта не учтено реальное положение дел в субъектах Российской Федерации в части используемых зданий, в которых расположены детские поликлиники и детские поликлинические отделения медицинских организаций, что может свидетельствовать о наличии риска срыва сроков либо неисполнения указанных мероприятий.

7.3. Оценка и проверка доступности услуг в сфере детского здравоохранения, в том числе в удаленных районах и в сельской местности, включая анализ результатов деятельности государственной системы здравоохранения проверяемых субъектов Российской Федерации

7.3.1. Целевые показатели ВЦП и Федерального проекта представлены в следующей таблице.

Федеральный проект «Развитие детского здравоохранения, включая создание современной инфраструктуры оказания медицинской помощи детям»		Ведомственная целевая программа «Развитие материально-технической базы детских поликлиник и детских поликлинических отделений медицинских организаций»	
Цель	Целевой показатель (2019 год)	Цель	Целевой показатель (2018 год)
Снижение младенческой смертности (до 4,5 случая на 1 тыс. родившихся детей) к 2024 году	«Снижение младенческой смертности (до 4,5 случая на 1 тыс. родившихся детей), промилле (0,1 процента);»	Повышение доступности и качества первичной медико-санитарной помощи детям в субъектах Российской Федерации (в части увеличения)	«Доля детских поликлиник и детских поликлинических отделений медицинских организаций субъектов Российской Федерации, дооснащенных медицинскими изделиями с целью приведения их в соответствие с требованиями приказа Минздрава России от 07.03.2018 № 92н (процент);»
	«Доля преждевременных родов (22-37 недель) в перинатальных центрах, процент»;		«Доля детских поликлиник и детских поликлинических отделений медицинских организаций, подведомственных ФМБА России, дооснащенных медицинскими изделиями, с целью приведения их в соответствие с требованиями приказа Минздрава России от 07.03.2018 № 92н (процент);»
	«Смертность детей в возрасте 0-4 года на 1 тыс. родившихся живыми, промилле (0,1 процента);»		«Доля посещений с профилактической и иными целями детьми в возрасте 0-17 лет (процент);»
	«Смертность детей в возрасте 0-17 лет на 100 тыс. детей соответствующего возраста, число случаев на 100 тыс. детей соответствующего возраста;»		«Доля детей в возрасте 0-17 лет от общей численности детского населения, пролеченных в дневных стационарах медицинских организаций, оказывающих медицинскую помощь в амбулаторных условиях (процент);»
	«Доля посещений детьми медицинских организаций с профилактическими целями, процент»;»		«Доля детских поликлиник и детских поликлинических отделений медицинских организаций субъектов Российской Федерации, реализовавших организационно-планировочные решения внутренних пространств, обеспечивающих комфортность пребывания детей, в соответствии с требованиями приказа Минздрава России от 07.03.2018 № 92н (процент);»
	«Доля взятых под диспансерное наблюдение детей в возрасте 0-17 лет с впервые в жизни установленными диагнозами болезней костно-мышечной системы и соединительной ткани, процент»;»		«Доля детских поликлиник и детских поликлинических отделений медицинских организаций, подведомственных ФМБА России, реализовавших организационно-планировочные решения внутренних пространств, обеспечивающих комфортность пребывания детей, в соответствии с требованиями приказа Минздрава России от 07.03.2018 № 92н (процент);»
	«Доля взятых под диспансерное наблюдение детей в возрасте 0-17 лет с впервые в жизни установленными диагнозами болезней глаза и его придаточного аппарата, процент»;»		
	«Доля взятых под диспансерное наблюдение детей в возрасте 0-17 лет с впервые в жизни установленными диагнозами болезней органов пищеварения, процент»;»		
«Доля взятых под диспансерное наблюдение детей в возрасте 0-17 лет с впервые в жизни установленными диагнозами болезней системы кровообращения, процент»;»			
«Доля взятых под диспансерное наблюдение детей в возрасте 0-17 лет с впервые в жизни установленными диагнозами болезней эндокринной системы, расстройств питания и нарушения обмена веществ, процент»;»			

Федеральным проектом и ВЦП предусмотрены различные целевые показатели, при этом достижение цели ВЦП (повышение доступности и качества первичной медико-санитарной помощи детям в субъектах Российской Федерации) и ее целевых

показателей должно было оказать положительное влияние на достижение цели Федерального проекта (снижение младенческой смертности).

Ранее предусмотренные в ВЦП показатели в настоящий момент отражены в Федеральном проекте в качестве его результатов.

Все мероприятия ВЦП (за исключением мероприятия 4 «Осуществление на регулярной основе мониторинга достижения целей и решения задач ВЦП») дублируются в результатах Федерального проекта, что отражено в следующей таблице.

Наименование мероприятий ВЦП	Наименование результатов Федерального проекта
<p>Мероприятие 1.</p> <p>Разработка и утверждение субъектами Российской Федерации государственных программ субъектов Российской Федерации, содержащих мероприятия по развитию материально-технической базы детских поликлиник и детских поликлинических отделений медицинских организаций и ФМБА России – плана мероприятий по развитию материально-технической базы подведомственных детских поликлиник и детских поликлинических отделений медицинских организаций (далее – план мероприятий ФМБА России)</p>	<p>В субъектах Российской Федерации будут разработаны и утверждены региональные программы «Развитие детского здравоохранения, включая создание современной инфраструктуры оказания медицинской помощи детям»</p>
<p>Мероприятие 2.</p> <p>Заключение Минздравом России с субъектами Российской Федерации соглашений о предоставлении субсидий на софинансирование региональных программ в части приобретения медицинских изделий для медицинских организаций, подведомственных органам исполнительной власти субъекта Российской Федерации, и (или) муниципальных медицинских организаций, расположенных на территории субъекта Российской Федерации (далее – соглашение)</p>	<p>В целях достижения результатов федерального проекта «Развитие детского здравоохранения, включая создание современной инфраструктуры оказания медицинской помощи детям» по субъектам Российской Федерации до 15.02.2019 и до 15.02.2020 будут заключены соглашения о предоставлении субсидий бюджетам субъектов на софинансирование расходных обязательств субъектов Российской Федерации в рамках реализации государственных программ субъектов Российской Федерации, содержащих мероприятия по развитию материально-технической базы детских поликлиник и детских поликлинических отделений медицинских организаций</p>
<p>Мероприятие 3.</p> <p>Развитие материально-технической базы детских поликлиник и детских поликлинических отделений медицинских организаций, подведомственных органам исполнительной власти субъекта Российской Федерации, и (или) муниципальных медицинских организаций, расположенных на территории субъекта Российской Федерации, а также подведомственных ФМБА России детских поликлиник и детских поликлинических отделений медицинских организаций в соответствии с Положением об организации оказания первичной медико-санитарной помощи детям, утвержденным приказом Минздрава России от 7 марта 2018 г. № 92н</p>	<p>Детские поликлиники / детские поликлинические отделения медицинских организаций субъектов Российской Федерации будут дооснащены медицинскими изделиями и реализуют организационно-планировочные решения внутренних пространств, обеспечивающих комфортность пребывания детей в соответствии с приказом Минздрава России от 7 марта 2018 г. № 92н «Об утверждении Положения об организации оказания первичной медико-санитарной помощи детям»</p>

7.3.2. Анализ обоснованности и достижения запланированных целевых показателей в части реализации мероприятий региональных программ показал, что в ряде случаев имеет место превышение установленных плановых показателей субъектами Российской Федерации при неполном кассовом освоении, что свидетельствует о низком качестве планирования и управления программами.

По итогам 2018 года субъектами Российской Федерации достигнуты следующие результаты по исполнению / неисполнению целевых показателей:

- доля детских поликлиник и детских поликлинических отделений медицинских организаций субъектов Российской Федерации, дооснащенных медицинскими изделиями с целью приведения их в соответствие с требованиями приказа Минздрава России № 92н: 85 субъектов Российской Федерации выполнили плановый показатель (5 %), из них 24 субъекта Российской Федерации превысили плановый показатель;
- доля детских поликлиник и детских поликлинических отделений медицинских организаций субъектов Российской Федерации, реализовавших организационно-планировочные решения внутренних пространств, обеспечивающих комфортность пребывания детей, в соответствии с требованиями приказа Минздрава России № 92н: 82 субъекта Российской Федерации выполнили плановый показатель (5 %), из них 23 субъекта Российской Федерации превысили плановый показатель, 3 субъекта Российской Федерации не достигли планового показателя (Алтайский край, Псковская область, г. Севастополь);
- доля посещений с профилактической и иными целями детьми в возрасте 0–17 лет: 80 субъектов Российской Федерации выполнили плановый показатель (48 %), из них 45 субъектов Российской Федерации превысили плановый показатель, 5 субъектов Российской Федерации не достигли планового показателя (Владимирская и Ульяновская области, Ставропольский край, республики Адыгея и Крым);
- доля детей в возрасте 0–17 лет от общей численности детского населения, пролеченных в дневных стационарах медицинских организаций, оказывающих медицинскую помощь в амбулаторных условиях: 74 субъекта Российской Федерации выполнили плановый показатель (1,75 %), из них 35 субъектов Российской Федерации превысили плановый показатель, 11 субъектов Российской Федерации не достигли планового показателя (Алтайский край, Республика Адыгея, Ханты-Мансийский автономный округ, Архангельская, Брянская, Владимирская, Орловская, Пензенская, Смоленская, Тульская и Ульяновская области);
- показатель детской смертности в возрасте 0–4 года в целом по Российской Федерации оказался ниже планового значения (7,0 случая на 1 тыс. новорожденных, родившихся живыми) и составил 6,3 случая на 1 тыс. новорожденных, родившихся живыми; 70 субъектов Российской Федерации выполнили плановый показатель, из них в 68 субъектах Российской Федерации показатель детской смертности ниже запланированного, в 15 субъектах Российской Федерации показатель детской

смертности выше запланированного (Астраханская, Ивановская, Иркутская, Курганская, Новосибирская, Омская, Рязанская, Смоленская и Тверская области, Забайкальский край, республики Калмыкия, Марий Эл, Чувашская, Кабардино-Балкарская и Карачаево-Черкесская);

- показатель младенческой смертности в целом по Российской Федерации оказался ниже планового значения (5,6 случая на 1 тыс. новорожденных, родившихся живыми) и составил 5,1 случая; 58 субъектов Российской Федерации выполнили плановый показатель, из них в 50 субъектах Российской Федерации показатель младенческой смертности ниже запланированного, в 28 субъектах Российской Федерации показатель младенческой смертности выше запланированного (Алтайский, Забайкальский, Камчатский края; Астраханская, Волгоградская, Иркутская, Калужская, Курганская, Липецкая, Мурманская, Нижегородская, Новгородская, Омская, Рязанская, Самарская, Смоленская, Тамбовская, Тверская, Томская, Ульяновская области; Еврейская автономная область; республики Бурятия, Марий Эл, Тыва, Карачаево-Черкесская, Чувашская; Чукотский автономный округ; г. Москва).

Согласно информации Минздрава России (письмо от 23 сентября 2019 г. № 15-2\И/1-3602) по итогам реализации Плана мероприятий ФМБА России по развитию материально-технической базы подведомственных медицинских организаций, имеющих в составе детские поликлиники и поликлинические отделения, утвержденного приказом ФМБА России от 29 июня 2018 г. № 130, за 2018 год ФМБА России достигнуты следующие показатели в части повышения доступности и качества первичной медико-санитарной помощи детям:

- доля детских поликлиник и детских поликлинических отделений медицинских организаций, подведомственных ФМБА России, дооснащенных медицинскими изделиями, с целью приведения их в соответствие с требованиями приказа Минздрава России № 92н, превысила установленный показатель на 1,0 % и составила 6,0 %;
- доля посещений с профилактической и иными целями детьми в возрасте 0–17 лет за отчетный период составила 51,9 % (установленный показатель – 48,0 %);
- доля детских поликлиник и детских поликлинических отделений медицинских организаций, подведомственных ФМБА России, реализовавших организационно-планировочные решения внутренних пространств, обеспечивающих комфортность пребывания детей, в соответствии с требованиями приказа Минздрава России от 7 марта 2018 г. № 92н, превысила на 1 % установленный показатель и составила 6 %.

При этом такой показатель, как «Доля детей в возрасте 0–17 лет от общей численности детского населения, пролеченных в дневных стационарах медицинских организаций, оказывающих медицинскую помощь в амбулаторных условиях», составил только 1,4 %, что ниже установленного (1,7 %).

Перечни медицинских изделий для приобретения (дооснащения) детских поликлиник и детских поликлинических отделений медицинских организаций в рамках

реализации ВЦП и Федерального проекта, утвержденные приказами Минздрава России от 22 мая 2018 г. № 260¹⁸ и от 22 августа 2019 г. № 665н¹⁹, значительно сокращены по сравнению с перечнем медицинских изделий, указанных в стандартах оснащения, утвержденных приказом Минздрава России № 92н. При этом в указанных нормативных актах (в том числе и в стандартах оснащения) для первой группы²⁰ медицинских организаций (поликлиники, поликлинические отделения при центральных районных больницах и районных больницах, оказывающие первичную медико-санитарную помощь детям) не предусмотрены медицинские изделия, без которых зачастую невозможно оказать детям первичную медико-санитарную помощь. Так, например, набор инструментов для удаления инородных тел из ЛОР-органов, комплект инструментов для осмотра ЛОР-органов предусмотрены только для медицинских организаций второй²¹ и третьей²² группы. Указанная ситуация свидетельствует об ограничении доступности получения детьми первичной медико-санитарной помощи.

7.3.3. В рамках экспертно-аналитического мероприятия на основании данных субъектов Российской Федерации и статистических данных проведен анализ технического состояния зданий, который показал, что большинство зданий лечебных учреждений по-прежнему находятся в неудовлетворительном санитарном и техническом состоянии, что приводит к естественному их разрушению.

По данным формы статистического наблюдения № 30 «Сведения о медицинской организации»²³ (далее – форма № 30), по состоянию на 31 декабря 2018 года количество зданий в системе здравоохранения составляло 116 865, из них 43 % находится в арендованных или приспособленных помещениях (39 487 – в приспособленных помещениях, 10 578 – в арендованных помещениях). При этом

-
18. Приказ Минздрава России от 22 мая 2018 г. № 260 «Об утверждении ведомственной целевой программы «Развитие материально-технической базы детских поликлиник и детских поликлинических отделений медицинских организаций».
 19. Приказ Минздрава России от 22 августа 2019 г. № 665н «Об утверждении перечня медицинских изделий для дооснащения (обеспечения) детских поликлиник и детских поликлинических отделений медицинских организаций, подведомственных органам исполнительной власти субъекта Российской Федерации, и (или) медицинских организаций муниципальной системы здравоохранения, расположенных на территории субъекта Российской Федерации».
 20. Первая группа медицинских организаций (поликлиники, поликлинические отделения при центральных районных больницах и районных больницах, оказывающие первичную медико-санитарную помощь детям).
 21. Вторая группа медицинских организаций (самостоятельные детские поликлиники, поликлинические отделения в составе городских поликлиник, в том числе детских больниц, и центральных районных больниц, исполняющих функции межрайонных центров).
 22. Третья группа медицинских организаций (консультативно-диагностические центры для детей и поликлиники (отделения) в структуре республиканских, краевых, областных, окружных, городских больниц, в том числе детские поликлиники, оказывающие первичную специализированную медико-санитарную помощь детям).
 23. Приказ Росстата от 03.08.2018 № 483 (ред. от 01.10.2018) «Об утверждении статистического инструментария для организации Министерством здравоохранения Российской Федерации федерального статистического наблюдения в сфере охраны здоровья».

14 % зданий находится в аварийном состоянии, требуется реконструкция либо капитальный ремонт.

Из 116 865 зданий, в которых оказывается медицинская помощь (в амбулаторных и стационарных условиях, офисах врачей общей практики, фельдшерско-акушерских пунктах, фельдшерских пунктах, патологоанатомических отделениях и прочих), в 35 618 зданиях (30,5 %) отсутствует водопровод, в 60 899 (52,1 %) – горячее водоснабжение, в 48 033 (41,1 %) – центральное отопление, в 41 220 (35 %) – канализация (причем в 819 зданиях канализация не работает), в 37 934 (32,5 %) – телефонная связь.

Не обеспечивается доступность зданий для инвалидов. Так, из 36 290 зданий (подразделений), оказывающих медицинскую помощь в амбулаторных и стационарных условиях, 16 955 зданий (47 %) не оснащены пандусами для доступа инвалидов и других маломобильных групп населения, в 25 161 зданиях (почти 70 %) отсутствуют кнопки звонка вызова медицинского персонала для сопровождения пациента и т. д.

Для решения задач Федерального проекта в первую очередь необходимо провести реальную оценку технического и санитарного состояния зданий, в которых расположены медицинские учреждения, в том числе детские, оценить их износ, соответствие санитарным нормам, оценить состояние материально-технической базы учреждений и возможность учреждений реализовать организационно-планировочные решения внутренних пространств, обеспечивающих комфортность пребывания в медицинском учреждении. В противном случае создается риск невыполнения поставленных целей.

Проведена оценка достижения эффективности и доступности медицинской помощи для населения с учетом положений статьи 10 Федерального закона № 323-ФЗ, определяющих критерии обеспечения доступности и качества медицинской помощи. Анализировались как обеспеченность медицинскими работниками, так и уровень их квалификации.

Численность всех врачей в Российской Федерации по состоянию на 31 декабря 2018 года (по данным формы № 30) составляла 548,8 тыс. человек, уровень обеспеченности врачами – 37,4 на 10 тыс. населения. Сопоставление указанного уровня обеспеченности врачами в Российской Федерации (по данным Росстата) с уровнем обеспеченности врачами ряда развитых стран, по данным Всемирной организации здравоохранения (2016 год), приведено в следующей таблице.

Обеспеченность врачами в странах мира по данным Всемирной организации здравоохранения (World health statistics, 2016 г.)	
Страна	Показатель обеспеченности врачами на 10 тыс. населения
Австрия	51,44
Германия	42,08

Обеспеченность врачами в странах мира по данным Всемирной организации здравоохранения (World health statistics, 2016 г.)	
Страна	Показатель обеспеченности врачами на 10 тыс. населения
Греция	45,92
Дания	44,56
Испания	40,69
Италия	40,32
Норвегия	44,94
Швейцария	42,36
Швеция	53,99
Российская Федерация (2018 г.)	47,9

Анализ представленных данных свидетельствует о том, что обеспеченность врачами в Российской Федерации за 2018 год находится на уровне значений показателей, достигнутых рядом развитых стран по итогам 2016 года.

При этом обеспеченность населения врачами по субъектам Российской Федерации значительно различается. Наименьшая обеспеченность в 2018 году была отмечена в Курганской области (24,2 на 10 тыс. населения), Чеченской Республике (26,8), Псковской области (27,1), Владимирской области (27,7), Еврейской автономной области (27,8), Тульской области (28,9); наибольшая – в Республике Северная Осетия – Алания (54,2 на 10 тыс. населения), Магаданской области (55,2), городе Санкт-Петербурге (58,2), Чукотском автономном округе (65,5).

При планировании численности врачей в Российской Федерации (в сравнении с другими странами мира) необходимо учитывать значительную протяженность страны, ее относительно низкую плотность населения и высокий уровень заболеваемости населения, который формирует высокую потребность населения в медицинской помощи, в первую очередь врачебной.

По данным федерального статистического наблюдения (форма № ЗП-здрав «Сведения о численности и оплате труда работников сферы здравоохранения по категориям персонала»²⁴), численность всех категорий работников сферы здравоохранения по итогам 2018 года по сравнению с показателями 2017 года снизилась.

24. Приказ Росстата от 20.12.2017 № 846 «Об утверждении форм федерального статистического наблюдения в сфере оплаты труда отдельных категорий работников социальной сферы и науки, в отношении которых предусмотрены мероприятия по повышению средней заработной платы в соответствии с Указом Президента Российской Федерации от 7 мая 2012 г. № 597 «О мероприятиях по реализации государственной социальной политики».

Показатель (индикатор)	Январь-декабрь 2017 г.	Январь-декабрь 2018 г.	Разница
Численность врачей и работников медицинских организаций, имеющих высшее медицинское (фармацевтическое) или иное высшее образование, предоставляющих медицинские услуги, чел.	566 016	560 172	-5 844
Численность среднего медицинского (фармацевтического) персонала (персонала, обеспечивающего условия для предоставления медицинских услуг), чел.	1 353 193	1 320 541	-32 652
Численность младшего медицинского персонала (персонала, обеспечивающего условия для предоставления медицинских услуг), чел.	423 940	286 904	-137 035

Анализ данных показал снижение в 2018 году (по сравнению с 2017 годом) численности врачей на 1,03 %, среднего медицинского персонала – на 2,4 %. Особенно резко сократилось число младшего медицинского персонала – на 32,3 %.

Актуальным является вопрос недостаточной укомплектованности педиатрической службы и врачей узкой специализации, оказывающих медицинскую помощь детям. Сведения в соответствии с данными формы № 30 за 2018 год отражены в следующей таблице.

Специальность	Число штатных должностей в целом по организации, ед.	Число занятых должностей в целом по организации, ед.	Доля от штатных единиц, %	Число основных работников на занятых должностях, чел.	Доля от штатных единиц, %
Педиатр	72 404,8	62 808,5	86,7	48 904	67,5
Уролог-андролог детский	1 008,3	757,8	75,0	371	36,8
Хирург детский	5 672,8	5 048,8	89,0	3 265	57,6
Эндокринолог детский	1 651,0	1 382,3	83,7	1 031	62,4
Кардиолог детский	1 685,0	1 366,5	81,0	1 094	64,9
Неонатолог	9 214,0	8 289,5	89,9	5 898	64,0

В 2018 году детьми 0–17 лет было осуществлено 191 349 617 посещений врача-педиатра, из которых по поводу заболеваний – 95 116 292 посещения. Таким образом, на одного педиатра приходится расчетно 3 912 посещений в год. Помимо этого, врачами-педиатрами проведено 29 863 891 посещение детей указанной возрастной группы на дому.

Увеличилось количество посещений детьми врачей кардиологов детских с 3 051 566 в 2017 году до 3 184 468 в 2018 году. Таким образом, на одного детского кардиолога приходится расчетно 2 910,9 посещений в год.

Аналогичная ситуация с детскими эндокринологами. В 2018 году количество посещений детьми врача эндокринолога детского составило 4 665 685 (в 2017 году –

4 618 590). На одного детского эндокринолога приходится расчетно 4 525,4 посещения в год.

Несмотря на высокий уровень совместительства медицинских работников, в первую очередь врачей, на конец 2018 года сохраняется тенденция сокращения медицинских кадров.

Категории работников	Укомплектованность, %	Коэффициент совместительства, ед.
Врачи	85,2	1,4
Средние медицинские работники	89,4	1,3
Младшие медицинские работники	86,4	1,3

Таким образом, сокращение численности медицинских работников Минздравом России и органами исполнительной власти субъектов Российской Федерации без учета потребности в медицинских работниках определенных специальностей создает риск недостижения цели и целевых показателей Федерального проекта.

Помимо достаточного уровня обеспеченности медицинскими кадрами, важно обеспечить медицинские организации высококвалифицированными специалистами, а для этого необходимо непрерывное образование медицинских работников. Данные о квалификации врачей, оказывающих медицинскую помощь детям, приведены в следующей таблице.

Специальность	Численность врачей, чел.											
	всего		из них имеют квалификационную категорию						из них			
	2017 г.	2018 г.	высшую		первую		вторую		имеют сертификат специалиста		соотношение, %	
			2017 г.	2018 г.	2017 г.	2018 г.	2017 г.	2018 г.	2017 г.	2018 г.	2017 г.	2018 г.
Педиатр	48 264	48 904	12 423	12 087	5 984	5 316	1 443	1 169	47 824	45 447	99,1	92,9
Уролог-андролог детский	378	371	129	125	27	32	26	17	378	370	100,0	99,7
Хирург детский	3 294	3 265	1 094	1 102	370	357	209	170	3 283	3 255	99,7	99,7
Эндокринолог детский	992	1 031	312	308	103	92	34	30	985	1 023	99,3	99,2
Кардиолог детский	1 070	1 094	319	321	120	116	57	50	1 064	1 088	99,4	99,5
Неонатолог	6 000	5 898	2 296	2 284	642	601	459	409	5 952	5 858	99,2	99,3
Онколог детский	300	327	99	101	27	24	12	13	299	325	99,7	99,4
Всего врачей	548 414	548 818	159 812	157 055	64 433	60 698	26 527	23 914	543 077	533 012	99,0	97,1

Анализ представленных данных показал, что не все врачи имеют сертификат специалиста. По итогам 2018 года 7,1 % педиатров не имеют необходимой квалификации (сертификата специалиста). Однако в соответствии со статьей 100 Федерального закона № 323-ФЗ до 1 января 2026 года право на осуществление медицинской деятельности в Российской Федерации имеют лица, получившие высшее или среднее медицинское образование в Российской Федерации в соответствии с федеральными государственными образовательными стандартами и имеющие сертификат специалиста.

Таким образом, помимо дефицита врачей, актуальной проблемой также является отсутствие необходимой квалификации медицинских работников – это еще один фактор, создающий риск недостижения показателей Федерального проекта.

7.3.4. В 2018 году, по данным формы № 30, в Российской Федерации насчитывалось 2 698 детских поликлиник, что на 187 меньше, чем в 2017 году (2 716). Мощность (плановое число посещений в смену) детских поликлиник в амбулаторных условиях составила в 2018 году 517 990 посещений в смену, что на 5 667 больше, чем в 2017 году (512 323 посещений в смену).

Численность обслуживаемого прикрепленного населения за 2017–2018 годы изменилась незначительно.

Возраст	Численность прикрепленных, чел.	
	2017 г.	2018 г.
Детей 0–17 лет включительно	29 584 434	30 095 549
из них детей до 1 года	1 889 505	1 678 433
из них до 1 месяца	133 245	125 701
Детей 0–4 года	8 569 572	9 199 492
Детей 5–9 лет	8 569 572	8 876 956
Детей 10–14 лет	7 431 320	7 644 064
Всего	146 767 008	146 806 385

Таким образом, численность обслуживаемого прикрепленного населения на 1 января 2019 года составила 146 806 385 человек, из них 30 095 549, или 20,5 % детей, в возрасте 0–17 лет. В 2017 году доля прикрепленных детей аналогичного возраста составляла 20,2 %.

Критериями доступности и качества медицинской помощи, согласно программам государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи

являются в том числе доля охвата профилактическими медицинскими осмотрами детей, материнская смертность (на 100 тыс. человек, родившихся живыми), младенческая смертность (на 1 тыс. человек, родившихся живыми).

В 2018 году в целом по Российской Федерации профилактические мероприятия прошли 50 609 790 человек, что на 3,4 % больше, чем в 2017 году, из них 22 409 993, или 44,3 %, детского населения. Установленные планы по профилактическим мероприятиям выполнены на 78,8 %, в том числе взрослого населения – на 75,7 %, детского населения – на 83,1 %.

По данным мониторинга Федерального фонда обязательного медицинского страхования, диспансеризации из пребывающих в стационарных учреждениях детей-сирот и детей, находящихся в трудной жизненной ситуации, подлежало 190 192 человека, прошли диспансеризацию 190 887 человек, что составляет 100,4 % от годового плана.

Диспансеризации из детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей, в том числе усыновленных (удочеренных), принятых под опеку (попечительство) в приемную или патронатную семью, подлежало 329 564 человека, прошли диспансеризацию 307 480 человек, что составляет 93,3 % от годового плана.

Профилактическим осмотрам несовершеннолетних подлежало 26 449 737 человек, прошли профилактические осмотры 21 911 626 человек, что составляет 82,8 % от годового плана.

По данным на 1 января 2019 года численность женского населения в Российской Федерации составила 78,7 млн человек (54 % от общей численности населения Российской Федерации). На фоне наметившейся тенденции снижения численности женского населения репродуктивного возраста (на 1 января 2018 года – 34,9 млн, на 1 января 2017 года – 35,1 млн; на 1 января 2016 года – 35,4 млн; на 1 января 2015 года – 35,7 млн) отмечается ухудшение показателей здоровья женщин.

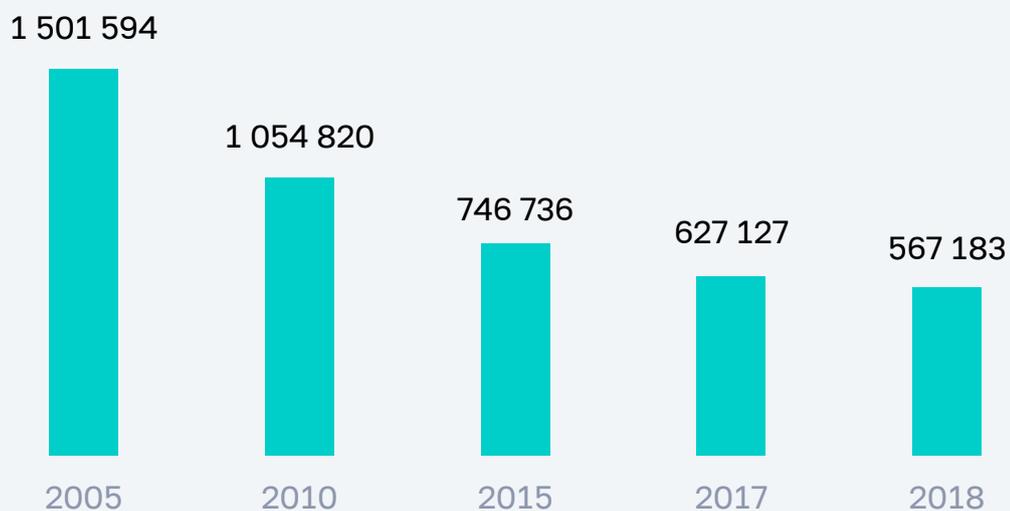
Сохраняется рост заболеваемости беременных женщин болезнями эндокринной системы, сахарным диабетом, анемией (данные по годам представлены в таблице).

в % к числу закончивших беременность

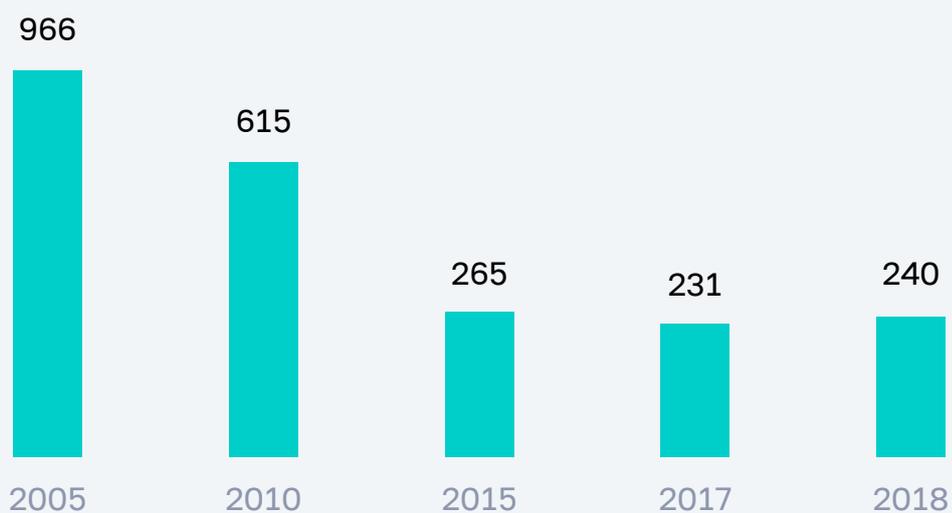
Заболевания	2017 г.	2018 г.
Сахарный диабет	4,45	5,84
Анемия	34	35,6
Болезни эндокринной системы	7,75	8,42

В Российской Федерации сохраняется стойкая тенденция к снижению числа аборт. Так, за 2015–2018 годы общее число абортов в стране снизилось на 24 %, при этом

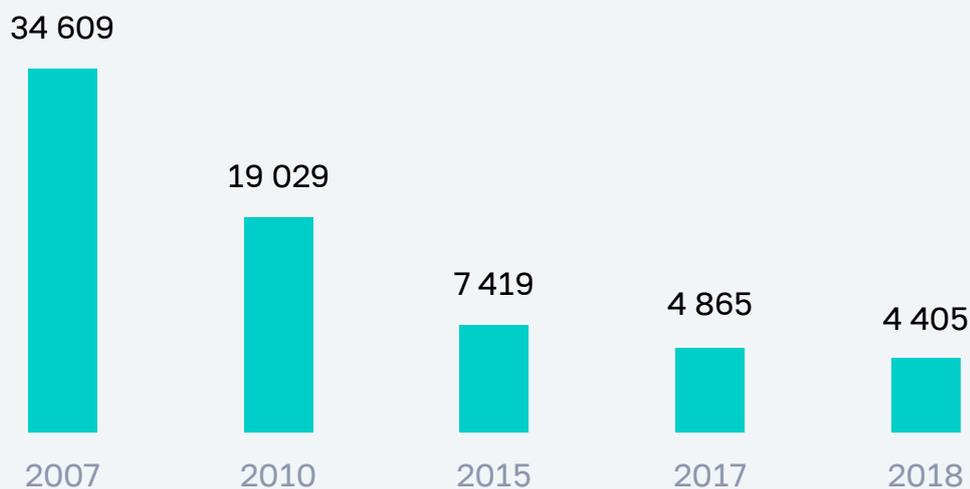
Общее число аборт



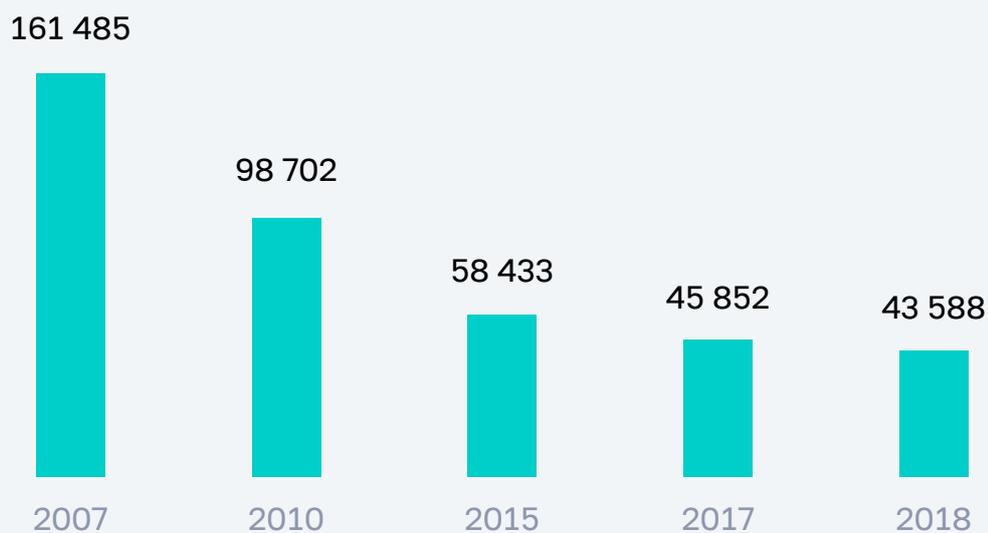
Число аборт у девочек до 14 лет



Число аборт в возрастной группе 15–17 лет



Число аборт у первобеременных женщин



число аборт у девочек в возрасте до 14 лет сократилось на 9,4 %, в возрастной группе 15–17 лет – на 40,6 %, число аборт у первобеременных женщин – на 25,4 %.

Улучшается качество диспансерного наблюдения беременных женщин:

- в 2018 году доля женщин, поступивших под наблюдение в женские консультации до 12 недель, составила 87,6 % (в 2017 году – 87,5 %; в 2016 году – 86,8 %; в 2015 году – 86,2 %);
- доля женщин, не состоявших под наблюдением в женских консультациях, в 2018 году составила 1,50 % (в 2017 и 2016 годах – 1,53 %; в 2015 году – 1,58 %);
- удельный вес беременных, осмотренных терапевтом до 12 недель беременности, возрос до 87,3 % (в 2017 году – 87,1 %; в 2016 году – 86,1 %; в 2015 году – 85,4 %).

В 2018 году уменьшилась частота нарушений родовой деятельности до 78,8 случая на 1 тыс. родов (в 2017 году этот показатель составлял 81,6; в 2016 году – 83,3; в 2015 году – 88,4).

Показатель доли нормальных родов в 2018 году ухудшился и составил 37,3 % (в 2017 году – 37,6 %; в 2016 году – 38,4 %; в 2015 году – 38,4 %).

По данным Росстата, в 2018 году показатель материнской смертности в Российской Федерации составил 9,1 на 100 тыс. родившихся живыми (в 2017 году – 8,8; в 2016 году – 10,0). Всего в 2018 году зарегистрировано 146 случаев материнской смерти (в 2017 году – 149; в 2016 году – 188).

Состояние здоровья детей

Заболеваемость детей в возрасте от 0 до 14 лет

Структура общей заболеваемости детей в возрасте от 0 до 14 лет приведена в таблице. Как и в предыдущие годы, первые ранговые места занимают болезни органов дыхания, органов пищеварения, болезни глаза и его придаточного аппарата, травмы, отравления и некоторые другие последствия воздействия внешних причин, болезни кожи и подкожной клетчатки и болезни нервной системы.

Наименование показателя	2017 г.	2018 г.	Динамика 2018 г. к 2017 г., %
Некоторые инфекционные и паразитарные болезни	8 039,3	7 853,2	97,7
Новообразования	1 009,8	1 013,1	100,3

Наименование показателя	2017 г.	2018 г.	Динамика 2018 г. к 2017 г., %
Болезни крови, кроветворных органов и отдельные нарушения, вовлекающие иммунный механизм	2 612,0	2 478,1	94,9
гемофилия	11,3	11,7	103,4
Болезни эндокринной системы, расстройства питания и нарушения обмена веществ	4 143,5	4 206,6	101,5
муковисцидоз	9,6	9,8	101,7
гипопитуитаризм	11,2	11,3	101,2
болезнь Гоше	0,5	0,7	143,5
Психические расстройства и расстройства поведения	2 793,1	2 717,8	97,3
Болезни нервной системы	9 000,5	9 107,5	101,2
Болезни глаза и его придаточного аппарата	12 027,2	12 271,5	102,0
Болезни уха и сосцевидного отростка	5 555,4	5 486,0	98,8
Болезни системы кровообращения	1 987,5	1 920,4	96,6
острая ревматическая лихорадка	0,9	1,0	105,5
хронические ревматические болезни сердца	8,9	8,2	92,1
болезни, характеризующиеся повышенным кровяным давлением	54,9	50,1	91,3
Болезни органов дыхания	123 386,1	123 042,1	99,7
Болезни органов пищеварения	12 396,4	12 321,9	99,4
Болезни кожи и подкожной клетчатки	9 195,2	8 883,3	96,6
Болезни костно-мышечной системы и соединительной ткани	7 659,4	7 914,7	103,3
Болезни мочеполовой системы	5 171,5	5 093,3	98,5
Беременность, роды и послеродовой период	7,6	6,3	82,9
Отдельные состояния в перинатальном периоде	1 847,1	1 688,9	91,4

Наименование показателя	2017 г.	2018 г.	Динамика 2018 г. к 2017 г., %
Врожденные аномалии (пороки развития), деформации и хромосомные нарушения	3 604,6	3 615,1	100,3
Симптомы, признаки и отклонения, выявленные при клинических и лабораторных исследованиях	290,4	229,8	79,1
Травмы, отравления и некоторые другие последствия воздействия внешних причин	10 384,7	10 644,0	102,5
Всего	221 104,6	220 488,2	99,7

Структура заболеваемости с диагнозом, установленным впервые в жизни, у детей в возрасте от 0 до 14 лет на 100 тыс. населения представлена в таблице.

Наименование показателя	2017 г.	2018 г.	Динамика 2018 г. к 2017 г., %
Некоторые инфекционные и паразитарные болезни	7 019,6	6 947,3	99,0
Новообразования	476,2	469,6	98,6
Болезни крови, кроветворных органов и отдельные нарушения, вовлекающие иммунный механизм	1 237,1	1 185,8	95,9
гемофилия	1,5	1,5	105,5
Болезни эндокринной системы, расстройства питания и нарушения обмена веществ	1 509,9	1 531,7	101,4
муковисцидоз	1,1	1,0	90,5
гипопитуитаризм	2,1	2,1	102,4
болезнь Гоше	0,1	0,1	85,7
Психические расстройства и расстройства поведения	530,4	521,0	98,2
Болезни нервной системы	3 553,3	3 512,7	98,9
Болезни глаза и его придаточного аппарата	5 731,3	5 713,3	99,7
Болезни уха и сосцевидного отростка	4 756,7	4 688,9	98,6
Болезни системы кровообращения	675,1	652,9	96,7

Наименование показателя	2017 г.	2018 г.	Динамика 2018 г. к 2017 г., %
острая ревматическая лихорадка	0,9	1,0	105,5
хронические ревматические болезни сердца	1,6	1,2	80,0
болезни, характеризующиеся повышенным кровяным давлением	14,7	14,1	95,9
Болезни органов дыхания	117 449,9	117 384,6	99,9
Болезни органов пищеварения	6 554,0	6 471,2	98,7
Болезни кожи и подкожной клетчатки	6 969,4	6 691,2	96,0
Болезни костно-мышечной системы и соединительной ткани	3 174,6	3 201,0	100,8
Болезни мочеполовой системы	2 637,0	2 584,9	98,0
Беременность, роды и послеродовой период	6,9	5,4	78,3
Отдельные состояния в перинатальном периоде	1 847,1	1 688,9	91,4
Врожденные аномалии (пороки развития), деформации и хромосомные нарушения	1 049,9	1 043,2	99,4
Симптомы, признаки и отклонения, выявленные при клинических и лабораторных исследованиях	260,2	183,3	70,4
Травмы, отравления и некоторые другие последствия воздействия внешних причин	10 384,7	10 644,0	102,5
Всего	175 817,4	175 116,4	99,6

Заболеваемость детей в возрасте от 15 до 17 лет включительно

Структура общей заболеваемости детей в возрасте от 15 до 17 лет приведена в таблице.

По сравнению с 2017 годом отмечается снижение показателя общей заболеваемости на 9,9 %.

Наименование показателя	2017 г.	2018 г.	Динамика 2018 г. к 2017 г., %
Некоторые инфекционные и паразитарные болезни	4 277,10	4 277,00	100,0
Новообразования	1 102,20	1 158,00	105,1

Наименование показателя	2017 г.	2018 г.	Динамика 2018 г. к 2017 г., %
Болезни крови, кроветворных органов и отдельные нарушения, вовлекающие иммунный механизм	1 938,20	1 905,10	98,3
гемофилия	19,8	19,8	100,0
Болезни эндокринной системы, расстройства питания и нарушения обмена веществ	10 170,80	10 224,70	100,5
муковисцидоз	7,3	7,7	105,5
гипопитуитаризм	34,7	33,1	95,4
болезнь Гоше	0,7	0,5	71,4
Психические расстройства и расстройства поведения	5 722,40	5 551,90	97,0
Болезни нервной системы	12 512,30	12 387,40	99,0
Болезни глаза и его придаточного аппарата	22 044,40	22 237,10	100,9
Болезни уха и сосцевидного отростка	4 926,30	4 870,70	98,9
Болезни системы кровообращения	5 448,80	5 234,20	96,1
острая ревматическая лихорадка	4,1	3,1	75,6
хронические ревматические болезни сердца	28,9	25,3	87,5
болезни, характеризующиеся повышенным кровяным давлением	589,1	562,7	95,5
Болезни органов дыхания	78 981,30	7 873,80	10,0
Болезни органов пищеварения	17 725,30	16 756,80	94,5
Болезни кожи и подкожной клетчатки	10 555,70	10 743,20	101,8
Болезни костно-мышечной системы и соединительной ткани	17 250,40	17 289,20	100,2
Болезни мочеполовой системы	10 968,40	10 743,20	97,9
Беременность, роды и послеродовой период	803,3	679,4	84,6
Врожденные аномалии (пороки развития), деформации и хромосомные нарушения	2 472,10	2 313,10	93,6

Наименование показателя	2017 г.	2018 г.	Динамика 2018 г. к 2017 г., %
Симптомы, признаки и отклонения, выявленные при клинических и лабораторных исследованиях	339,9	263,6	77,6
Травмы, отравления и некоторые другие последствия воздействия внешних причин	17 691,10	17 668,80	99,9
Всего	224 518,20	222 401,60	99,1

Структура заболеваемости подростков с диагнозом, установленным впервые в жизни, отражена в таблице. Отмечается снижение показателя заболеваемости с диагнозом, установленным впервые в жизни, в возрастной группе детей 15–17 лет (на 0,38 %).

Наименование показателя	2017 г.	2018 г.	Динамика 2018 г. к 2017 г., %
Симптомы, признаки и отклонения, выявленные при клин. и лаб. исследованиях	300	241,8	80,60
Врожденные аномалии (пороки развития), деформации и хромосомные нарушения	308,9	301,2	97,51
Новообразования	494,6	533,4	107,84
Беременность, роды и послеродовой период	626,8	546,2	87,14
Психические расстройства и расстройства поведения	850,4	817,9	96,18
Болезни крови, кроветворных органов и отдельные нарушения, вовлекающие иммунный механизм	892	878,8	98,52
Болезни системы кровообращения	1 659,20	1 578,20	95,12
Болезни эндокринной системы, расстройства питания и нарушения обмена веществ	2 828,00	2 825,30	99,90
Некоторые инфекционные и паразитарные болезни	3 388,00	3 464,20	102,25
Болезни уха и сосцевидного отростка	3 641,40	3 646,00	100,13
Болезни нервной системы	3 860,50	3 831,00	99,24
Болезни мочеполовой системы	5 500,10	5 505,00	100,09
Болезни костно-мышечной системы и соединительной ткани	5 746,60	5 695,40	99,11

Наименование показателя	2017 г.	2018 г.	Динамика 2018 г. к 2017 г., %
Болезни глаза и его придаточного аппарата	6 317,10	6 360,30	100,68
Болезни органов пищеварения	6 527,10	6 972,90	106,83
Болезни кожи и подкожной клетчатки	7 255,60	7 046,80	97,12
Травмы, отравления и некоторые другие последствия воздействия внешних причин	17 690,90	17 668,70	99,87
Болезни органов дыхания	70 780,20	70 780,70	100,00
Всего	138 346,10	137 815,20	99,62

Младенческая смертность

Одним из показателей, характеризующих уровень медицинской помощи детям и качество жизни, является коэффициент младенческой смертности (число умерших в возрасте до 1 года в расчете на 1 тыс. родившихся живыми). Младенческая смертность довольно устойчиво снижается. По данным Росстата, за 2018 год младенческая смертность в России по сравнению с 2017 годом снизилась на 9,8 % и составила 5,1 на 1 тыс. родившихся живыми (в 2017 году – 5,6).

Несмотря на ощутимый прогресс в данном направлении за последние годы, мы еще отстаем от развитых стран. По Евросоюзу в целом этот показатель составляет около 3 случаев, в Финляндии – 1,73 случая, Германии – 3,26, Нидерландах – 3,3, Великобритании – 3,9.

Снижение коэффициента младенческой смертности за 2018 год по сравнению с 2017 годом наблюдалось в 54 субъектах Российской Федерации, в 27 субъектах²⁵ его значение возросло, в 4 субъектах²⁶ – осталось на том же уровне.

За январь–ноябрь 2019 года коэффициент младенческой смертности снизился до 4,8 (на 1 тыс. родившихся живыми).

Отмечается снижение коэффициента младенческой смертности во всех федеральных округах Российской Федерации, кроме Дальневосточного и Северо-Западного федеральных округов.

25. Калужская, Липецкая, Рязанская, Смоленская, Иркутская, Тамбовская, Тверская, Томская, Амурская, Волгоградская, Кировская, Нижегородская, Ульяновская, Курганская, Астраханская области; республики Коми, Тыва, Калмыкия, Марий Эл, Саха (Якутия), Кабардино-Балкарская и Чувашская; Краснодарский, Забайкальский, Алтайский края; Чукотский автономный округ; г. Санкт-Петербург.

26. Воронежская, Московская, Новосибирская области и Тюменская область без автономии.

При этом за январь–ноябрь 2019 года (по сравнению с аналогичным периодом 2018 года) в 35 субъектах Российской Федерации произошел рост коэффициента младенческой смертности.

Неблагополучными территориями Российской Федерации с показателями коэффициента младенческой смертности 6,0 и выше за январь–ноябрь 2019 года являются: Кемеровская область и Приморский край (6,0), Красноярский край (6,2), Магаданская область (6,3), Архангельская область и Забайкальский край (6,5), Омская область (6,6), Республика Дагестан (7,2), Костромская область (7,5), Камчатский край (9,2), Еврейская автономная область (9,6), Республика Алтай (11,3), Чукотский автономный округ (13,3).

По-прежнему ведущей причиной смертности детей первого года жизни являются отдельные состояния, возникающие в перинатальном периоде, от которых за январь–ноябрь 2019 года умерло 3 454 ребенка (за аналогичный период 2018 года – 3 811 детей). На втором месте – врожденные аномалии (пороки развития), от которых за январь–ноябрь 2019 года умерло 1 390 детей (за аналогичный период 2018 года – 1 677 детей). На третьем месте – прочие болезни – 1 054 ребенка (за аналогичный период 2018 года – 1 160 детей). На четвертом месте – внешние причины смерти, от которых за январь–ноябрь 2019 года умерло 346 детей (за аналогичный период 2018 года – 414 детей).

По состоянию на 1 января 2019 года из 32 перинатальных центров, построенных в рамках Программы развития перинатальных центров в Российской Федерации, утвержденной распоряжением Правительства Российской Федерации от 9 декабря 2013 г. № 2302-р²⁷, оказывали медицинскую помощь 30 перинатальных центров в 28 субъектах Российской Федерации (республиках: Башкортостан, Бурятия, Дагестан, Ингушетия, Карелия, Саха (Якутия), Татарстан, Хакасия, Кабардино-Балкарская; Алтайском, Красноярском (г. Ачинск, г. Норильск) и Ставропольском краях; Архангельской, Белгородской, Брянской, Калужской, Липецкой, Ленинградской, Московской (г. Наро-Фоминск, г. Коломна), Нижегородской, Оренбургской, Пензенской, Самарской, Сахалинской, Смоленской, Тамбовской, Ульяновской и Челябинской областях).

В 2018 году в 30 перинатальных центрах принято более 107,8 тыс. родов, в том числе 11,0 % преждевременных, родилось более 110,5 тыс. детей, консультативная медицинская помощь оказана более чем 609,3 тыс. женщин.

Комплексная пренатальная (дородовая) диагностика нарушений развития направлена на раннее выявление наследственных и врожденных заболеваний (нарушений развития) еще до рождения ребенка. Одним из важнейших и эффективных направлений ранней диагностики и терапии наследственных и врожденных заболеваний является неонатальный и аудиологический скрининг.

27. Распоряжение Правительства Российской Федерации от 9 декабря 2013 г. № 2302-р «Об утверждении Программы развития перинатальных центров в Российской Федерации».

В 2018 году в Российской Федерации обследовано 1 578 665 новорожденных (93 % от числа родившихся, что отвечает требованиям Всемирной организации здравоохранения и свидетельствует об эффективности проводимого мероприятия) на 5 наследственных заболеваний, из них выявлено 1 156 детей с врожденными наследственными заболеваниями, в том числе: 96 детей – с фенилкетонурией, 138 детей – с врожденным гипотиреозом, 63 ребенка – с адреногенитальным синдромом, 23 ребенка – с галактоземией, 52 ребенка – с муковисцидозом.

С целью профилактики тугоухости и глухоты проводится ранняя диагностика нарушений слуха (аудиологический скрининг) новорожденных и детей первого года жизни с последующим проведением (при необходимости) операции кохlearной имплантации.

В 2018 году в Российской Федерации обследовано на наличие нарушений слуха на I этапе скрининга 1 431 973 ребенка (90,7 % детей из числа родившихся), выявлено 17 488 детей с подозрением на наличие нарушения слуха, на II этапе скрининга (углубленная диагностика) обследовано 19 146 детей, выявлено 4 173 ребенка с нарушением слуха.

На фоне положительной динамики ежегодного снижения общей численности инвалидов на 2 % наблюдается рост детской инвалидности примерно на 2,5 % (или 18 тыс. человек) ежегодно.

В 2016–2018 годах в учреждения медико-социальной экспертизы Минтруда России обратились 8 566,5 тыс. человек (в том числе 1 113,6 тыс. детей), из них с целью установления инвалидности – 7 380,9 тыс. граждан (в том числе 1 008,5 тыс. детей), из них впервые – 2 550,0 тыс. человек (в том числе 262,1 тыс. детей), повторно – 4 830,9 тыс. человек (в том числе 746,4 тыс. детей). Инвалидами признаны 6 799,8 тыс. граждан (в том числе 944,0 тыс. детей), или 92,1 %, из них впервые – 2 192,4 тыс. человек (в том числе 223,1 тыс. детей), повторно – 4 607,4 тыс. человек (в том числе 720,9 тыс. детей).

Самый высокий уровень первичной детской инвалидности на 10 тыс. детского населения наблюдался в Чеченской Республике – 73,6, Республике Ингушетия – 56,9 и Республике Дагестан – 38,3, а самый низкий – в Астраханской области – 16,2.

7.3.5. 19 декабря 2019 года в ходе пресс-конференции Президент Российской Федерации В.В.Путин указал на необходимость выведения детской медицины на более высокий уровень. По его словам, россияне должны получать медицинскую помощь бесплатно, а дети – прежде всего.

Высокий уровень здравоохранения невозможно обеспечить без обратной связи с населением страны, так как именно анализ и учет общественного мнения позволяет своевременно корректировать политику в данной области и двигаться вперед.

Однако на сегодняшний день отсутствует системный подход к сбору аналитических данных об удовлетворенности населения качеством медицинской помощи: постановлением Правительства Российской Федерации от 29 марта 2019 г. № 380 внесен ряд изменений в ГП-1, в том числе исключена цель «Повышение к 2025 году удовлетворенности населения качеством медицинской помощи» (до 54 %).

Качество оказания услуг детскими медицинскими организациями, а также удовлетворенность родителей медицинской помощью, оказанной детям, неразрывно связаны с качеством работы системы здравоохранения в целом, что отражается в результатах анализа общественного мнения (опросах населения).

Так, по информации сайта www.rbk.ru, результатом совместного исследования «Качество медицинских услуг: запрос на жесткий контроль» Всероссийского центра изучения общественного мнения (ВЦИОМ) и Центра социального проектирования «Платформа», проведенного в декабре 2019 года методом телефонного интервью (случайной выборкой стационарных и мобильных телефонов на основе полного списка телефонных номеров, задействованных на территории России; в опросе приняли участие 1600 респондентов в возрасте от 18 лет), стало следующее.

Не доверяют поставленному диагнозу или перепроверяют назначения врача 41 % россиян, 75 % опрошенных считают, что работа медицинских учреждений должна контролироваться независимой структурой, например страховой компанией.

По мнению респондентов, в государственной или муниципальной поликлинике наиболее вероятные проблемы – долгое ожидание записи или нахождения в очереди, невозможность получить все необходимые услуги в одном месте, отсутствие нужного специалиста. По шкале от 1 до 5 возможность возникновения этих проблем россияне оценили на 3,4 балла.

На вопрос о том, какие именно проблемы российской системы здравоохранения должны решаться в первую очередь, большинство респондентов (39 %) назвали нехватку врачей, 33 % – недостаточную оснащенность медицинских учреждений современным оборудованием, 25 % – недоступность медицинской помощи (неудобное расположение больниц, дорогие лекарства, услуги).

В 2019 году в журнале «Медицина и организация здравоохранения» опубликована научная работа на тему «Результаты субъективной оценки родителями деятельности детской неврологической службы в условиях муниципального здравоохранения» (авторы: Зайцева М.В., Соколова В.В. – кандидат медицинских наук, ассистент кафедры общественного здоровья и здравоохранения ФГОУ ВО «Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет» Минздрава России), в которой отражены результаты анкетирования 250 родителей детей 0–17 лет с целью оценки работы детской неврологической службы поликлиники центральной районной больницы (ЦРБ) Семикаракорского района Ростовской области (анкетирование проведено методом случайной выборки).

Установлено, что более четверти родителей испытывают трудности, связанные с транспортной доступностью медицинского учреждения, столько же – с записью к неврологу в поликлинику, главным образом из-за отсутствия врача и талонов, а более трети респондентов недовольны графиком работы невролога. Большинство респондентов (58,1 %) не удалось попасть на прием в назначенное время по причинам живой очереди, длительного отсутствия врача на месте (30,3 %) и большой загруженности невролога другими обязанностями по ЦРБ (10,9 %). Срок ожидания составил более 1 часа при приеме по записи у 8,1 % респондентов, а без записи – у 46,3 %.

Одновременно более половины родителей (53,6 %) остались не удовлетворены качеством организации неврологической помощи и оценили ее на $3,2 \pm 0,1$ балла (по 5-балльной системе оценки). Основными причинами неудовлетворенности являлись большие очереди (29,7 %), некомпетентность и недостаточная квалификация врача (27,6 %), а также низкие диагностические возможности для обследования (21,3 %).

Отвечая на вопрос о доступности медицинской помощи, необходимо отметить, что на сайте <https://geoportal.egisz/rosminzdrav.ru> размещена геоинформационная интерактивная карта²⁸, на которой отражены 156 747 населенных пунктов России, транспортная инфраструктура и 74 тыс. медицинских организаций.

Анализ данных геоинформационной интерактивной карты показал, что на 1 января 2019 года почти в 15 тыс. населенных пунктов сохраняются ограничения и риски по доступности оказания медицинской помощи (того или иного рода) населению в соответствии с утвержденными нормативами медицинской помощи.

Так, из 81 348 населенных пунктов с численностью до 100 человек 1 115 (1,4 %) не имеют доступа к скорой медицинской помощи, 13 042 (16 %) – к первичной помощи в шаговой доступности (хотя бы в течение часа), из 40 882 населенных пунктов с численностью от 100 до 1 тыс. человек 1 071 (2,6 %) не имеет доступа к скорой медицинской помощи, 2 139 (5,2 %) – к первичной помощи.

Таким образом, анализ цели 3 выявил риски, связанные с реализацией мероприятий, направленных на развитие материально-технической базы детских поликлиник и детских поликлинических отделений медицинских организаций, оказывающих первичную медико-санитарную помощь:

- неудовлетворительное санитарное и техническое состояние зданий лечебных учреждений, необеспечение доступности зданий для инвалидов и других маломобильных групп населения создают риск недостижения запланированных результатов Федерального проекта и его цели – снижения младенческой смертности в Российской Федерации, а также соответствующих показателей национального проекта «Здравоохранение» и цели ГП-1;

28. Эта карта позволяет автоматизированно для каждого населенного пункта просчитывать расстояние и время доставки для оказания того или иного вида помощи.

- существует риск предоставления некачественной медицинской помощи детям в связи с отсутствием необходимой квалификации врачей, осуществляющих медицинскую деятельность, но не имеющих соответствующего сертификата специалиста;
- в результате изменений в ГП-1 (в том числе в части исключения цели «Повышение к 2025 году удовлетворенности населения качеством медицинской помощи» (до 54 %), внесенных постановлением Правительства Российской Федерации от 29 марта 2019 г. № 380, на сегодняшний день отсутствует системный подход к сбору аналитических данных об удовлетворенности населения качеством медицинской помощи, а также к формированию регулярной обратной связи между органами государственной власти и населением как инструмента, который позволяет понять актуальность проблем. Это создает риск потери ориентиров, невыполнения запросов и ожиданий населения в области здравоохранения, в том числе детского, и, как следствие, ухудшения качества оказания медицинской помощи.

7.3.6. На основании данных отчета о ходе реализации федерального проекта на 2019 год «Развитие детского здравоохранения, включая создание современной инфраструктуры оказания медицинской помощи детям», представленного Минздравом России 21 января 2020 года, проведен анализ достижения результатов, контрольных точек и мероприятий Федерального проекта.

Результаты по дооснащению медицинскими изделиями и реализации организационно-планировочных решений внутренних пространств, обеспечивающих комфортность пребывания детей, в соответствии с требованиями приказа Минздрава России № 92н, не менее чем в 20 % детских поликлиник / детских поликлинических отделений медицинских организаций, по сведениям Минздрава России, перевыполнены до уровня 31,5 %.

Однако итоги по неполному кассовому исполнению при одновременном перевыполнении результатов за 2018–2019 годы свидетельствуют о низком качестве планирования.

При этом в соответствии с данными субъектов Российской Федерации нынешнее состояние зданий, используемых под детские поликлиники и поликлинические отделения, не позволит достичь результата, установленного Федеральным проектом (95 %) к концу 2020 года. Таким образом, полученный промежуточный результат (31,5 %) не должен приводить к ослаблению внимания и контроля так как он не отражает реального положения дел в регионах. В связи с этим возникает риск выделения дополнительных бюджетных ассигнований для достижения итогового результата Федерального проекта либо снижения требований, установленных приказом Минздрава России № 92н.

8. ВЫВОДЫ

8.1. Недостаточная увязка параметров (целей, задач, показателей) ВЦП (действующей в 2018–2019 годах), ГП-1, Федерального проекта, в том числе отсутствие в Федеральном проекте задачи по внедрению стационарозамещающих технологий в амбулаторном звене как важнейшей составляющей процесса развития материально-технической базы детских поликлиник и детских поликлинических отделений медицинских организаций, дублирование мероприятий и результатов ВЦП и Федерального проекта, невыделение в 2019 году запланированного финансового обеспечения на реализацию ВЦП свидетельствуют о недостаточной проработке указанных документов, принятых в целях реализации мероприятий по развитию материально-технической базы детских поликлиник и детских поликлинических отделений медицинских организаций в регионах.

8.2. В марте 2019 года из ГП-1 была исключена цель «Повышение к 2025 году удовлетворенности населения качеством медицинской помощи» (значение к 2025 году – до 54 %), что не позволит органам исполнительной власти своевременно оценить актуальные проблемы и принять рациональные решения, направленные на повышение доступности и качества оказания медицинской помощи населению.

8.3. По состоянию на 1 января 2019 года из 116 865 зданий, в которых оказывается медицинская помощь, 14 % зданий находится в аварийном состоянии, в 30,5 % зданий отсутствует водопровод, в 52,1 % – горячее водоснабжение, в 41,1 % – центральное отопление, в 35 % – канализация, в 47 % зданий не обеспечивается доступность для инвалидов и других маломобильных групп населения.

Однако при разработке ВЦП и Федерального проекта Минздравом России и субъектами Российской Федерации не анализировалась реальная потребность в финансовом обеспечении мероприятий, направленных на развитие материально-технической базы детских поликлиник и детских поликлинических отделений медицинских организаций, оказывающих первичную медико-санитарную помощь.

Отсутствие количественного и качественного анализа санитарного и технического состояния зданий, в которых оказывается медицинская помощь, оценки реальной возможности реализации регионами организационно-планировочных решений внутренних пространств, обеспечивающих комфортное пребывание в медицинских учреждениях, а также необеспеченность доступности зданий для инвалидов и других маломобильных групп населения приводят к снижению доступности оказания медицинской помощи населению.

8.4. Доступность и качество медицинской помощи помимо материально-технического обеспечения учреждений здравоохранения обеспечиваются в том числе наличием необходимого количества медицинских работников и уровнем их квалификации.

Анализ статистических данных свидетельствует о снижении в 2018 году (по сравнению с 2017 годом) численности врачей, среднего и младшего медицинского персонала.

Актуальными и снижающими качество оказания медицинской помощи населению являются такие проблемы, как недостаток врачей узкой специализации, оказывающих медицинскую помощь детям, неполная укомплектованность педиатрической службы, недостаточная квалификация педиатров.

При этом обеспечение отрасли высококвалифицированными специалистами, от которых зависят жизни людей, является одним из приоритетных направлений здравоохранения.

8.5. Анализ данных геоинформационной интерактивной карты, размещенной на сайте <https://geoportal.egisz/rosminzdrav.ru>, содержащей информацию о населенных пунктах России, транспортной инфраструктуре и наличии медицинских организаций, показал, что сохраняются ограничения и риски по доступности оказания медицинской помощи.

Так, не имеют доступа к первичной медицинской помощи в шаговой доступности (хотя бы в течение часа) 16 % населенных пунктов с численностью до 100 человек и 5,2 % населенных пунктов с численностью от 100 до 1 тыс. человек.

8.6. По сведениям Минздрава России, результат «Детские поликлиники / детские поликлинические отделения медицинских организаций субъектов Российской Федерации будут дооснащены медицинскими изделиями и реализуют организационно-планировочные решения внутренних пространств, обеспечивающих комфортность пребывания детей, в соответствии с приказом Минздрава России № 92н «Об утверждении Положения об организации оказания первичной медико-санитарной помощи детям» на 31 декабря 2019 года – 20 %, предусмотренный Федеральным проектом, по итогам 2019 года перевыполнен и составляет 31,5 %. При этом предоставленные регионам в 2018–2019 годах субсидии из федерального бюджета освоены ими не в полном объеме, что свидетельствует о недостаточном качестве планирования.

Также в соответствии с данными субъектов Российской Федерации текущее состояние зданий, используемых под детские поликлиники и поликлинические отделения, не позволит достичь результата, установленного Федеральным проектом на 31 декабря 2020 года (95 % поликлиник и поликлинических отделений), при предусмотренных объемах финансового обеспечения и требованиях, установленных приказом Минздрава России № 92н.

Таким образом, указанный промежуточный результат (31,5 %) не должен приводить к ослаблению контроля за ходом реализации Федерального проекта, так как достигнутый результат не отражает реального положения дел в регионах и имеется

риск выделения дополнительных средств федерального бюджета для достижения итогового результата Федерального проекта либо пересмотра (снижения) установленных приказом Минздрава России № 92н требований.

Указанное не позволяет сделать вывод об эффективности расходования средств федерального бюджета, направленных на развитие материально-технической базы детских поликлиник и детских поликлинических отделений медицинских организаций, оказывающих первичную медико-санитарную помощь.

9. Предложения (рекомендации)

9.1. Направить информационное письмо в Правительство Российской Федерации.

9.2. Направить отчет о результатах экспертно-аналитического мероприятия в Совет Федерации и Государственную Думу Федерального Собрания Российской Федерации.

9.3. Рекомендовать Правительству Российской Федерации поручить Минздраву России:

- рассмотреть вопрос о корректировке параметров Федерального проекта (результатов, мероприятий, финансового обеспечения) в части дооснащения детских поликлиник / детских поликлинических отделений медицинских организаций медицинскими изделиями и реализации организационно-планировочных решений внутренних пространств, обеспечивающих комфортность пребывания детей, в соответствии с требованиями приказа Минздрава России № 92н, с учетом анализа реальной возможности реализации субъектами Российской Федерации в указанных зданиях организационно-планировочных решений внутренних пространств, обеспечивающих комфортность пребывания в медицинском учреждении, оценки их технического и санитарного состояния и оценки фактической (реальной) потребности в финансовом обеспечении указанных мероприятий;
- рассмотреть вопрос о включении в Федеральный проект задачи и соответствующих мероприятий по внедрению стационарозамещающих технологий в амбулаторном звене;
- проработать вопрос об организации мероприятий по сбору и обработке сведений об удовлетворенности населения качеством медицинской помощи в целях своевременной оценки актуальных проблем и принятия рациональных решений, направленных на повышение доступности и качества оказания медицинской помощи населению;
- организовать проведение мероприятий, в том числе в части создания единой базы трудоустройства выпускников медицинских образовательных учреждений (профессионального регистра на основе Федерального регистра медицинских работников), распределения лиц, обучившихся за счет федеральных средств и средств субъектов Российской Федерации, в практическое здравоохранение в целях ликвидации кадрового дефицита.

Официальная
ПОЗИЦИЯ

Михаил Мурашко

Взаимодействие органов исполнительной власти со Счетной палатой Российской Федерации – залог качественного и всестороннего исполнения национальных проектов



Михаил Мурашко
Министр здравоохранения
Российской Федерации

Для организации медицинской помощи детскому населению важным фактором является профилактическая направленность и система раннего выявления заболеваний. Реализовать такую модель возможно лишь при условии формирования качественной инфраструктуры, современных технологий и квалифицированных кадров. Поэтому мероприятие проекта «Развитие детского здравоохранения, включая создание современной инфраструктуры оказания медицинской помощи детям» является ключевым звеном.

Минздравом России утвержден приказ от 7 марта 2018 г. № 92н «Об утверждении Положения об организации оказания первичной медико-санитарной помощи детям», который поднимает первичную медико-санитарную помощь детям на новый современный уровень. В приказе впервые четко регламентировано распределение организаций для оказания амбулаторной медицинской помощи детям на три группы, что обеспечивает рациональное распределение штатов и оборудования и необходимо для повышения качества медицинской помощи. Это является основой маршрутизации пациентов для создания стройной системы первичной медико-санитарной помощи, учитывающей интересы пациентов во всем многообразии регионов нашей страны.

Перечень медицинских изделий для дооснащения детских поликлиник и детских поликлинических отделений медицинских организаций, оказывающих первичную медико-санитарную помощь, включает сложное дорогостоящее оборудование, предназначенное для диагностики и лечения, а также для профилактики (оснащение для кабинета охраны зрения и др.) и впервые – для амбулаторного этапа медицинской реабилитации.

Кроме того, мероприятие предусматривает создание организационно-планировочных решений, обеспечивающих комфортность пребывания пациентов и их родителей в детской поликлинике, то есть базис для внедрения бережливых технологий – создание

открытой регистратуры, понятной навигации, комфортных мест ожидания приема, помещений для кормления детей раннего возраста, крытой колясочной и т. п.

Важность поставленных задач, масштабность их решения в стране диктует особую ответственность за качество исполнения. Хотя федеральным проектом предусмотрена строгая отчетность, постоянный мониторинг, в том числе с выездом на место и заполнением специально разработанных чек-листов, дополнительный контроль и анализ рисков чрезвычайно полезны.

В приказе Минздрава России от 7 марта 2018 г. № 92н, в соответствии с которым должны оснащаться и функционировать детские поликлиники и детские поликлинические отделения медицинских организаций, приводится штатное расписание, перечень помещений и оборудования дневного стационара, предназначенного для применения стационарозамещающих технологий. Перечень медицинских изделий для дооснащения детских поликлиник позволяет на новом современном уровне развивать стационарозамещающие технологии, в том числе амбулаторную медицинскую реабилитацию, что повышает доступность первичной медико-санитарной помощи детям.

С целью оценки эффективности реализации данного мероприятия Минздрав прорабатывает вопрос о введении дополнительного показателя – доля детей в возрасте 0–17 лет от общей численности детского населения, пролеченных в дневных стационарах медицинских организаций, оказывающих медицинскую помощь в амбулаторных условиях (процент), то есть с использованием стационарозамещающих технологий.

Выявленное за 2019 год перевыполнение результата мероприятия по дооснащению и реализации внутренних пространств поликлиник при неполном освоении средств (кассовое исполнение – 98,9 %) диктует необходимость повышения качества планирования на региональном уровне.

В настоящее время Минздравом проводится изучение и согласование региональных программ развития первичной медико-санитарной помощи, при котором особое внимание уделено и планируемым ремонтам, и строительству детских поликлиник, что в совокупности с результатом федерального проекта по детскому здравоохранению позволит повысить качество и доступность первичной медико-санитарной помощи детям.

Вопросы кадрового обеспечения детских поликлиник, безусловно, чрезвычайно важны, они реализуются в рамках мероприятий федерального проекта «Обеспечение медицинских организаций системы здравоохранения квалифицированными кадрами». Внедрение нового механизма допуска к профессиональной деятельности – аккредитации специалистов – дает возможность после окончания вуза приступить к работе в первичном звене в должности «врача-педиатра участкового». В связи с этим общий объем контрольных цифр приема по специальности «Педиатрия» увеличен

на 2021–2022 годы на 6,8 % (по сравнению с общими объемами контрольных цифр приема, представленными для конкурса на 2020–2021 годы).

Одним из действенных механизмов, направленным на решение проблем кадрового дефицита, является целевая подготовка. Минздрав России, исполняя полномочия центра ответственности по формированию объемов подготовки по медицинским и фармацевтическим специальностям, в соответствии с прогнозной кадровой потребностью медицинских организаций направил в адрес Минобрнауки России предложения по увеличению доли мест для приема на целевое обучение по программам специалитета 31.05.02 Педиатрия на 75 %, а также по 48 специальностям ординатуры (наиболее дефицитным, в том числе педиатрии) до 100 %.

Наращивание объемов целевой подготовки в сочетании с ее адресностью положительно отразится на численности врачей «дефицитных» специальностей.

Наши граждане должны почувствовать пациентоориентированность. Оценка удовлетворенности населения качеством медицинской помощи проводится в рамках плана мониторинга реализации Госпрограммы, утвержденного совместным приказом Минздрава России и Минэкономразвития России от 16 октября 2019 г. № 855/660 «Об утверждении плана мониторинга реализации государственной программы Российской Федерации «Развитие здравоохранения» на 2019 год».

Минздрав тщательно прорабатывает все рекомендации Счетной палаты. Взаимодействие со Счетной палатой Российской Федерации играет важную роль в совершенствовании качества выполнения национального проекта «Здравоохранение» и входящих в его состав федеральных проектов. Это взаимодействие проходит в конструктивном русле и атмосфере взаимопонимания, как и следует при выполнении национальных целей.



Экспертное мнение



Леонид Рошаль

президент Национальной медицинской палаты,
сопредседатель ОНФ

Мы давно ждали серьезного поворота Счетной палаты к проблемам здравоохранения. Это нам очень необходимо. И совершенно правильно, что вы начали обсуждение с проблемы детства – основы будущего страны.

Нам импонирует острота поставленных вами вопросов по многим позициям, некоторые из которых выходят за конкретные проблемы педиатрии, как, например, возвращение показателя удовлетворенности населения, ресурсное обеспечение здравоохранения, включая увеличение доли здравоохранения в ВВП, эффективность существующей системы страхования в здравоохранении, отсутствие стационарозамещающих технологий в амбулаторном звене и другие.

Теперь очень важно, чтобы ваши предложения не ушли в песок и были реализованы. И Национальная медицинская палата и Общероссийский народный фронт готовы к сотрудничеству с вами. У нас одна цель – сделать здравоохранение России отвечающим требованиям нашего народа.



Григорий Ройтберг

президент АО «Медицина»,
академик РАН, д.м.н., профессор,
заслуженный врач РФ,
лауреат Правительства РФ в области образования,
заведующий кафедрой терапии, общей врачебной
практики и ядерной медицины
РНИМУ им. Н.И.Пирогова

В числе основных причин невысокого уровня отечественного здравоохранения многие эксперты называют недостаточный объем средств, направляемых в эту сферу. Указывается, что в 2019 году доля в ВВП на здравоохранение составила 3,5 %. Следует отметить, что в этой цифре, включающей расходы государственного сектора, не учтены расходы домохозяйств на платные медицинские услуги и так называемые «серые доплаты» в рамках оказания бесплатной медицинской помощи. По мнению экспертов, фактические расходы на здравоохранение могут составлять 5,6 % от ВВП.

По эффективности расходов в системе здравоохранения Российская Федерация занимает одну из последних позиций. В связи с этим повышение эффективности расходов на оказание медицинской помощи – одна из ключевых задач сегодняшнего дня.

Основные приоритеты по развитию системы здравоохранения определены Указом Президента Российской Федерации от 07.05.2018 № 204, во исполнение которого разработан и утвержден национальный проект «Здравоохранение», включающий восемь федеральных проектов.

Федеральный проект «Развитие детского здравоохранения, включая создание современной инфраструктуры оказания медицинской помощи детям» – один из восьми федеральных проектов, реализуемых в рамках исполнения Указа № 204.

Данное мероприятие направлено на развитие инфраструктуры государственных медицинских организаций, оказывающих помощь детям. Очевидно, что серьезные государственные вливания в развитие инфраструктуры, тем более детских учреждений, не могут не поддерживаться. Наши дети должны получать медицинскую помощь в современных зданиях, оснащенных современным оборудованием. Но этого недостаточно, даже если реализовать организационно-планировочные решения внутренних пространств, обеспечивающих комфортность пребывания детей в поликлиниках.

Необходим комплекс логистически выверенных мероприятий по организации деятельности таких новых поликлиник. Это вопросы кадрового обеспечения врачами, средним и младшим медицинским персоналом с учетом дооснащения медицинским оборудованием, информатизации с соответствующим кадровым

обеспечением. Предполагаю, что такая поликлиника будет нести дополнительные издержки, которые должны быть покрыты в системе обязательного медицинского страхования (ОМС). А это, в свою очередь, еще один блок мероприятий, связанный в том числе с формированием тарифов в ОМС и увеличением объемов помощи. Но такие мероприятия в федеральном проекте по развитию детского здравоохранения не предусмотрены, как и ссылки на другие федеральные проекты.

Таким образом, напрашивается вывод о дефектах планирования и низком уровне оценки региональных систем здравоохранения, что нашло отражение в рассматриваемом отчете Счетной палаты: «...в первую очередь необходимо провести реальную оценку технического и санитарного состояния зданий, в которых расположены медицинские учреждения, в т. ч. детские, оценить их износ, состояние материально-технической базы». А это ведет к возникновению риска невыполнения поставленных целей.

Поддерживаю идею о рассмотрении вопроса по корректировке параметров рассматриваемого федерального проекта, в связке с другими федеральными проектами, и в первую очередь с проектом «Обеспечение медицинских организаций системы здравоохранения квалифицированными кадрами», в котором должны быть предусмотрены конкретные результаты – наполнение детских поликлиник квалифицированными кадрами в конкретные сроки с учетом инфраструктурных преобразований. В этом случае можно рассчитывать на оказание доступной и качественной медицинской помощи, финансово обеспеченной в системе ОМС.

В свою очередь, в системе ОМС следует отметить крайне низкий уровень использования цифровых технологий: до сих пор в полуручном режиме формируются счета на оплату медицинской помощи, врач на месте не обладает информацией о наличии свободных мест в больнице и, как следствие, не обеспечивает право пациента на выбор медицинской организации для госпитализации или этапного лечения и т. д.

В результате оценить эффективность расходов как в системе в целом, так и отдельном ее элементе (медицинской организации) затруднительно.

Для осуществления контроля эффективности анализируемого мероприятия необходима система мониторинга на основе цифровых технологий за деятельностью каждой поликлиники, которой коснулись преобразования. Только на основании данных такого мониторинга можно сделать вывод об эффективности израсходованных государственных средств. Полагаю, что региональные программы должны содержать конкретные целевые показатели для каждого объекта.

Таким образом, увеличение государственных трат при некорректном планировании и нечетком процессном управлении с необходимой оценкой рисков не принесет желаемых результатов и не улучшит систему здравоохранения.

Напоследок хотелось бы затронуть вопрос конкурентной среды в системе отечественного здравоохранения. Всегда ли целесообразно государству вкладываться в развитие инфраструктуры государственного сектора? Без государственного финансирования созданы высокоспециализированные частные медицинские организации, а технологические возможности клиник позволяют увеличить объемы оказываемой медицинской помощи, в том числе в рамках программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи.



Владимир Назаров

директор Научно-исследовательского
финансового института
Министерства финансов
Российской Федерации

Проведенное Счетной палатой экспертно-аналитическое мероприятие по оценке эффективности расходования средств федерального бюджета на развитие детского здравоохранения выявило проблемы, характерные для отечественного здравоохранения на протяжении многих лет. К ним относятся: устаревшая материально-техническая база медицинских учреждений, низкое качество планирования при осуществлении централизованных инвестиций в основной капитал медицинских организаций, сохраняющийся акцент на предоставлении помощи в условиях круглосуточного стационара, низкая удовлетворенность граждан качеством и доступностью медицинской помощи.

Теоретически, возможно два варианта решения указанных проблем. Во-первых, повышение эффективности государственных расходов в здравоохранении может быть обеспечено улучшением качества управления, включая проведение детального анализа потребностей конечных потребителей – населения, ответственное и своевременное планирование государственных закупок товаров и услуг, осуществление грамотного микро-менеджмента в каждой медицинской организации. В мировой практике данный подход принято называть бюджетной моделью здравоохранения, так как в ней государство (Министерство здравоохранения) одновременно закупает и предоставляет медицинскую помощь в своих медицинских организациях. Такой принцип доминирует в Великобритании, Канаде, Австралии, Скандинавских странах и в ряде других государств с развитой системой здравоохранения.

Вторым вариантом повышения эффективности расходов является создание экономических механизмов, обеспечивающих мотивацию участников системы здравоохранения к рациональному использованию ресурсов и максимальному удовлетворению потребностей населения. Такой подход называется страховой моделью и предполагает, что тактическим планированием и организацией медицинской помощи занимаются страховые компании, доход которых зависит от количества привлеченных клиентов и от качества оказанной им медицинской помощи в организациях любых форм собственности. Государство в такой модели оставляет за собой функции стратегического управления – определяет состав гарантированной медицинской помощи, правила ее финансирования и предоставления, осуществляет выравнивание финансовых условий деятельности страховых компаний (в зависимости от профиля риска застрахованных) и т. д. «Страховая модель» действует в Германии, Швейцарии, Нидерландах, Японии, Южной Корее и ряде других стран, которые по показателям результативности

здравоохранения не отличаются от стран с бюджетной моделью, но существенно превосходят их по уровню удовлетворенности населения.

Формально в России действует страховая модель здравоохранения – система обязательного медицинского страхования (ОМС). Однако на практике она намного более приближена к бюджетной модели, так как основные рычаги управления медицинской помощью принадлежат региональным властям. Страховые компании не несут финансовой ответственности за результат реализации программы ОМС и практически не могут влиять на тарифы и на распределение объемов помощи между медицинскими организациями. Помощь преимущественно предоставляется в государственных (в основном региональных) учреждениях здравоохранения, которые получают финансирование из двух источников – из средств ОМС на покрытие текущих расходов, и из средств бюджета на инвестиции в основные средства (оборудование, капитальный ремонт, строительство). В итоге условия для деятельности государственных и частных медицинских организаций не одинаковы: частник не может рассчитывать на государственную субсидию на осуществление капитальных расходов, в результате чего конкуренция между медицинскими организациями разных форм собственности является ограниченной.

Несмотря на то, что в международном опыте имеются примеры эффективной организации медицинской помощи в бюджетных моделях (см. выше), проведенное Счетной палатой мероприятие в очередной раз показывает, что в России, к сожалению, высокой эффективности в действующей модели достичь не удастся. Поэтому, с нашей точки зрения, в России имеет смысл протестировать альтернативную страховую модель здравоохранения.

Для этого необходимо наделить страховые компании ответственностью за финансовый результат оказания помощи в рамках программы ОМС и расширить их участие в процессе распределения плановых объемов помощи между медицинскими организациями. Стремясь привлечь новых клиентов, страховщики будут стараться перенаправить объемы в те медицинские организации, которые в наибольшей степени удовлетворяют запросам потребителей. При этом одновременно страховые компании будут искать возможность повысить эффективность расходов – отбирать поставщиков помощи, за которыми не надо «долечивать» пациентов, осуществлять маршрутизацию пациентов с целью сокращения пребывания больных в круглосуточном стационаре с переводом основных объемов помощи в дневной стационар и в амбулаторные условия и т. д.

В отличие от текущей ситуации страховую компанию не будет интересовать организационно-правовая форма медицинской организации; определение объемов будет осуществляться исходя из качества и эффективности деятельности конкретного поставщика помощи. Таким образом, в страховой модели можно ожидать позитивных эффектов от развития конкуренции между организациями различных форм собственности. Однако необходимо меть в виду, что полноценная конкуренция возможна лишь при выравнивании условий доступа к государственному финансированию капитальных расходов – а для этого необходимо оплачивать такие

расходы в зависимости от объемов деятельности (то есть наряду с текущими расходами медицинских организаций). В таком случае дополнительно можно ожидать повышения эффективности капитальных расходов, так как конкретная медицинская организация лучше осведомлена о своих потребностях.

В итоге, с нашей точки зрения для преодоления выявленных в ходе экспертно-аналитического мероприятия недостатков в нашей стране целесообразно провести эксперимент по использованию страховой модели организации здравоохранения, в которую заложен автоматический механизм мотивации страховых и медицинских организаций к повышению эффективности собственной деятельности и максимальному удовлетворению потребностей конечного потребителя услуг здравоохранения - населения.



Александр Баранов
академик РАН,
главный внештатный педиатр
Минздрава России,
почетный Президент
Союза педиатров России

Результаты экспертно-аналитического мероприятия Счетной палаты по оценке эффективности расходования средств на развитие первичной медико-санитарной помощи детям показали, что законодательная и нормативная база охраны здоровья детей нуждается в совершенствовании.

В настоящее время нормы, касающиеся права детей на охрану здоровья, содержатся в различных документах (законах, указах, постановлениях, ведомственных приказах), принятых в различные периоды развития современной России, и нуждаются в инвентаризации и конкретизации в соответствии с нынешними социально-экономическими условиями. В связи с этим необходимо разработать и принять федеральный закон «Об охране здоровья детей в Российской Федерации», предусматривающий и гарантирующий в соответствии с нормой «Конвенции о правах ребенка» право каждого ребенка на пользование наиболее совершенными услугами системы здравоохранения, средствами лечения болезней и восстановления здоровья. Кроме того, необходимо законодательно закрепить право ребенка на получение бесплатной профилактической медицинской помощи.

В 2010–2011 годах Комитетом Государственной Думы Российской Федерации по охране здоровья была создана рабочая группа по выработке проекта федерального закона «Об охране здоровья детей в Российской Федерации». Начатая работа не была завершена в связи с началом проведения процедуры принятия Федерального закона от 21 ноября 2011 г. № 323 «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации».

На этапе разработки этого закона предполагалось, что в нем будут в достаточной степени регулироваться и отношения в области охраны здоровья детей. Однако в окончательном варианте текста данного закона обязанности государства по осуществлению прав детей оказались представлены поверхностно и в далеко не полном объеме.

С точки зрения педиатрии в качестве недостатков этого Закона можно указать следующее:

- не изложена государственная политика в области охраны здоровья детей;
- не указаны субъекты осуществления прав детей на охрану здоровья;
- не регулируется финансовое и кадровое обеспечение охраны здоровья детей;
- не установлено право каждого ребенка на получение педиатрической помощи в условиях детского лечебно-профилактического учреждения, в том числе в дневном стационаре;
- не отражены межсекторальные меры по охране здоровья детей;
- неполно регулируются обязанности и ответственность родителей или лица, их замещающего, в реализации права ребенка на охрану здоровья;
- не установлена необходимость разработки и осуществления государственных программ в области охраны здоровья детей;
- не установлено, что стандарты медицинской помощи детям подлежат обязательной периодической оценке их соответствия современному уровню развития педиатрической науки и практики и, при необходимости, пересмотру с целью полного обеспечения права детей на охрану здоровья;
- не установлено право детей на рациональное вскармливание и полноценное питание и т. д.

Принятие федерального закона «Об охране здоровья детей» явится важной формой осуществления «Конвенции о правах ребенка» (1989 г.), где установлено право каждого ребенка на пользование наиболее совершенными услугами системы здравоохранения и средствами лечения болезней и восстановления здоровья, и будет означать признание государством того факта, что ребенок не только обладает фундаментальными правами и свободами человека, но и является объектом (реципиентом) специальной защиты.

Самая эффективная профилактическая технология в системе первичной медико-санитарной помощи детям – вакцинация. Однако федеральный календарь профилактических прививок не соответствует современным требованиям и беднее, чем во многих развивающихся странах. Не осуществляется вакцинация против ветряной оспы, ротавирусной, папилломовирусной инфекции, не проводится ревакцинация против кори.

В последние годы обострились проблемы лекарственного обеспечения детей с тяжелыми инвалидизирующими болезнями. Многие иностранные фирмы уходят с нашего рынка. Особенно трудная ситуация наблюдается при обеспечении современными лекарственными средствами детей с орфанными заболеваниями. Многие регионы не в состоянии тратить десятки миллионов рублей в год на лечение ребенка. Необходимо более существенное участие в этих расходах федерального бюджета.

Проведенный аудит убедительно показал, что доступность и качество медицинской помощи зависит от обеспеченности кадрами и уровня их квалификации. По нашему мнению, решение этой проблемы зависит от государственной политики в сфере охраны здоровья населения. Трудно объяснить врачу, почему страна одна, а зарплаты разные, почему за одну и ту же работу врач в Москве получает в 2–3 раза больше, чем в большинстве регионов страны. И пока государство не решит эту проблему, кадровый дефицит в бедных регионах не преодолеть.

В системе первичной медицинской помощи детям, к большому сожалению, не получили должного развития дневные стационары. Для детей и их родителей стационарозамещающие технологии – наиболее удобная форма медицинской помощи. Главной причиной отсутствия прогресса в этом виде медицинской помощи являются неоправданно низкие тарифы, которые необходимо увеличить в 2–3 раза, что позволит оказывать медицинскую помощь детям, в том числе реабилитационную, на современном уровне.



Лейла Намазова-Баранова

академик РАН, заведующая кафедрой факультетской педиатрии педиатрического факультета ФGAOY BO PНИМУ им. Н.И.Пирогова Минздрава России, руководитель НИИ педиатрии и охраны здоровья детей ЦКБ РАН Министерства науки и высшего образования РФ, главный внештатный детский специалист по профилактической медицине Минздрава России, Президент Союза педиатров России

Результаты проверки Счетной палаты свидетельствуют о серьезных несостыковках в отдельных положениях законов и подзаконных актов РФ, что ставит под угрозу выполнение задачи «повысить доступность медицинской помощи детям». Для их исправления необходимо принять проект федерального закона «Об охране здоровья детей», подготовленный педиатрами еще девять лет назад, но так и не принятый, так как отдельные его положения содержатся в разных действующих законах. Именно эта раздробленность, а порой двойственность и противоречивость существующих норм являются непреодолимым барьером к дальнейшему совершенствованию оказания медицинской помощи детям.

Актуализации требуют некоторые другие федеральные законы, в том числе «Об иммунопрофилактике инфекционных болезней», из-за несовершенства формулировок которого порой тормозится развитие иммунопрофилактики в стране. При этом профилактика является одной из важнейших составляющих первичного звена детского здравоохранения.

Еще одна острая проблема – финансовое обеспечение детского здравоохранения, а точнее – нерациональное использование бюджетных средств. Счетная палата указала, что одной из причин этого является отсутствие количественного и качественного анализа состояния зданий, в которых оказывается медпомощь. Более того, состояние зданий и материально-технической базы в первичном звене детского здравоохранения зачастую неизвестно даже самим учредителям. Приведу пример нерационального использования средств: для проектирования новых медицинских организаций первичной медико-санитарной помощи необходимо каждый раз проводить экспертизу, которая стоит сотни миллионов рублей, при этом требования для проекта всегда одни и те же. В прошлом существовали типовые проекты детских поликлиник и больниц для южных и северных территорий, и все они имели экспертизу. К подобной практике неплохо было бы вернуться.

Важной темой, отраженной в отчете, является обеспеченность медицинскими кадрами. С одной стороны, статистика показывает, что врачей пока еще недостаточно,

но когда эти сведения собираются, происходит «задвоение» данных. Если человек работает в одной поликлинике на ставку и в другой на полставки, скорее всего, он дважды попадет под учет, поэтому важно, чтобы данные о численности медработников формировались из реестра медработников. Нам также необходимо подсчитывать средний возраст медработников. В России, в отличие от Европы и США, удельный вес работников пенсионного возраста в этой области очень высок. Это происходит из-за отсутствия мотивации, так как работа у врачей нервная, зарплаты маленькие, а обязательного распределения тех, кто учился за государственные деньги, нет. Отдельная тема – оплата труда медработников: «богатые» регионы, как пылесос, «высасывают» кадры из соседних, потому что могут предложить более достойную зарплату. Такой дисбаланс профессиональных кадров нужно менять.

Хотела бы обратить внимание на важные статистические данные: среди причин смерти детей старше года ведущее место занимают внешние факторы, то есть ДТП, убийства и самоубийства, в том числе обусловленные чрезвычайно высоким уровнем буллинга среди российских школьников. Это говорит о слабом межведомственном взаимодействии с МВД, МЧС, Минпросвещением.

Данные по заболеваемости свидетельствуют о высокой доле заболеваний острыми респираторными инфекциями, патологий желудочно-кишечного тракта и кожи. И при этом среди главных специалистов Минздрава нет главного детского дерматолога и детского гастроэнтеролога!

Отдельно хотелось бы выделить опасную тенденцию последнего года – желание некоторых перинатальных центров «перетянуть» на себя наблюдение детей до трех лет. Но этого делать нельзя, поскольку такой подход «сломает» всю систему детского здравоохранения и создаст структуры, дублирующие детские поликлиники..

Нельзя не упомянуть и о таком показателе, как удовлетворенность оказанной медицинской помощью, а точнее, о способах ее измерения. По моему мнению, необходимо вместе с социологами разработать анкеты и с помощью «скрытых» вопросов выявлять степень объективности респондентов.

В заключение хотелось бы обратить внимание на тарифы обязательного медицинского страхования, значительная часть которых давно требует изменений. Без серьезных перемен в этой сфере невозможно усовершенствовать оказание медицинской помощи детям.



Иван Деев

заместитель губернатора Томской области
по социальной политике,
доктор медицинских наук

Представленный аналитический отчет об оценке эффективности расходования средств федерального бюджета на развитие материально-технической базы амбулаторных учреждений детского профиля демонстрирует наличие определенных системных вопросов в обозначенном направлении сферы здравоохранения. Это и расположение детских поликлиник и детских поликлинических отделений медицинских организаций в приспособленных зданиях, и недостаточность развития инфраструктуры таких учреждений (отсутствие центрального водоснабжения, санитарных узлов в помещениях поликлиник, недостаточная информатизация, отсутствие телефонной связи и т. д.), и дефицит врачей-педиатров практически во всех регионах страны, а также дефицит региональных бюджетов, направленных на совершенствование материально-технической базы детского здравоохранения. Кроме того, аудиторами отмечен не в полной мере комплексный подход планирования мероприятий программы, отсутствие аудита системы оказания медицинской помощи детям до старта всех мероприятий.

Однако, на мой взгляд, в целом все мероприятия, разработанные на федеральном уровне, на момент старта проекта были чрезвычайно актуальны для всех учреждений страны, оказывающих первичную медико-санитарную помощь детям, прежде всего с позиции оснащения медицинским оборудованием. Это позволило не только обновить парк самой необходимой медицинской техники, но и доукомплектовать многие учреждения диагностическими приборами для повышения доступности, качества, оптимизации времени обслуживания пациентов.

В логике развивающихся событий, с учетом поручений Президента Российской Федерации и соответствующего опостановления Правительства России, сейчас подготавливается комплексная программа «перезагрузки» первичного звена здравоохранения, где в том числе детально прорабатывается блок мероприятий, направленный на развитие детского здравоохранения. Основным принципом разработки программных мероприятий является комплексность, начиная от аудита состояния учреждений, транспорта, достаточности мощности медицинских организаций до развития дорожной и транспортной инфраструктуры.

В этой связи мероприятия проекта по развитию детских поликлиник и поликлинических отделений, оказывающих первичную медико-санитарную помощь детям, нужно воспринимать как первый шаг в масштабном развитии детского здравоохранения страны. При этом выводы, представленные в отчете Счетной палаты, должны быть учтены субъектами Российской Федерации при разработке и планировании программы по «перезагрузке» первичного звена здравоохранения.



Александр Плакида

советник проректора РАНХиГС,
исполнительный директор платформы
«Эффективное здравоохранение»

В отчете представлены глубокий статистический анализ и оценка достижения целевых показателей федерального проекта «Развитие детского здравоохранения, включая создание современной инфраструктуры оказания медицинской помощи детям». Рассмотренные мероприятия в рамках реализации федерального проекта направлены на развитие профилактического направления в педиатрии и родовспоможении, внедрение современных профилактических и реабилитационных технологий, улучшение материально-технической базы детских поликлиник и детских поликлинических отделений медицинских организаций путем оснащения новым медицинским оборудованием, строительства / реконструкции детских больниц (корпусов), обеспечения медицинским оборудованием за счет родовых сертификатов учреждений родовспоможения, совершенствования ранней диагностики заболеваний органов репродуктивной сферы у детей.

При этом особо подчеркнем, что в текущей редакции федерального проекта не представлена иммунопрофилактика, являющаяся эффективным инструментом обеспечения снижения младенческой смертности, показатели иммунизации не отражены в задачах и результатах проекта.

Выполнение поставленных целей сегодня, по нашей оценке, в полной мере невозможно без включения мероприятий иммунопрофилактики в состав федерального проекта «Развитие детского здравоохранения, включая создание современной инфраструктуры оказания медицинской помощи детям».

В связи с направленностью проекта в сторону развития профилактической педиатрии, а также заявленной цели по снижению младенческой смертности (до 4,5 случая на 1 тыс. родившихся детей) к 2024 году, рекомендуется включение иммунизации как одного из инструментов достижения показателей результативности рассматриваемого федерального проекта, в частности:

- младенческая смертность на 1 000 родившихся живыми;
- смертность детей в возрасте 0-4 года на 1 000 родившихся живыми;
- смертность детей в возрасте 0-17 лет на 100 000 детей соответствующего возраста число случаев на 100 000 детей соответствующего возраста.

Наравне с предусмотренными федеральным проектом задачами и мероприятиями иммунопрофилактику целесообразно рассматривать как неотъемлемый элемент снижения младенческой смертности, а также смертности детей в возрастных

диапазонах 0-4 года и 0-17 лет. Основными задачами, которые рекомендуются к включению, могут быть:

- повышение уровня охвата иммунизации населения по нозологиям, входящим в состав национального календаря профилактических прививок (далее – НКПП);
- расширение НКПП в части включения вакцинации против гемофильной инфекции всех детей раннего возраста, а также включение в перечень обязательных прививок вакцинации против ротавирусной инфекции, ветряной оспы, менингококковой инфекции и ВПЧ.

С учетом рекомендаций по расширению задач необходимо также включение в перечень результирующих показателей охвата иммунизации населения против инфекционных заболеваний, вакцинация от которых предусмотрена НКПП, с обеспечением достижения эффективного значения на уровне 95–100 % для снижения эпидемиологических рисков.

Здесь следует отметить, что объем федерального государственного финансирования мероприятий, направленных на реализацию НКПП, увеличился на 7,18 млрд рублей (в 2,2 раза) за 2013–2018 годы, а наибольший объем финансирования мероприятий по реализации НКПП отмечается в 2017 году – 17 млрд рублей (3,9 % от расходов на здравоохранение) с последующим снижением на уровне плана объемов финансирования НКПП в 2018 году. Примечательно, что на региональном уровне отсутствует четкая и стандартизированная форма представления информации о распределении бюджетных средств в рамках государственных программ регионов «Развитие здравоохранения» на закупку вакцин для иммунизации населения в рамках Календаря по эпидемическим показаниям. При этом, на фоне роста расходной части региональных бюджетов в большинстве регионов, наблюдается снижение доли расходов на здравоохранение за 2013–2017 годы в структуре совокупных расходов регионов в 84 субъектах.

На основании обозначенных тенденций рекомендуется разработка инструментов эффективного планирования и прогнозирования ресурсных возможностей как на федеральном, так и на региональном уровнях относительно необходимого объема закупок и средств их финансирования по нозологиям, включенным в НКПП и Календарь по эпидемическим показаниям.

Вместе с тем в отчете особо подчеркивается необходимость обеспечения обратной связи от населения страны, так как учет общественного мнения позволяет совершенствовать государственную политику в сфере здравоохранения.

Для достижения общих показателей удовлетворенности населения качеством медицинской помощи стоит обратить внимание на дополнительные мероприятия в части повышения информированности населения по вопросам иммунопрофилактики с целью достижения показателей охвата вакцинацией населения России. Эффективным инструментом является реализация комплекса информационно-коммуникационных мероприятий, направленных на формирование

осознанной модели поведения по профилактике заболеваний посредством вакцинации, среди которых особую роль играют:

- разработка механизмов получения обратной связи от населения: всероссийские опросы населения, диалог в СМИ и социальных сетях;
- популяризация культуры вакцинопрофилактики в системах дошкольного образования, общего образования, среднего профессионального образования и высшего образования через реализацию комплекса мероприятий по повышению информированности населения России с дошкольного возраста о преимуществах иммунопрофилактики и возможных рисках в случае отказа от вакцинации: проведение серии уроков / лекций об иммунопрофилактике, приглашение профильных специалистов для освещения вопросов иммунопрофилактики как для детей, так и для взрослых и др.;
- разработка и внедрение стандарта по информированию о вакцинопрофилактике и по работе с возражениями и предубеждениями для медицинских работников. Данный стандарт призван регламентировать порядок информирования медицинскими работниками населения о вакцинопрофилактике, а также их работу с возражениями и предубеждениями пациентов относительно пользы и необходимости вакцинопрофилактики.

Тематические
проверки
Счетной палаты

2018–2019 года



Проверка эффективности использования бюджетных денег, выделенных на совершенствование медико-социальной экспертизы

Система медико-социальной экспертизы работает недостаточно эффективно, как показала [проверка](#) использования бюджетных денег, выделенных в 2016–2019 годах. Системе не хватает нормативного регулирования, контроля и межведомственного взаимодействия. Одна из наиболее острых проблем – дефицит кадров, особенно врачей. Так, только в Московской области с начала 2019 года из-за неукomплектованности кадрами было временно закрыто 31 бюро из 73. В результате нагрузка на врачей существенно увеличивается, очереди растут, а доступность и качество услуг снижаются.



Аудит эффективности мер государственной поддержки медицинской промышленности

Проведенная Счетной палатой [проверка](#) показала, что с 2014 по 2018 год российский рынок медицинских изделий вырос практически в полтора раза. Доля отечественных медицинских изделий в государственных закупках возросла до 24,3 %. При этом объем закупаемых медицинских изделий отечественного производства незначителен.

Сроки регистрации медицинских изделий затянуты, вследствие чего вероятны риски невыполнения или несвоевременного выполнения плана мероприятий по импортозамещению в медицинской промышленности по 31 продукту.

Действующая Стратегия развития медицинской промышленности Российской Федерации на период до 2020 года утверждена в 2013 году и не актуализирована в установленные сроки.



Аудит эффективности расходования бюджетных денег на закупку автомобилей скорой медицинской помощи в 2018 году

В 2018 году Минпромторг России получил из федерального бюджета и резервного фонда Правительства 10 млрд рублей и закупил на них 1,78 тыс. автомобилей скорой медицинской помощи и 2,73 тыс. школьных автобусов.

Проведенная Счетной палатой [проверка](#) показала, что потребность в обновлении автомобилей скорой помощи удовлетворена на 32 %. Благодаря этой мере выросла эффективность системы скорой медицинской помощи. Централизованная закупка позитивно сказалась на производительности отечественных автоконцернов. Из недочетов Счетная палата отметила несоблюдение отдельными исполнителями сроков поставок автомобилей в регионы.



Мониторинг обеспечения скоростным интернетом больниц и поликлиник

Поручение Президента о подключении всех медицинских учреждений страны к скоростному интернету в 2017-2018 годах в целом выполнено. Однако, как показала [проверка](#) Счетной палаты, управление реализацией проекта было неэффективным.

Например, Минкомсвязь России долго утверждало план-график подключения. Изначально он должен был быть готов в 2017 году. Затем сроки несколько раз переносились, и в итоге график был утвержден только 26 сентября 2018 года.

В ходе мониторинга Счетная палата также отметила, что с 2017 года тенденция загрузки каналов связи остается низкой. Это говорит о том, что в настоящее время скоростной интернет мало востребован медицинскими организациями.



Проверка эффективности использования бюджетных денег на строительство перинатальных центров

Сроки реализации программы развития перинатальных центров нарушались на всех ее этапах, обнаружила Счетная палата в результате [проверки](#). Работы по проектированию в полном объеме закончились только 7 сентября 2018 года – на 4 года позже установленного срока.

Затянулось и само строительство центров: их планировали сдать в декабре 2016 года, затем срок перенесли на декабрь 2017 года, а фактически завершили строительство только в 2018 году. В настоящий момент в эксплуатацию введены все 15 центров, генподрядчиком которых является госкорпорация «Ростех». Из них своевременно введено пять, нарушены сроки ввода по 10 перинатальным центрам, из которых шесть введены только в 2018 году. Одна из причин нарушения сроков – низкое качество первоначальной проектно-сметной документации, что повлекло внесение в нее многочисленных изменений.



Анализ исполнения госгарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи

Ни один регион России на момент [проверки](#) Счетной палаты не достиг всех установленных критериев качества медицинской помощи. По ряду распространенных заболеваний, по которым лечение оказывается бесплатно в рамках программ госгарантий, не утверждены стандарты медицинской помощи. Кроме того, в большинстве регионов терпрограммы медпомощи недофинансируются из региональных бюджетов. Так, при формировании терпрограмм на 2017 год 56 регионов установили подушевой норматив финансирования ниже значения, утвержденного Правительством. В 2018 году аналогичное отклонение допустили 52 субъекта. В результате расчетный дефицит финансового обеспечения терпрограмм на 2017 год составил более 81 млрд рублей, на 2018 год – более 65 млрд рублей.



Мониторинг практики консультирования медицинскими специалистами населения с помощью телемедицинских технологий

Действующая нормативная правовая база недостаточна для внедрения телемедицинских технологий в российские медицинские организации, выявила [проверка](#) Счетной палаты. Минздравом России не приняты все необходимые нормативные акты для развития данной сферы. Порядок оказания медицинской помощи с применением телемедицинских технологий, утвержденный в январе 2018 года, не определяет структурные подразделения, оказывающие медицинскую помощь с применением телемедицинских технологий, и стандарты их оснащения, а также не предусматривает этапы оказания такой медицинской помощи.

Кроме того, Минздрав России не ведет статистическое наблюдение за внедрением и применением телемедицинских технологий, что не позволяет ему принимать своевременные управленческие решения по развитию этой практики.



Оценка эффективности использования бюджетных денег на строительство перинатальных центров

Минздрав России и Фонд обязательного медицинского страхования не обеспечили надлежащий контроль за соблюдением установленных сроков строительства перинатальных центров, говорится в результатах [проверки](#) Счетной палаты. На 1 июля 2018 года из 32 запланированных центров было введено в эксплуатацию только 27.

Основные причины задержки ввода объектов – невыполнение подрядчиками обязательств по срокам строительства (по всем пяти перинатальным центрам) и низкое качество первоначально разработанной проектно-сметной документации.



Проверка целевого и эффективного использования бюджетных денег на подключение медицинских организаций к интернету

В 2018 году по поручению Президента Счетная палата [проверила](#) эффективность использования бюджетных денег на подключение медицинских организаций к интернету.

В результате было установлено, что на тот момент Минкомсвязью России не в полной мере достигнута цель по подключению медорганизаций к интернету и, кроме того, не был соблюден принцип эффективности использования бюджетных средств при формировании технического задания к контракту.



Аудит эффективности расходования бюджетных денег на закупку автомобилей скорой медицинской помощи в 2017 году

В результате масштабной закупки автомобилей скорой помощи и школьных автобусов для субъектов Российской Федерации были созданы условия для повышения эффективности системы скорой медицинской помощи, показала [проверка](#) Счетной палаты.

Международная практика

Введение

В рамках изучения зарубежного опыта оценки эффективности расходования бюджетных средств на развитие материально-технической базы детских поликлиник нами были взяты примеры из практики ВОА ряда стран, в которых сектор оказания медицинской помощи входит в государственную систему поддержки жизнеобеспечения граждан. В русле такого подхода были изучены отчеты ВОА США, Эстонии, Люксембурга и Словении – стран с различным уровнем государственного финансирования медицинских услуг и качества медицины в целом.

Изучение опыта зарубежных коллег показало, что в целом подход к оценке расходования средств на развитие медицинской инфраструктуры не имеет широкого распространения, тогда как оценивается конечный результат, полученный или не полученный пользователем (в данном случае – ребенком), а также эффективность оказания медицинских услуг.

Кроме того, при проведении аудита сферы детского здравоохранения особое внимание зарубежные коллеги уделяют мерам превентивного и профилактического характера, поскольку убеждены, что в будущем это станет гарантом эффективности расходования средств бюджета.

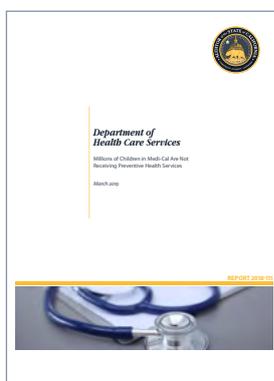
Помимо этого, зарубежные ВОА делают акцент на системно-плановом подходе к системе предоставления медицинских услуг, что, по их мнению, повышает качество и эффективность расходования средств федерального бюджета.

Также примечательно, что при проведении аудита по рассматриваемой тематике особое внимание коллеги уделяют необходимости повышения открытости и максимальной степени информированности граждан по вопросам количества и качества получаемых медицинских услуг.

Большое значение в ходе оценки также придается тому, что расходование средств федерального бюджета, направленных на развитие детских поликлиник, не должно быть ранжировано по социальному положению детей или территориальной принадлежности к тому или иному региону страны.

1. Отчет Аудитора штата Калифорния. Март 2019 года

Department of Health Care Services Millions of Children in Medi-Cal Are Not Receiving Preventive Health Services. March 2019 (Auditor of State California) REPORT 2018-111



За последние пять лет 2,4 млн детей, зачисленных в Калифорнийскую программу медицинской помощи (Medi-Cal)¹, не получили всего спектра профилактических медицинских услуг, которыми государство обязалось их обеспечить.

Почти половина детей Калифорнии получает медицинскую помощь через Medi-Cal – программу, которая обеспечивает сеть безопасности медицинских услуг, в том числе жизненно важных профилактических услуг, детям, имеющим на это право.

Центры по борьбе с болезнями, их контролю и профилактике пришли к заключению, что такие мероприятия, как обеспечение детей ежегодными профилактическими медицинскими услугами, спасают тысячи жизней и снижают последующие затраты на медицинский уход за ребенком на тысячи долларов.

Несмотря на всю важность задачи профилактики, коэффициент использования профилактических услуг Medi-Cal в отношении детей штата Калифорния встал на отметке ниже 50 %, что соответствует 40-му месту в США. Это на 10 % ниже среднего коэффициента по стране.

Государство предоставляет медицинские льготы двумя путями: оплачиваемые услуги и плановый (управляемый) уход.

При оплачиваемых услугах поставщики медицинских услуг выставляют счета Департаменту здравоохранения за непосредственно одобренные услуги, которые они предоставляют соответствующим бенефициарам.

При плановом уходе Департамент здравоохранения платит в соответствии с планом медицинского обслуживания. Устанавливается ежемесячная оплата на одного человека в соответствии с планом контрактов с поставщиками на оказание услуг для правомочных бенефициаров.

С декабря 2013 года по июнь 2018 года количество детей, которые были зачислены в план медицинского обслуживания, увеличилось на 733 000, или на 18 %, в то время как количество детей по системе фактической оплаты за обслуживание уменьшилось на 226 000, или на 29 %.

1. Medi-Cal – калифорнийская программа здравоохранения Medicaid, в рамках которой оплачиваются различные медицинские услуги детям и совершеннолетним лицам с ограниченным доходом и ресурсами. Программа Medi-Cal поддерживается федеральными и государственными налогами.

Контролируемый уход в настоящее время охватывает 90 % детей в Medi-Cal. По информации Департамента здравоохранения, осуществлен переход от системы фактической оплаты за обслуживание к системе планового (контролируемого) ухода. Данный переход обусловлен рядом причин, в частности экономической эффективностью, доступностью.

Краткие аудиторские выводы

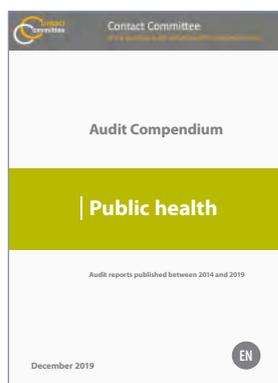
Проведенным аудитом в отношении надзора за деятельностью Департамента здравоохранения в части оказания профилактических услуг детям в Medi-Cal выявлено следующее.

- В среднем в год 2,4 млн детей, охваченных программой, не получают всех необходимых профилактических услуг.
- Многие из детей не имеют доступа к поставщикам медицинских услуг, которые могут предоставить необходимую педиатрическую помощь и профилактические услуги.
- Ограниченный доступ к медицинской страховке частично обусловлен низкими ставками возмещения медицинских расходов.
- Государства с более высокими показателями использования предлагают программы финансового стимулирования, которые Калифорния может реализовать, но это, вероятно, потребует дополнительного финансирования.
- Департамент здравоохранения делегирует обязанности по реализации доступа к детским профилактическим средствам и услугам программы планового ухода, но не обеспечивает эффективного руководства и надзора.
- Не хватает информации для составления планов медицинского обслуживания в части поставщиков и бенефициаров об ожидаемых услугах.
- Нет гарантии, что планы медицинского обслуживания регулярно выявляют и устраняют проблему «недоиспользования ресурсов», выделенных на профилактику.

По итогам проведения аудита деятельности Департамента здравоохранения в части оказания профилактических услуг детям в Medi-Cal основной акцент при оценке эффективности средств расходования бюджета делается не на фактически оказанную медицинскую помощь и средства, потраченные при оказании этой помощи, а на принятые меры профилактики и составление планов оказания медицинской помощи, что способствует повышению экономической эффективности и качества оказания медицинских услуг.

2. Аудиторский справочник по здравоохранению, подготовленный Контактным комитетом Европейской Счетной палаты, декабрь 2019 года

Audit Compendium / Public Health. December 2019. Contact Committee of the SAIs of European Union



В ходе аудита Европейской Счетной палатой была проведена оценка эффективности и действенности механизмов борьбы с ожирением у детей. Аудит охватывал период 2015–2016 годов.

Проблемы с весом и ожирением в значительной степени зависят от социально-экономического статуса семьи и приверженности каждого отдельного человека. Все, что может сделать государство, – это проводить политику по пропаганде здорового образа жизни.

Все большее число государств – членов Европейского Союза принимают меры по пропаганде здорового образа жизни и тем самым предотвращают или уменьшают ожирение среди своих граждан.

Одна из этих мер заключается в предоставлении более полной информации о питании, позволяющей гражданам делать здоровый выбор. В качестве примера можно привести маркировку продуктов питания или рекламные ограничения на продукты питания, предназначенные для детей.

Как частный пример рассмотрен аудит, проведенный ВОА Словении. В 1989 году 12,5 % детей младшего школьного возраста в Республике Словения имели избыточный вес и 2,35 % страдали ожирением. Хотя доля детей с избыточной массой тела и ожирением в начальной школе снижается с 2010 года, в 2016 году эти показатели по-прежнему составляли 43,2 % и 193,6 % соответственно по сравнению с 1989 годом.

Основная аудиторская оценка была построена на главном вопросе аудита: адекватно ли Республика Словения борется с детским ожирением? Также были рассмотрены следующие дополнительные вопросы:

- правильно ли спланированы цели и меры по борьбе с ожирением у детей;
- являются ли эффективными действия Министерства здравоохранения, Министерства образования, науки и спорта и Национального института общественного здравоохранения по осуществлению мероприятий по борьбе с ожирением у детей;
- достигнуты ли цели по борьбе с ожирением у детей и уменьшается ли доля перекормленных и страдающих ожирением детей.

Объектами аудита были Министерство здравоохранения, Министерство образования, науки и спорта и Национальный институт общественного здравоохранения.

Методология аудита включала анализ документов, веб-сайтов, сообщений средств массовой информации и других открытых источников информации, а также интервью с аудиторами, другими заинтересованными сторонами.

Проведенный ВОА Словении аудит показал, что соответствующие министерства и институты действительно вносят свой вклад в борьбу с ожирением у детей. В целом системный подход к пропаганде здорового образа жизни был оценен как более эффективный, чем реализация конкретных проектов.

Основные выводы

- Государство (Министерство здравоохранения, Министерство образования, науки и спорта и Национальный институт общественного здоровья) поощряет здоровый образ жизни среди детей на системном уровне путем регулирования здорового питания и физической активности и по средствам отдельных проектов.
- Хотя итоги деятельности государства по борьбе с ожирением у детей заметны лишь с течением времени и не поддаются прямому измерению, по оценке Счетной палаты, государство в определенной степени внесло вклад в борьбу с ожирением у детей, о чем косвенно свидетельствует изменение процента перекормленных и страдающих ожирением детей. Тем не менее государство могло бы усилить эффективность предпринимаемых мер, охватывая своими действиями всех детей.
- Школы участвуют в нескольких дополнительных проектах и программах по пропаганде здорового образа жизни. Однако реализация проектов менее эффективна по сравнению с системным подходом. Проекты ограничены во времени, не всегда обеспечивают равное обращение с детьми и создают дополнительную административную нагрузку и расходы.
- Надлежащим образом создана система организации здорового школьного питания, обеспечивающая равное отношение ко всем детям.
- Физическая культура в начальных школах не превышает 180 минут в неделю, рекомендованных Всемирной организацией здравоохранения.

Министерству здравоохранения рекомендовано:

- принять меры по улучшению соответствия между организованным школьным питанием и рекомендациями по питанию;
- внести изменения в правила выдачи медицинских справок, обосновывающих отсутствие на занятиях спортом или специальную диету;
- проанализировать потребности и определить процедуры для принятия на раннем этапе мер по борьбе с ожирением у детей, а также меры по возможному лечению сопутствующих заболеваний.

Министерству образования, науки и спорта рекомендовано:

- пересмотреть требования к организациям, обеспечивающим школьное питание, включая пути упрощения и оптимизации процедур государственных закупок продуктов питания для школьного питания, рассмотреть вопрос об организации регулярных учебных курсов в этой области;
- провести анализ эффективности и результативности индивидуальных спортивных программ;
- разработать анализ затрат и выгод для проектов, связанных с повышением осведомленности о принципах здорового питания, а также изучить варианты включения содержания проектов и программ в регулярные учебные и образовательные программы;
- рассмотреть возможность проведения учебных курсов по вопросам важности здорового образа жизни для сотрудников школ, детей и их родителей;
- рассмотреть вопрос о подготовке учителей в области укрепления здоровья;
- провести детальный анализ персонала и ресурсов, требуемых для организации уроков физического воспитания в количестве 5 часов в неделю для всех детей.

Итоги аудита

- Главным результатом проведенного аудита стало информирование общественности о текущей ситуации и проблемах, возникающих в связи с избыточной массой тела и ожирением у детей.
- Одним из возможных результатов аудита может стать внесение изменений и дополнений в правила физического воспитания в школе.

Основной вывод, сделанный в ходе аудита, заключался в том, что финансируемые мероприятия не всегда охватывали всех детей и, следовательно, не обеспечивали равного обращения, что свидетельствует о низкой эффективности предпринимаемых мер. В целом системный подход к пропаганде здорового образа жизни был оценен как более эффективный, чем реализация конкретных проектов.

3. Доклад Европейской комиссии. Состояние здоровья в ЕС. Люксембург. Паспорт здоровья страны 2017 года

European Commission. State of Health in the EU Luxembourg Country Health Profile 2017



Люксембург

В представленном докладе приведен анализ факторов риска для здоровья страны. В частности, рассмотрены поведенческие факторы риска, вызывающие основные проблемы со здоровьем. Среди них отмечена проблема избыточного веса у детей.

Рост показателей избыточного веса и ожирения среди детей может представлять собой большую проблему в будущем. По данным анкетирования граждан (которые, как правило, не полностью отражают степень распространения ожирения), 15 % взрослых в Люксембурге страдали ожирением в 2014 году,

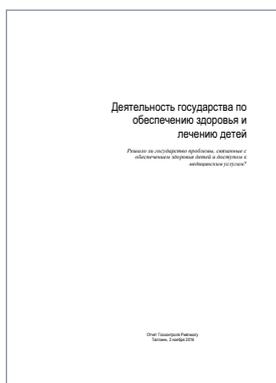
что соответствует среднему показателю по ЕС. Аналогичный показатель среди 15-летних вырос в период с 2005 по 2014 год более чем на 40 %. Это вызывает особое беспокойство, учитывая, что наличие избыточного веса или ожирения в детстве с большой долей вероятности прогнозирует наличие подобных проблем и во взрослой жизни. Реагируя на этот вызов 10 лет назад, Люксембург начал реализовывать национальные стратегии в области питания, профилактики и лечения ожирения, а также содействия физической активности и здоровому питанию, уделяя особое внимание детям и молодежи.

Люксембург, так же, как и некоторые другие страны, отдает предпочтение в вопросах оценки расходования бюджетных средств мерам превентивного характера как наиболее эффективным.

4. Отчет Госконтроля Рийгикогу, Таллинн

2 ноября 2016 года (на русском языке)

Деятельность государства по обеспечению здоровья и лечению детей. Решены ли государством проблемы, связанные с обеспечением здоровья детей и доступом к медицинским услугам?



Забота о здоровье детей составляет одну из важнейших статей расходов государства и является основой функционирования всего общества. Своевременно не обнаруженные и не вылеченные заболевания и проблемы со здоровьем переносятся в будущее, выражаясь в потерянных годах жизни и работы трудоспособного населения, а также в ухудшении качества жизни, и приводят к еще бóльшим медицинским расходам. Поэтому обеспечение здоровья детей и формирование здорового образа жизни является ключевым вопросом в увеличении возможностей рабочей силы государства и повышении уровня благополучия.

ВОА Эстонии проанализировал, обеспечивается ли своевременное выявление нарушений здоровья и болезней у детей, происходит ли обмен информацией между специалистами и родителями, получают ли дети необходимую помощь, а также образуют ли стороны, отвечающие за обеспечение здоровья и лечение детей, функциональную сеть. Также Госконтроль исследовал доступность медицинских услуг для детей с учетом места жительства, возраста и социального положения.

В Эстонии по состоянию на 2015 год проживало примерно 258 000 детей, что составляло 20 % населения. В 2016 году бюджет на детскую помощь врачей-специалистов, школьное здравоохранение и мероприятия по укреплению здоровья детей составил 26,9 млн евро. К этой сумме добавляются расходы на помощь семейных врачей и услуги учебного консультирования. По оценке Госконтроля, действующая организация здравоохранения не обеспечивает предупреждение детских проблем со здоровьем, их своевременное обнаружение, системное отслеживание и последовательное лечение. Для улучшения ситуации следовало бы организовать тесное сотрудничество между семейными врачами и врачами-специалистами, а также специалистами в области школьного здравоохранения, защиты детей, учебного консультирования и продвижения здорового образа жизни.

Как семейные врачи, так и школьные медсестры не всегда своевременно распознают проблемы с психическим здоровьем, поскольку не имеют соответствующей подготовки, и по этой причине они не направляют ребенка дальше к другому специалисту.

Анализ Госконтроля показал, что к врачу не попадает половина детей, у которых школьные медсестры заметили проблемы со здоровьем. Во многих учебных заведениях отсутствуют специалисты по учебному консультированию, которые в случае проявления проблем могли бы незамедлительно помочь ребенку. К тому же далеко не всегда после получения помощи врача-специалиста соблюдается необходимая схема лечения. Причиной является отсутствие подхода, подразумевающего ведение отдельного клинического случая, т. е. существующая система не обеспечивает дальнейшую постоянную работу с нуждающимися в лечении детьми. В результате многие пациенты перестают получать медицинскую помощь, пока их здоровье снова не ухудшится.

Основным способом раннего обнаружения проблем со здоровьем и заболеваний является регулярный медицинский осмотр. При этом менее 4 % детей дошкольного возраста (3–6 лет) ходит на осмотр с предусмотренной частотой. Регулярность посещения осмотра зависит от возраста ребенка. Посещаемость семейного врача среди детей в возрасте 2 лет составила 85–93 %. Из 3–6-летних детей ни разу за три года на медицинский осмотр не ходило 52 %. Меньше всего на медицинский осмотр ходят школьники: в зависимости от возраста на проверку ходило 8–20 % детей. Также выросла доля отказывающихся от вакцинации, достигнув в 2014 году от 1,9 до 3,5 % (в зависимости от прививки). Причиной этому послужило то, что Министерство социальных дел не смогло эффективно повысить осведомленность родителей о необходимости медицинских осмотров и прививок. Кроме того, у семейных врачей, вследствие большой нагрузки, недостаточно возможностей заботиться о том, чтобы все дети попали на медицинские осмотры в соответствии с графиком.

Не все дети получают одинаковую услугу школьного здравоохранения, и надзор за содержанием и качеством услуги не осуществляется. Поскольку ребенок школьного возраста находится большую часть дня в школе, то продвижение здорового образа жизни и предотвращение болезней должны быть частью школьной жизни всех детей.

Аудит показал, что услуга школьного здравоохранения отсутствует в 14 школах. Установленное требование «одна школьная медсестра на 600 учеников» смогли выполнить не везде, т. е. соответствующую требованиям услугу не получило примерно 34 000 школьников. В дополнение к этому выяснилось, что ситуация в школах разная. Например, уроки санитарного просвещения проводились школьными медсестрами в 70 % городских школ, а в деревенских школах этот показатель составил 30 %. Одной из причин отличий являются неодинаковые возможности школьных медсестер получать информацию как о здоровье детей, так и об учебной среде.

В свою очередь, это объясняется тем, что финансирование услуги школьного здравоохранения в период с 2006 по 2015 год росло медленнее, чем финансирование остальных услуг здравоохранения. Кроме того, услуга школьного здравоохранения оплачивается только за 11 месяцев в году. В то же время надзор за этой услугой ограничивался проверкой формальных требований и не включал оценку содержания и качества услуги (за исключением иммунизации).

Лечение детей с хроническими заболеваниями не всегда было своевременным и последовательным. По оценке экспертов, своевременно не получили лечение 71 % детей с расстройствами поведения (гиперактивность, дефицит внимания) и 63 % детей с нарушениями питания. В подобных случаях средний временной промежуток от возникновения проблемы со здоровьем до ее определения составлял 2 года. Кроме того, аудит показал, что если ребенок с выявленной проблемой направлен на лечение, то оно не всегда последовательно. Например, из страдающих ожирением детей за 4-летний период медицинскую услугу получили в течение двух лет 30 %, трех лет – 8 %, и в течение всех четырех лет – 4 % целевой группы. Однако лечение страдающего ожирением ребенка предполагает регулярное получение медицинской услуги. Первичное заболевание страдающих ожирением детей за период 2006–2014 годов увеличилось на 54 %. Причина этого заключается как в расстройстве поведения детей, так и в том, что услуги не предлагаются скоординированно и ребенок не попадает своевременно ко всем необходимым специалистам.

Анализ Госконтроля показал, что получение медицинских услуг и госпитализация детей по причине хронических заболеваний различались в зависимости от места жительства детей.

Дети с диабетом I типа и астмой, попадавшие на стационарное лечение, в основном были из семей с материальными трудностями. В 2014 году минимальную заработную плату или меньше нее получали 31,7 % от всех получающих доход от трудовой занятости жителей Эстонии. Из родителей детей, госпитализированных с диабетом I типа и астмой, – соответственно 39,6 и 40,7 %. Помимо дохода, экономическое положение семьи характеризует также получение социальных пособий: среди семей с детьми, госпитализированными с диабетом, доля получающих прожиточное пособие (8 %) была более чем в два раза выше по сравнению со средним по Эстонии (3,4 %). В числе семей с детьми, госпитализированными с астмой, доля получающих прожиточное пособие (5,5 %) была также выше среднего по Эстонии. Государство отдельно не анализировало, насколько больше нуждаются в медицинских услугах дети бедных и имеющих материальные трудности семей.

Государству, несомненно, известны статистические данные о рождаемости и смертности и случаи первичных заболеваний, но отсутствие обзора о состоянии здоровья детей по разным целевым и возрастным группам затрудняет решение проблем. Институт развития здоровья собирает статистику первичных заболеваний, где одно лицо может быть учтено с одним и тем же случаем заболевания у нескольких

поставщиков услуг с открытием каждый раз нового счета за лечение. Кроме того, в статистике регистрируются как основные, так и сопутствующие диагнозы, поэтому возможно, что сопутствующие болезни фиксируются несколько раз.

Как Министерство социальных дел, так и Институт развития здоровья подтверждают, что собираемые в настоящей форме медицинские данные не позволяют планировать медицинские услуги, а также направленные на целевые группы мероприятия.

По оценке Министерства социальных дел, ситуацию должно было улучшить запланированное на 2017 год внедрение в Информационную систему здоровья статистического модуля осмотра детей.

Основные рекомендации Госконтроля Министру здоровья и труда в сотрудничестве с Председателем правления Больничной кассы Эстонии

- Разработать и внедрить концепцию интегрированных услуг для слежения за здоровьем и лечения детей, в рамках которой в функциональную и скоординированную сеть будут объединены услуга семейного врача, услуга школьного здравоохранения, помощь врачей-специалистов, вспомогательные услуги учебного консультирования и защита детей.
- Рассмотреть возложение дополнительной обязанности на семейного врача, согласно которой он был бы обязан следить, чтобы ребенок мог получать все необходимые услуги и при необходимости информировать и консультировать родителя; при этом также обеспечить покрытие семейному врачу расходов, сопутствующих дополнительным обязанностям.
- Проанализировать, обоснована ли настоящая частота посещения медицинских осмотров. Требование слишком частого посещения медицинского осмотра детьми может быть обременительным для родителей и системы здравоохранения и не обеспечивать эффективного по затратам обнаружения болезней.
- Улучшить информированность родителей о необходимости посещения медицинских осмотров, внедрить для содействия посещению медицинских осмотров систему извещения, основанную на мобильных и электронных решениях, а также, в случае постоянного игнорирования извещений, привлечь специалиста по защите детей для выяснения причин и решения проблемы.
- Изменить организацию финансирования услуги школьного здравоохранения: увеличить количество школьных медсестер, повысить качество их обучения, обновить руководство по школьному здравоохранению, тем самым обеспечив для всех детей услугу школьного здравоохранения одинакового содержания, независимо от района проживания ребенка.

Аудит показал, что действующая организация здравоохранения не способна обеспечить предупреждение детских проблем со здоровьем, их своевременное обнаружение, системное отслеживание и последовательное лечение. Также отмечено, что финансирование услуг школьного здравоохранения росло медленнее, чем финансирование остальных услуг здравоохранения. Не все дети получают одинаковую услугу школьного здравоохранения, и надзор за содержанием и качеством услуги не осуществляется. В число аудиторских рекомендаций для обеспечения более эффективного расходования средств бюджета вошли такие положения, как: изменение организации финансирования услуг школьного здравоохранения, обеспечение одинакового содержания услуги для детей вне зависимости от положения и региона проживания, определение содержания и регулярности, проведение работы по улучшению информированности родителей о качестве и объеме предоставления услуг.

Выступления

XXII Конгресс педиатров России

21 февраля 2020 года



Галина Изотова

Заместитель Председателя
Счетной палаты Российской Федерации

Согласно Стратегии развития Счетной палаты на 2019–2024 годы основной целью существования (миссией) является содействие справедливому и ответственному государственному управлению, как необходимому условию устойчивого развития российского общества и обеспечению достойной жизни человека.

Наша деятельность нацелена на устранение возможности злоупотреблений, неэффективного использования государственных ресурсов. Как справедливо отметил Председатель Счетной палаты Алексей Кудрин, аудитору, как и врачу, свойственно обращать внимание не на достижения, а на недостатки. Мы, как и вы, ставим диагноз и даем рекомендации по оздоровлению. В нашем случае – системе государственного управления.

При этом Счетная палата является стратегическим партнером и помогает как органам власти, так и общественным организациям формировать перспективную картину социально-экономического состояния страны. И мы, конечно, находимся в постоянном диалоге с Министерством здравоохранения, с фондом ОМС, общественными организациями.

На текущий момент здравоохранение является одним из самых востребованных со стороны населения направлений государственной политики в социальной сфере. Мировые тренды указывают на рост расходов на здравоохранение до 10,2 % совокупного ВВП к 2030 году против нынешних 8,8 %. Существует несколько причин, по которым это происходит.

Во-первых, это старение населения экономически развитых стран. По исследованиям ВОЗ средняя продолжительность жизни людей в мире с 2000 года выросла на 5,5 года – до 72 лет. Это стимулирует рост расходов на здравоохранение.

Во-вторых, это появление новых заболеваний. Международный классификатор болезней ВОЗ в 1975 году состоял из 18 классов заболеваний и состояний человека. В 1990 году их стало 22, современная версия насчитывает уже 26.

Наряду с этим происходит активное развитие методов диагностики и лечения заболеваний. Постепенно в медицину внедряются последние достижения робототехники, цифровых и биотехнологий. В России в 2019 году на финансирование

одной только высокотехнологичной медицинской помощи вне базовой программы ОМС было предусмотрено почти 95 миллиардов рублей.

Наконец ключевой фактор роста мировых расходов на здравоохранение – повышение интереса общества к собственному здоровью. Россия старается соответствовать этому тренду, постепенно наращивая расходы в отрасли.

Одним из инструментов для доведения финансовых средств является национальный проект «Здравоохранение», на который планируется потратить 1,7 триллиона рублей к концу 2024 года.



В целом же государственные расходы на здравоохранение в ближайшие три года будут составлять 4,7–4,9 триллиона рублей в год. Это составит около 4 % от уровня ВВП. Расходы населения на здравоохранение по различным оценкам составляют 2,5–3 % от уровня ВВП. Таким образом, суммарные расходы России на здравоохранение находятся примерно на отметке 6,5–7 % от ВВП, что несколько ниже, чем в среднем по странам ОЭСР.

Президент России уже заявил о дополнительном финансировании первичного звена здравоохранения. Это лишний раз подчеркивает важность и необходимость развития страны в этом направлении. Здоровая нация – это в первую очередь здоровые дети.

В своей недавней проверке Счетная палата рассмотрела как расходуются бюджетные средства на развитие материально-технической базы детских поликлиник и детских поликлинических отделений медицинских организаций, оказывающих первичную

медико-санитарную помощь. В результате проведенного мероприятия были установлены факторы, способные оказать негативное влияние на достижение целей в области здравоохранения: доступность услуг в сфере детского здравоохранения пока не соответствует требуемому уровню, квалифицированных специалистов-педиатров в регионах не хватает, а состояние большинства зданий, используемых под детские поликлиники, не может обеспечить детям необходимый комфорт.

Анализ данных свидетельствует о снижении в 2018 году по сравнению с 2017 годом численности врачей, среднего и младшего медицинского персонала. Актуальными остаются вопросы недостатка врачей узкой специализации, оказывающих медицинскую помощь детям, неполной укомплектованности педиатрической службы.



Помимо дефицита врачей, проблемой также является отсутствие необходимой квалификации медицинских работников, что приводит к снижению качества оказания медицинской помощи населению.

Есть проблемы нормативного правового регулирования. Так, одной из важнейших составляющих процесса развития материально-технической базы детских поликлиник является внедрение стационарозамещающих технологий в амбулаторном звене. Однако в федеральном проекте «Развитие детского здравоохранения, включая создание современной инфраструктуры оказания медицинской помощи детям» такая задача не поставлена.

Кроме того, высокий уровень здравоохранения невозможно обеспечить без обратной связи с населением страны. Однако в марте 2019 года из госпрограммы «Развитие здравоохранения» была исключена цель «Повышение к 2025 году удовлетворенности населения качеством медицинской помощи», что не позволит органам исполнительной власти своевременно оценить актуальные проблемы и принять рациональные решения, направленные на повышение доступности и качества оказания медицинской помощи населению.

По итогам экспертно-аналитического мероприятия Счетной палатой были даны рекомендации Правительству Российской Федерации по решению вышеназванных проблем.

Хочу напомнить, что в своем Послании Федеральному Собранию 15 января 2020 года Президент Российской Федерации обозначил высокую важность ускоренного решения масштабных социальных, экономических и технологических задач, стоящих перед страной, в том числе подчеркнул амбициозность задач в сфере здравоохранения, физической культуры и спорта – для увеличения продолжительности жизни.

С учетом изложенного перед Счетной палатой Российской Федерации как органа парламентского контроля стоят стратегические задачи по комплексному анализу ключевых социальных сфер и выработке действенных рекомендаций, обеспечивающих достижение приоритетов социально-экономического развития государства в условиях ограниченности ресурсов.

Гайдаровский форум 16 января 2020 года



Галина Изотова

Заместитель Председателя

Счетной палаты Российской Федерации

Баланс бюджета здравоохранения будущего

Как среди множества подходов и практик формирования бюджета здравоохранения найти максимально эффективный?

Максимально эффективным, на наш взгляд, является программно-целевой подход к формированию бюджета. Сбалансированность бюджета здравоохранения необходимо оценивать, соотнося его с целевыми показателями и приоритетами, которые мы должны достигнуть в сфере здравоохранения в ближайшее время и в долгосрочной перспективе.

Указом Президента № 204 (от 7 мая 2018 года) были закреплены такие приоритеты – повышение ожидаемой продолжительности жизни до 78 лет к 2024 году и до 80 лет к 2030 году, а также устойчивый естественный рост численности населения нашей страны. Главная задача – выстроить систему здравоохранения так, чтобы эти национальные цели и приоритеты были достигнуты.

Счетная палата проводит мониторинг достижения национальных целей и, как многие общественные институты, видит риски их недостижения. В условиях ограниченности ресурсов необходимо грамотно определять приоритеты и, воздействуя на них, решать основные задачи.

Наибольший потенциал для увеличения ожидаемой продолжительности жизни до 2024 года имеют:

- снижение смертности от болезней системы кровообращения,
- снижение смертности от злокачественных новообразований;
- снижение смертности от внешних причин.

Поэтому необходимо перераспределить средства на решение именно этих задач.

В части снижения смертности за предыдущий шестилетний период было сделано многое. Однако полагаем необходимым обновить перечень мер, направленных на снижение смертности от болезней системы кровообращения и новообразований, включая расширение вовлеченности в практики здорового образа жизни, обеспечение

доступности лекарств для хронических больных с сердечно-сосудистыми заболеваниями, а также повышение доступности и результативности первичной помощи для населения.

Борьба с внешними причинами смерти сегодня ведется в части снижения смертности от ДТП и повышения уровня безопасности на рабочих местах (25 % смертей в трудоспособном возрасте приходится на внешние причины). Мы видим потенциал системы здравоохранения в усилении мер по предотвращению самоубийств и отравлений, в том числе алкогольных.

Как формируется бюджет здравоохранения на национальном и региональном уровне?

Мировые тренды указывают на рост расходов на здравоохранение до 10,2 % совокупного ВВП к 2030 году против нынешних 8,8 %. Существует несколько причин, по которым это происходит.

Это старение населения экономически развитых стран, появление новых заболеваний и повышение интереса общества к собственному здоровью.

Россия также старается этому тренду соответствовать, постепенно наращивая расходы в отрасли. Одним из инструментов для доведения финансовых средств является национальный проект «Здравоохранение», на который планируется потратить 1,7 трлн рублей к концу 2024 года. В целом же государственные расходы на здравоохранение в ближайшие три года будут составлять 4,7–4,9 трлн рублей в год, что составит около 4 % от уровня ВВП. Расходы населения на здравоохранение составляют, по различным оценкам, еще 2,5–3% от уровня ВВП. Таким образом, суммарные расходы России на здравоохранение находятся примерно на отметке 6,5–7 % от ВВП, что несколько ниже, чем в среднем по странам ОЭСР (8,8 %).

В соответствии со структурой финансового обеспечения в 2019–2024 годах государственной программы «Развитие здравоохранения» 14,5 из 27 млрд рублей (54 %) выделяется из средств Фонда обязательного медицинского страхования. При этом ФОМС только перечисляет деньги и не несет ответственности за выполнение показателей государственной программы. А между тем по итогам 2018 года три из пяти ее целей не достигнуты.

Примерно 30 % (7,9 из 27 млрд рублей) финансирования госпрограммы «Развитие здравоохранения» в 2019–2024 годах – средства бюджетов субъектов.

По данным отчетов об исполнении бюджетов субъектов РФ, размещенных на сайте Федерального казначейства, объем бюджетных назначений на финансирование сферы здравоохранения в 2018 году из бюджетов субъектов РФ утвержден в сумме 994,2 млрд рублей, или 9,2 % от общего объема бюджетов субъектов. Исполнение на 1 января 2019 года составило 95,4 %, не исполнено бюджетных средств в сумме 45,8 млрд рублей.

Наибольший процент неисполнения от утвержденных бюджетных назначений в 2018 году наблюдался в Республике Ингушетия (26,18 %), Красноярском крае

(21,57 %), г. Севастополе (20,47 %), Вологодской области (18,77 %), Республике Мордовия (16,47 %), Курганской области (15,03 %).

По сумме неисполненных средств лидирующими являются Московская область (7,9 млрд рублей), Красноярский край (5,2 млрд рублей) и Тюменская область (2,3 млрд рублей).

Освоение средств межбюджетных трансфертов из федерального бюджета на софинансирование полномочий в сфере здравоохранения в 2018 году составило 92 % бюджетных ассигнований, утвержденных сводной бюджетной росписью (94,9 из 103,3 млрд рублей).

Следует отметить, что субъекты Российской Федерации сегодня не могут в полном объеме освоить предусмотренные бюджетами средства на систему здравоохранения. Нужно разбираться с причинами происходящего.

Как правильно сбалансировать расходы на различные уровни оказания медицинской помощи?

Сопоставление России с зарубежными странами показывает, что при текущих расходах существует потенциальная возможность добиться более высоких медико-социальных результатов, включая продолжительность жизни населения, уровень смертности, равенство в доступе к медицинской помощи и др.

В рейтинге стран мира по эффективности систем здравоохранения Американского агентства финансово-экономической информации Bloomberg (2016 года) Россия занимает лишь 55 место в мире. Эффективность системы здравоохранения той или иной страны определялась исходя из ожидаемой продолжительности жизни, государственных затрат на здравоохранения и стоимости медуслуг в пересчете на душу населения. В некоторых странах расходы на душу населения меньше, чем в России, а продолжительность жизни дольше.

Для повышения эффективности работы системы здравоохранения в России полагаем необходимым:

- сбалансировать программу государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи. Этого можно добиться, расставив приоритеты;
- устранить структурную диспропорцию в источниках финансирования расходов на здравоохранение, определив приоритет бесплатности медицины в первую очередь для социально незащищенных слоев населения;

- продолжить внедрение проектных принципов управления отраслью, что послужит дополнительным инструментом управления по целям с учетом имеющихся ресурсов для осуществления государственной социально-экономической политики в приоритетных направлениях развития.

Рейтинг открытости

В прошлом году Счетная палата опубликовала [рейтинг открытости государственных структур](#), где они оцениваются по трем важным показателям:

- открытость информации;
- открытые данные;
- открытый диалог.

Министерство здравоохранения занимает в этом рейтинге высокие позиции (ААВ).

Заседание президиума Госсовета о задачах субъектов Российской Федерации в сфере здравоохранения 31 октября 2019 года



Вероника Скворцова

Министр здравоохранения
Российской Федерации

с мая 2012 года по январь 2020 года

За последние годы в России осуществлены серьезные преобразования в сфере здравоохранения, направленные на формирование единой Национальной пациенто-ориентированной системы, объединяющей весь медицинский потенциал страны, независимо от формы собственности, основанной на единых требованиях к доступности и качеству медицинской помощи, квалификации медицинских работников, на принципах солидарности и социального равенства.

1. Была разработана и внедрена трехуровневая модель регионального здравоохранения, получившая сейчас широкое признание в мире и используемая во многих странах.

Для оказания современной экстренной специализированной помощи при жизнеугрожающих состояниях в течение «золотого часа» поэтапно создан второй – межрайонный – уровень. Сегодня работают более 1200 ангионеврологических и кардиологических сосудистых центров, 1500 травмацентров, что позволило снизить с 2008 года смертность от инсультов и комбинированных травм более чем в 2 раза (от инфарктов миокарда – на 18 %).

Сформирован третий уровень системы – это уже 836 головных региональных организаций, что привело к увеличению объемов ВМП в 5,3 раза при существенном расширении перечня диагностических и лечебных технологий. В том числе созданы 94 перинатальных центра, координирующих региональные системы родовспоможения, что позволило за 10 лет снизить материнскую и младенческую смертность на 56 % и 40 % за 10 лет, до одних из самых низких в мире показателей.

В последние годы мы уделяли особое внимание развитию комплексной профилактики: созданию системы общественного здоровья и формированию здорового образа жизни, внедрению массовых профилактических осмотров и диспансеризации, расширению вакцинации, что и позволило за 10 лет снизить заболеваемость туберкулезом в 2 раза, а смертность – в 3 раза; заболеваемость гриппом – в 6 раз, а смертность – в десятки раз; увеличить выявляемость самых ранних стадий онкологических заболеваний до 57 %, а при поражениях

репродуктивной системы — от 67 % до 84 %, взять под контроль артериальную гипертензию более чем у 60 % пациентов.

Тем не менее состояние первичного звена здравоохранения не может нас устраивать.

Большая часть инфраструктуры первичного звена создавалась более 70 лет назад и дополнительно пострадала в 90-е и 2000-е годы, особенно в сельской местности. Так, число ФАП и сельских врачебных амбулаторий с 1991 по 2014 год сократилось почти на 16 тысяч.

В 2014–2016 годах впервые с советского периода были пересмотрены требования к размещению инфраструктуры первичного звена здравоохранения. Для помощи в территориальном планировании была создана автоматизированная геоинформационная система. Это позволило в 2016 году субъектам РФ разработать и принять «дорожные карты» по достраиванию первичного звена.

Результатом стало поэтапное восстановление сельской медицины. С 2014 по 2018 год было введено в строй более 2,4 тыс. новых сельских медицинских объектов, а число поликлинических отделений районных и центральных районных больниц увеличилось на 26 % — до 11,5 тыс.

По итогам 2018 года из 45,7 тыс. населенных пунктов, требующих наличия ФАП, осталось обеспечить 499.

С 2019 года стартовали шесть федеральных проектов нацпроектов «Здравоохранение» и «Демография», направленные на совершенствование работы первичного звена.

Так, до конца текущего года регионы должны построить не менее 390 ФАП и в следующем году завершить строительство объектов сельской медицины.

Для медицинского обеспечения жителей малонаселенных пунктов (меньше 100 человек) активно внедряются выездные формы работы. Число передвижных подразделений в регионах увеличилось до 3800, а число выполненных ими посещений превысило 4,2 млн в год. К 2022 году в рамках нацпроекта запланировано приобретение еще 1300 мобильных диагностических комплексов.

Для оказания медицинской помощи жителям труднодоступных районов страны с 2016 года развивается санитарная авиация. В этом году вылеты осуществляются уже в 49 регионах, причем за 9 месяцев совершено почти 13 тыс. вылетов и спасено более 18 тыс. пациентов. С 2021 года санитарная авиация заработает по всей стране.

Вместе с тем, не преодолев накопившегося износа и технологического отставания районных и центральных районных больниц, поликлиник и амбулаторий, мы не сможем сделать первичное звено здравоохранения действительно доступным и качественным.

Необходима масштабная ревизия инфраструктуры в соответствии с реальными потребностями населения, в привязке к каждому населенному пункту и численности проживаемого в нем населения, с учетом транспортной инфраструктуры,

коммуникаций и уровня развития цифровых технологий, а также с учетом прогноза демографических и миграционных изменений.

В соответствии с поручением Президента и принятыми правительством принципами модернизации первичного звена здравоохранения все субъекты РФ должны в сжатые сроки завершить пересмотр схем размещения и мощностей медицинских организаций первичного звена, паспортизацию каждой медицинской организации с оценкой износа зданий, оборудования и транспортных средств и составлением перечней объектов, требующих нового строительства, реконструкции, капитального ремонта, переоснащения.

Минздрав России совместно с другими ведомствами окажет всестороннюю помощь регионам в составлении региональных программ модернизации первичного звена здравоохранения, а затем в их реализации.

2. Значительный резерв для повышения доступности медицинской помощи и комфортности условий ее получения заключен в развитии цифровых технологий. С 2014 года число медицинских организаций, использующих медицинские информационные системы, увеличилось в 7 раз — до 15,5 тыс.

Сегодня перед регионами стоит задача — обеспечить соответствие этих систем утвержденным единым требованиям.

Только в этом случае до 2022 года мы сможем завершить создание единого цифрового контура Национальной системы здравоохранения, включающего все необходимые подсистемы: маршрутизации и управления потоками пациентов, диспетчеризации санитарного авто- и авиатранспорта, лекарственного обеспечения, лабораторных и инструментальных исследований и др.

В цифровой контур до 2022 года должны быть включены сельские медицинские подразделения, налажена система многоуровневых телемедицинских консультаций и дистанционной диагностики и мониторинга состояния здоровья пациентов из групп риска.

С полной версией доклада можно ознакомиться на [сайте Министерства здравоохранения Российской Федерации](#)

Исследования по теме

Здравоохранение: необходимые ответы на вызовы времени



Успехи развития России в будущем во многом зависят от динамики развития человеческого капитала. На его качество в первую очередь влияют системы образования и здравоохранения. Лидерство в мировой экономике будет все в большей мере определяться конкурентоспособностью страны на глобальных рынках образовательных и медицинских технологий и услуг.

Меры, связанные с повышением качества и доступности медицинской помощи, находятся в числе самых важных ожиданий граждан от госполитики. И такие меры должны войти в состав ее главных приоритетов на 2018–2024 годы.

[Подробнее](#)

Предоставление качественных услуг здравоохранения: обязательное условие всеобщего охвата услугами здравоохранения на мировом уровне



Согласно имеющимся данным, медико-санитарная помощь неудовлетворительного качества приводит к расходованию значительного объема ресурсов и причиняет вред здоровью населения, уничтожая человеческий капитал и снижая продуктивность.

Качество помощи и, особенно, безопасность пациентов, важны для формирования доверия к услугам здравоохранения и являются ключевым условием глобальной безопасности общественного здоровья, которая начинается с безопасности общественного здоровья на локальном уровне, что, в свою очередь, зависит от качества услуг, оказываемых на уровне непосредственного контакта с пациентом. Качественные услуги здравоохранения не только предотвращают страдания и помогают формировать более здоровое общество, но и укрепляют человеческий капитал и здоровье экономик.

[Подробнее](#)

Первичная медико-санитарная помощь

Усиление первичной медико-санитарной помощи важно для достижения целей устойчивого развития (ЦУР) в области здоровья и для обеспечения всеобщего охвата услугами здравоохранения.

Кроме того, оно будет способствовать достижению других целей, помимо ЦУР 3 (обеспечение здорового образа жизни и содействие благополучию для всех в любом возрасте), в том числе связанных с образованием и повышением благополучия, водоснабжением и санитарией, занятостью и экономическим ростом, сокращением неравенства и борьбой с изменением климата.

[Подробнее](#)

Факторы, влияющие на выбор медицинских услуг в педиатрии

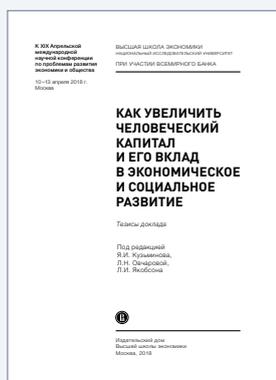


В сфере здравоохранения работает большое количество организаций, оказывающих медицинскую помощь. Выбор пациента является достаточно серьезным решением, так как он фактически доверяет организации и работающим в ней врачам свое здоровье.

Еще более ответственно к этому вопросу подходят родители, выбирая медицинскую организацию для своих детей. Иногда такой выбор сделать довольно сложно. В случае медицинской помощи, оказываемой в системе ОМС, его делают страховые компании или государство. Наличие выбора как в здравоохранении, так и в других сферах обеспечивает максимизацию полезности для индивида при заданном количестве ресурсов.

[Подробнее](#)

Как увеличить человеческий капитал и его вклад в экономическое и социальное развитие



В российском здравоохранении главными препятствиями на пути достижения целевых ориентиров по средней продолжительности жизни при рождении являются дефицит ресурсного обеспечения, технологическая отсталость, недостаточные качество первичной медико-санитарной помощи и квалификация медицинских кадров.

Система здравоохранения не готова ответить на вызовы старения из-за неразвитости гериатрической и реабилитационной помощи, недостаточности мер по ведению больных с хроническими заболеваниями.

[Подробнее](#)

Реализация и развитие профессионально-личностного потенциала врача первичного звена здравоохранения

Реализация и развитие профессионально-личностного потенциала врачей – неотъемлемая составляющая процесса повышения доступности и качества первичной медико-санитарной помощи. На сегодняшний день изученность данного вопроса недостаточна, а системные решения проблемы отсутствуют.

В результате исследования были выявлены недостаточная удовлетворенность врачей использованием имеющихся у них знаний и опыта, а также находящаяся на среднем уровне мотивация к профессиональной самореализации и развитию.

Решение проблемы реализации и развития профессионально-личностного потенциала врача должно быть системным, научно обоснованным и осуществляться на уровне каждой медицинской организации государственного и частного секторов здравоохранения как с использованием универсальных механизмов, так и с учетом ее специфических особенностей.

[Подробнее](#)

Взаимодействие пациентов с региональной системой контроля качества медицинской помощи

Изучение взаимодействия пациента и региональной системы контроля качества и безопасности медицинской деятельности дает возможность получить информацию о соответствии сложившейся модели регионального здравоохранения ожиданиям пациентов.

В результате исследования выявлена устойчивая тенденция к росту количества жалоб и обращений граждан по вопросам, связанным с организацией и оказанием медицинской помощи в субъекте Российской Федерации.

Исследование свидетельствует о необходимости разработки комплекса управленческих решений, направленных на совершенствование региональной системы контроля качества и безопасности медицинской помощи путем расширения межведомственного взаимодействия и устранения дублирующих функций с детализацией полномочий по рассмотрению и контролю устранения выявленных нарушений на территории субъекта Российской Федерации.

[Подробнее](#)

Приоритет первичной медико-санитарной помощи – декларация или реальность?

Важное направление модернизации здравоохранения – повышение роли первичной медико-санитарной помощи. Состояние этого вида помощи во многом определяет конечные результаты функционирования отрасли в целом.

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 и не могут претендовать на создание новой модели первичной медико-санитарной помощи.

Выявленные проблемы являются следствием низкой приоритетности первичной медико-санитарной помощи, серьезных задержек с ее реформированием. Отказ от массового развития института врача общей практики и поиска новых форм организации участковой службы ограничивает повышение эффективности этого сектора. В результате вся система здравоохранения вынуждена развиваться по экстенсивному пути – за счет вложений в специализированную помощь, которая обходится обществу значительно дороже.

[Подробнее](#)

Некоторые итоги реформирования здравоохранения

Ряд реформ здравоохранения, проведенных за последние два десятилетия, не привел к ожидаемым результатам.

Для генерации результативного реформирования необходимо пересмотреть приоритеты и стратегию проводимых преобразований, осуществлять структурные изменения только на основе научно обоснованных нормативов, а также после отработки новых моделей организации медицинской помощи на пилотных медицинских организациях для последующего распространения на всю службу. Недостигнутый успех проведенных преобразований является вызовом к новым реформам, нацеленным на позитивные изменения в отрасли.

[Подробнее](#)

Обращаемость за медицинской помощью в государственный и частный секторы здравоохранения (по данным социологических исследований)

Пациенты низко оценивают качество бесплатной медицинской помощи, выше – качество платных услуг в государственных медицинских организациях и еще более высоко – качество работы частных клиник. Отношение населения к расширению возможностей выбора между государственными и частными медицинскими организациями в системе обязательного медицинского страхования имеет в целом отрицательную динамику.

Результаты исследования свидетельствуют о востребованности российским обществом каждого из рассматриваемых секторов и об усилении в будущем общественного запроса на развитие возможностей смешанного, государственно-частного финансирования здравоохранения.

[Подробнее](#)

Публикации в СМИ



Мурашко рассказал о проблемах с персоналом в системе здравоохранения

Министр здравоохранения России Михаил Мурашко заявил, что в здравоохранении не хватает грамотных управленцев. По его словам, сегодня очень сложно найти грамотного регионального руководителя. В некоторых субъектах Федерации поменялось по пять главврачей за два года, и при этом, как сказал министр, «ни один вновь приходящий не становится лучше предыдущего».

[Полная версия публикации](#)



Более 40 % россиян заявили о недоверии врачам

Комментируя опрос ВЦИОМ, который выяснил, что в 2019 году 41 % опрошенных перепроверяли поставленный врачом диагноз, сопредседатель Гильдии защиты медицинских работников Асад Юсуфов объяснил невысокое доверие врачам «отсутствием развития» первичного звена здравоохранения.

«Первичное звено на сегодняшний день развивается слабо. В муниципальных учреждениях штаты сотрудников не расширяются, а, наоборот, сокращаются, в результате растут очереди, и человек не может получить своевременную помощь, поэтому идет отток в сторону частных клиник. Кроме того, пациенты сталкиваются с отсутствием диагностического оборудования. Даже при адекватном качестве самих врачей возникает проблема с получением услуги», — сказал Асад Юсуфов.

[Полная версия публикации](#)



Голикова назвала неудачным проведение оптимизации медучреждений во многих регионах России

Вице-премьер Татьяна Голикова в интервью программе «Москва. Кремль. Путин» заявила, что «во многих регионах оптимизация была проведена неудачно». Занимавший на тот момент пост вице-преьера Антон Силуанов в том же выпуске также раскритиковал медицинские учреждения: «Тема не решалась годами. [Необходима] модернизация поликлиник, районных больниц, которые в плохом, если не сказать ужасном, состоянии».

[Полная версия публикации](#)



Путин заявил о недостаточном финансировании первичного звена здравоохранения

Президент России Владимир Путин заявил, что сейчас более 60 % граждан невысоко оценивают качество здравоохранения, и в основном это относится к его первичному звену. «Первичное звено по сути своей – самое близкое к людям, крайне важное для них. Большинство претензий граждан справедливы и обоснованны, и в случаях, когда мало что меняется к лучшему, это становится особенно очевидным», – сказал президент. Ранее на встрече с общественниками президент напомнил, что на нацпроект «Здравоохранение» до 2024 года на шесть лет выделяется 1,3 трлн рублей, из них на первичное звено – 237 млрд рублей. Учитывая, что происходит в данной сфере, этого явно недостаточно, сказал он.

[Полная версия публикации](#)



Скворцова: отрасль здравоохранения в РФ нуждается в стратегически мыслящих управленцах

Российское здравоохранение нуждается в управленцах со стратегическим складом ума, заявила занимавшая на тот момент пост министра здравоохранения Вероника Скворцова. «Нам в отрасли нужны люди, способные стратегически планировать инфраструктуру здравоохранения, которая гибко меняется с учетом перераспределения населения. Нам нужны люди, которые успешно будут использовать цифровые технологии и транспортные услуги, которые будут развивать санитарную авиацию и другие способы коммуникации», — сказала министр.

[Полная версия публикации](#)



«Мы ускорим появление в России новых технологий»

В интервью РБК первый заместитель генерального директора Фонда Международного медицинского кластера (ММК) Ильдар Хайруллин рассказал о том, какие проблемы и вызовы стоят сегодня перед системой здравоохранения.

«В отличие от профилактических мер, система медицинской помощи требует гораздо больших затрат. Причем чем сложнее ситуация, тем дороже лечение. Поэтому и с точки зрения системы здравоохранения стоит задача развить компетенции первичного звена медицины, повысить квалификацию и роль врачей общей практики, сформировать у людей культуру регулярных чекапов, диспансеризации, позволяющих диагностировать предрасположенность к тому или иному заболеванию на ранней стадии», — сказал Ильдар Хайруллин.

[Полная версия публикации](#)



Кудрин: расходы на здравоохранение за шесть лет сократились на 2,5 %

Председатель Счетной палаты РФ Алексей Кудрин заявил, что за последние шесть лет (с 2012 года) расходы на здравоохранение выросли номинально на 2,4 трлн рублей, но фактически сократились на 2,5 %. По его словам, плановая доля расходов на здравоохранение в 6,5 % на будущие шесть лет недостаточна для прорыва.

[Полная версия публикации](#)



Переход от латания дыр к развитию. Алексей Кудрин о смысле бюджетного маневра

Центр стратегических разработок (ЦСР), который возглавлял Алексей Кудрин, в 2018 году подсчитал, что без повышения налогов можно произвести перераспределение средств бюджета (т. е. бюджетный маневр) и в течение шести лет повысить на 0,9 п. п. расходы ВВП на здравоохранение.

Расчеты показали, что, оставаясь в прежних рамках расходов, Россия как-то сможет оптимизировать работу поликлиник, но не оснастит их новым оборудованием для дистанционного мониторинга и лечения.

При этом бюджетный маневр рассматривается ЦСР как одно из основных условий перехода к устойчивому экономическому росту и ощутимому росту благосостояния граждан. Осуществить его можно за счет 1 % ВВП от непроизводительных расходов (в основном госуправления, обороны, национальной безопасности и правоохранительной деятельности). В этих сферах есть серьезные возможности для оптимизации, о чем часто говорили аудиторы Счетной палаты и представители других ведомств.

[Полная версия публикации](#)



Новости Счетной палаты

● Галина Изотова обсудила проблемы и перспективы системы здравоохранения на XXII Конгрессе педиатров России

Заместитель Председателя Счетной палаты Галина Изотова обсудила проблемы и достижения отечественной педиатрии и в целом системы здравоохранения на XXII Конгрессе педиатров России. Речь зашла о госрасходах на здравоохранение на ближайшие три года (составят 4,7–4,9 трлн рублей в год или около 4% от уровня ВВП в среднем), а также о стремлении России постепенно наращивает расходы в отрасли.

● Россия и Сербия обновили Соглашение о сотрудничестве

Председатель Счетной палаты Российской Федерации Алексей Кудрин и Генеральный аудитор Государственного управления по аудиту Республики Сербии Душко Пейович обновили Соглашение о сотрудничестве, подписанное в 2011 году.

«Очевидно, что у нас много общего в направлениях развития: это и повышение качества аудита, и совершенствование планирования, и внедрение цифровых технологий, и развитие кадрового потенциала, и обеспечение подотчетности и прозрачности. Уверен, что подписанный нами сегодня документ станет хорошей основой для реализации этих направлений», – заявил во время официальной поездки в Белград Алексей Кудрин.

Глава Счетной палаты также [провел](#) переговоры с премьер-министром Сербии Анной Брнабич и заместителем Председателя Народной скупщины Республики Сербии Веролоубом Арсичем.

● Высшие органы аудита России и Словакии обновили Соглашение о сотрудничестве и наметили планы на будущее

Председатель Счетной палаты Российской Федерации Алексей Кудрин и Президент Верховной контрольной палаты Словацкой Республики Карол Митрик подписали обновленную редакцию Соглашения о сотрудничестве между высшими органами аудита стран. Подписание состоялось в ходе визита делегации Счетной палаты России в Республику Словакия.

Документ предусматривает более тесное сотрудничество ведомств в контексте образовательных и исследовательских проектов. В ходе встречи стороны обсудили возможность вступления ВОА Словацкой Республики в Рабочую группу ИНТОСАИ по аудиту государственных закупок, руководителем которой является Счетная палата.

● Счетная палата опубликовала в открытом доступе перечень проверок на 2020 год

Впервые за 25 лет существования Счетной палаты Российской Федерации в первом квартале года был опубликован перечень готовящихся проверок. В текущем году особое внимание будет уделено контролю за реализацией нацпроектов и достижением наццелей. Счетная палата также проанализирует меры по сокращению объемов незавершенного строительства во всех регионах страны. В сфере экологии будет проведена проверка обращения с отходами.

● В Счетной палате прошла стратегическая сессия «О приоритетах развития Северного Кавказа»

Счетная палата провела стратегическую сессию «О приоритетах развития Северного Кавказа», на которой обсуждались проблемы реализации госпрограмм, деятельности институтов развития, а также вопросы цифровизации и образования в регионе.

[Полная версия публикации](#)

● Счетная палата опубликовала отчеты по итогам проверок в Северо-Кавказском федеральном округе

Меры поддержки Северо-Кавказского федерального округа (СКФО) не обеспечили ему опережающих темпов социально-экономического развития, показали проверки Счетной палаты, проведенные с целью оценки выполнения госпрограмм на территории Северного Кавказа.

[Полная версия публикации](#)

● Председатель Счетной палаты встретился с послом США

Председатель Счетной палаты Алексей Кудрин обсудил с послом США Джоном Салливаном состояние российско-американских отношений. Стороны отметили усиление сотрудничества между контрольными ведомствами двух стран, в том числе благодаря подписанию [Меморандума о взаимопонимании](#) в сентябре прошлого года.

[Полная версия публикации](#)

● Аудитор Светлана Орлова заявила о необходимости изменений в системе управления развитием Дальнего Востока

Систему управления развитием Дальнего Востока нужно менять, заявила аудитор Счетной палаты Светлана Орлова на выездном итоговом совещании, прошедшем под руководством Заместителя Председателя Правительства РФ – полномочного представителя Президента РФ в Дальневосточном федеральном округе Юрия Трутнева.

В целом ДФО пока не удается достичь опережающей динамики инвестиций в основной капитал: с 2018 года она не превышает среднероссийскую динамику. Основные проблемы известны не первый год – это инфраструктурные ограничения, качество госуправления и отставание от других регионов страны по многим показателям качества жизни.

