



ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ
ЦЕНТРАЛЬНЫЙ НИИ ОРГАНИЗАЦИИ И
ИНФОРМАТИЗАЦИИ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

Нам – 30 лет!

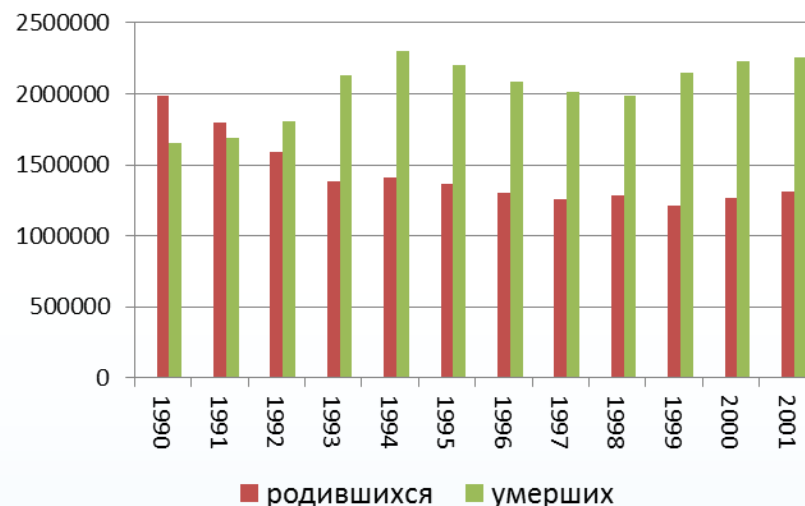
Три десятилетия медико-демографических тенденций

Стародубов Владимир Иванович,
директор,
академик РАН

Москва, 13-14 ноября 2019 г.

Трансформация социально-экономической системы: 1990-е годы

 Главной проблемой развития населения в 90-е годы явился переход к депопуляции (сокращению численности населения в национальных масштабах), которая обусловлена не только снижением рождаемости, но и значительным ухудшением состояния здоровья населения и ростом смертности. Ни в одной крупной цивилизованной стране в мирное время не отмечалось подобного сочетания динамики рождаемости и смертности.

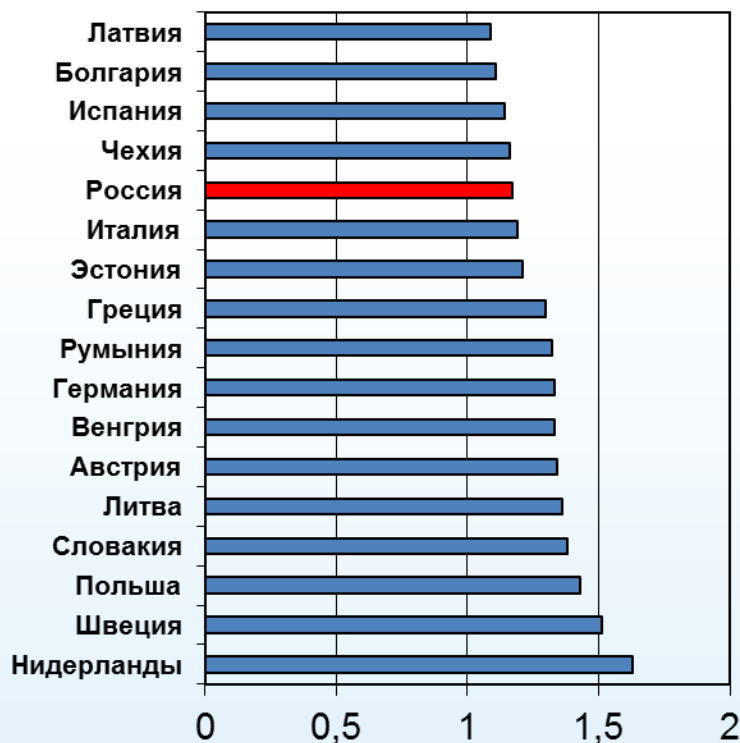


 На протяжении 90-х годов страна занимала 133-134 место в мире по продолжительности жизни мужчин и 87-100 – у женщин.

 Подобный уровень смертности населения вывел проблему здоровья и продолжительности жизни народов России в ранг общенациональных, в число тех, которые определяют перспективы сохранения и развития нации.

Рождаемость и смертность в России и европейских странах в конце 90-х годов

Рождаемость (суммарный коэффициент в расчете на 1 женщину)



Смертность (СПЖ)



Социальный контекст формирования и охраны здоровья – 90-е годы



Девяностые годы в России сопровождались радикальными изменениями во всех аспектах человеческого развития. По-видимому, нельзя сказать, что все они носили негативный характер. Однако общий итог оказался удручающим. За 10 лет (1991-1999) Россия переместилась из группы стран с высоким уровнем индекса человеческого развития в группу стран со средним его уровнем.



Именно динамика здоровья и смертности в 1990-е годы в наиболее концентрированном виде отразила негативные изменения во всех аспектах человеческого развития. И связано это, прежде всего, с такими факторами, как: углубление социальной дифференциации населения, рост бедности, перманентные всплески социальной напряженности, криминализация общественной жизни, а также разрушение механизмов социальной поддержки, включая проблемы пенсионного обеспечения, здравоохранения и т.д.

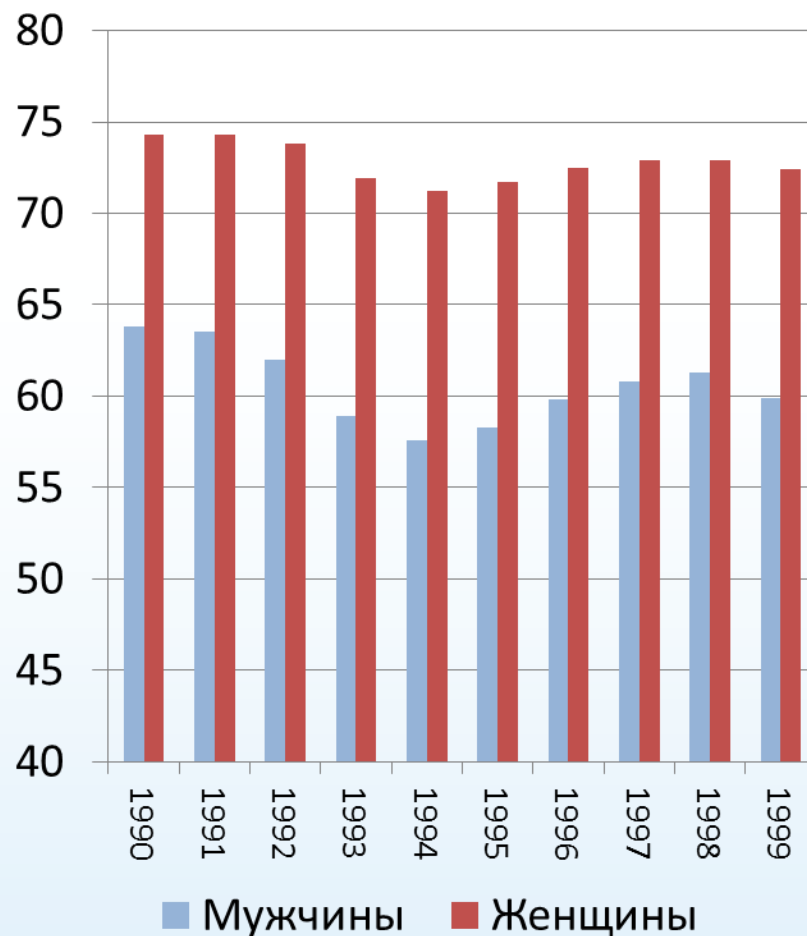


Общая оценка «избыточной смертности» в 90-е годы составляет около 3 млн. человек (3149 тыс.), или 15,8% всех умерших. Из них 2025,7 тыс. человек приходится на мужчин и 1123,4 тыс. – на женщин. Таким образом, две трети всей «избыточной смертности» - это мужская смертность.



Приведенные цифры характеризуют масштабы превышения возрастной смертности населения над уровнем 1989 г., который мы оцениваем как реально возможный в 90-х годах, в случае если бы была выбрана и реализована иная стратегия социально-экономических реформ.

Динамика продолжительности жизни, лет



Во-первых, наиболее быстрыми темпами росли потери, обусловленные экзогенными и социально зависимыми причинами



В число приоритетных вышли проблемы охраны здоровья социально уязвимых групп населения. И если прежде к категории социально уязвимых относились группы лиц определенного статуса (бомжи, вынужденные мигранты, лица, содержащиеся в закрытых учреждениях и т.д.), то 90-е годы существенно расширили эту категорию за счет населения, живущего в состоянии хронической бедности.



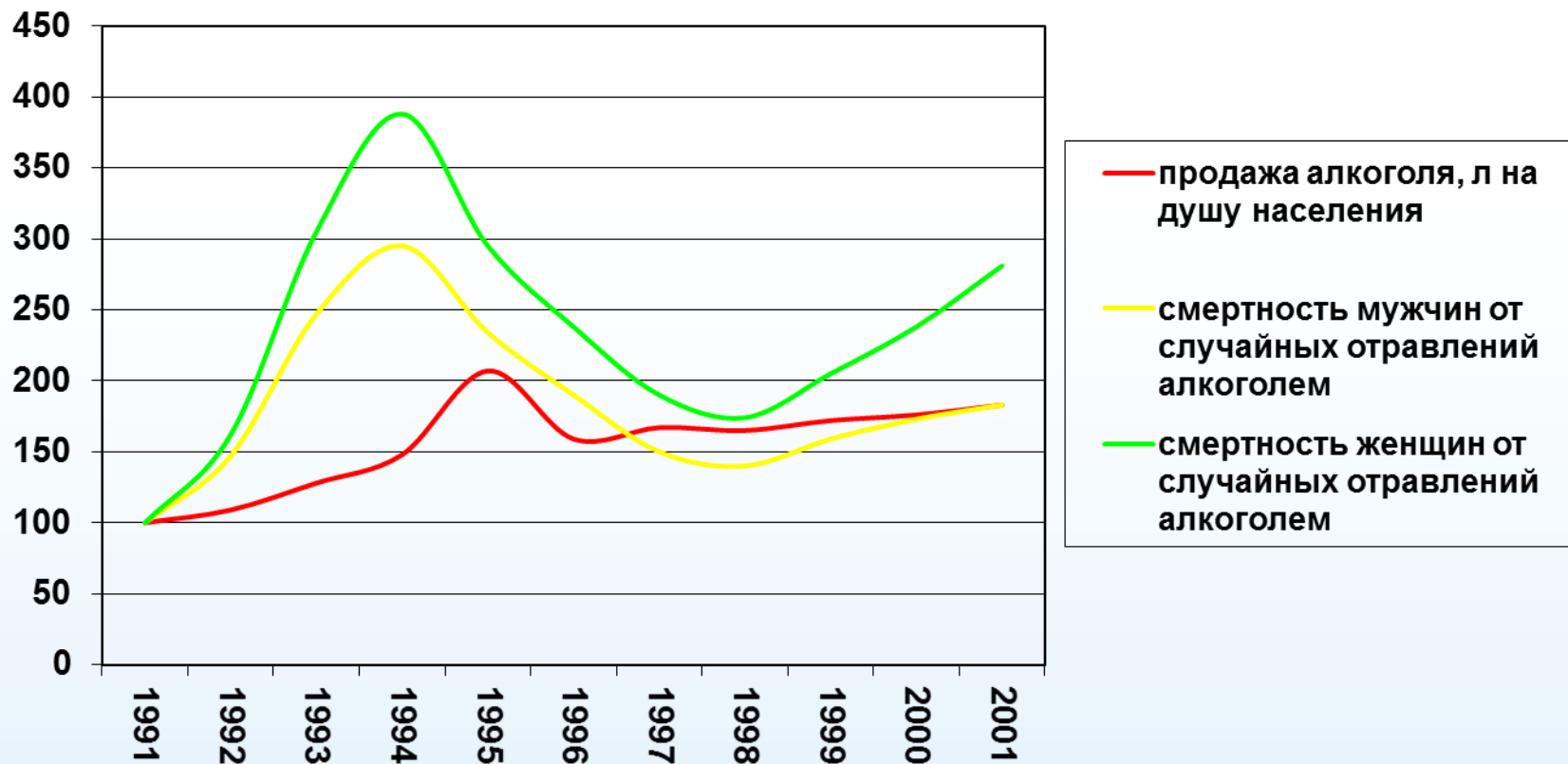
Усиливающаяся социальная поляризация здоровья явилась новой, но долгосрочной проблемой. Два фактора (удельный вес в населении и профиль здоровья маргинальных групп) явились значимыми в прогностическом плане.



Роль и того и другого существенно определяется стратегией социальной политики.

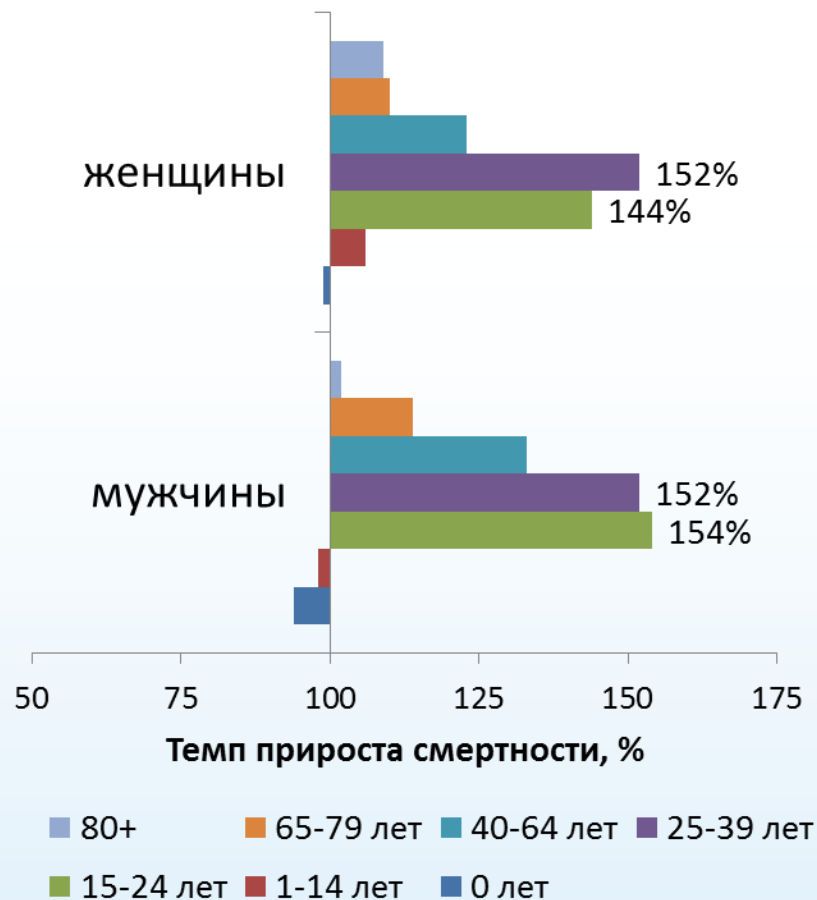
	1990	1995	1999	Темп роста, %
Число больных с диагнозом активного туберкулеза, установленным впервые в жизни	34,2	57,9	85,2	249,1
Число умерших от туберкулеза	7,9	15,4	20	253,2
Число больных с диагнозом вирусный гепатит В, установленным впервые в жизни	21,9	35,6	43,8	200,0
Число больных с диагнозом, установленным впервые в жизни (сифилис, все формы)	5,3	177,2	186,7	4430,2

Динамика продаж алкоголя и связанной с ним смертности, (% к 1991 г.)



Во-вторых, за 1990-е годы кризис здоровья в России окончательно локализовался в трудоспособных возрастах

- а) именно в трудоспособных возрастах отмечался наибольший рост смертности;
- б) именно в трудоспособных возрастах отмечается максимальный уровень сверхсмертности, как от травм и отравлений, так и от болезней системы кровообращения, определяющих наше отставание по продолжительности жизни от всего цивилизованного мира;
- в) именно в трудоспособных возрастах сформировался беспрецедентный (около 14 лет) разрыв в продолжительности жизни мужчин и женщин.



В-третьих, это проблемы смертности, за которые несет ответственность здравоохранение



Рост смертности от предотвратимых причин, омоложение смертности практически от всей соматической патологии – свидетельства ухода здравоохранения от профилактики и значительного ухудшения качества лечения.



Этому есть и вполне объективные причины, обусловленные значительным недофинансированием всей социальной сферы, в т.ч. и службы охраны здоровья.

Динамика среднего возраста смерти от основных причин, лет

	Болезни системы кровообращения	Новообразования	Травмы и отравления	Болезни органов дыхания	Болезни органов пищеварения	Инфекционные болезни
мужчины						
1989	71,7	64,7	44,7	66,1	63,3	45,7
1999	68,3	64	42,8	61	57,5	44,2
	-3,4	-0,7	-1,9	-5,1	-5,8	-1,5
женщины						
1989	78,7	66,8	52,7	70,2	69,9	38,2
1999	76,9	66,1	48,9	65,4	65,8	40
	-1,8	-0,7	-3,8	-4,8	-4,1	1,8

Наше видение решений в условиях трансформации социально-экономической системы: 1990-е годы

Резервы



Проблемы смертности, обусловленные маргинализацией населения в процессе реформ. Государство не обеспечивает значительной части населения даже минимальных социальных стандартов.



Проблемы смертности, ассоциированной с алкоголем, связанные с резким расширением доступности алкоголя и столь же резким ухудшением его качества.

Направления



Справедливость в вопросах здоровья и его охраны. Он включает два основных аспекта: а) проведение социально-экономической политики, направленной на сокращение бедности и связанных с ней факторов риска для здоровья; б) защиту групп населения с особыми потребностями (в связи с состоянием здоровья, социальными или экономическими обстоятельствами) от изоляции, и предоставление им доступа к соответствующей медико-санитарной помощи.

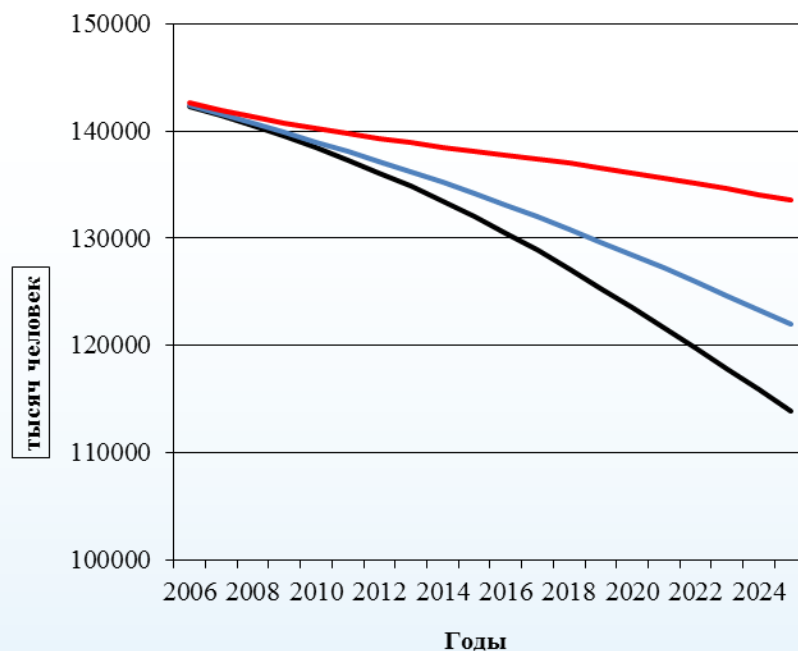


Мозаичность эпидемиологического портрета российских территорий предъявляет высокие требования к оптимизации регионального здравоохранения с учетом конкретной специфики состояния здоровья населения территории. Вместе с тем, это не только не отменяет, но поднимает значимость мер по региональному выравниванию территориальных программ государственных гарантий бесплатной медицинской помощи, которые должны являться неотъемлемой частью обеспеченных государством минимальных социальных стандартов.

Этап осмысления ситуации и принятия стратегических решений в сфере демографической политики: 2000-2014 гг.

➔ Ни один из отечественных и зарубежных прогнозов, сделанных научно-исследовательскими коллективами или официальными структурами, не предусматривал возможности выхода из депопуляции в сложившихся в 1990-е годы демографических условиях

Прогноз численности населения России до 2025 г. (ЦНИИОИЗ)
(тыс. человек; на начало года)



— Негативные тенденции рождаемости и смертности
— Сохранение неизменного уровня рождаемости и смертности
— Реализация политики в сфере рождаемости и смертности

Последствия сохранения сложившихся в 1990-е годы трендов смертности

Оценка последствий базируется на нескольких критериях.

Первый (гуманитарный) – сдвиги ожидаемой продолжительности жизни населения, как наиболее общего индикатора цивилизованного развития страны.

Второй (демографический) – влияние на динамику численности населения и формирование естественной убыли жителей страны.

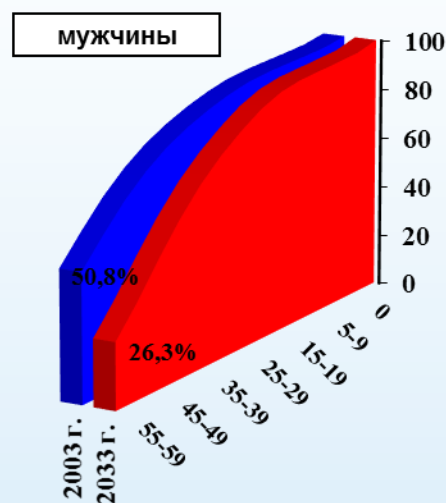
Третий (социально-экономический) – отдаленные результаты с точки зрения возрастно-половой структуры населения и соотношения трудового потенциала и демографической нагрузки на него.

Фактический и прогнозируемый (при сохранении сложившихся в 1990-е годы трендов смертности) уровень продолжительности жизни населения России, лет

	Фактический уровень	Прогнозный уровень			Потери за 30 лет
	2003	2013	2023	2033	2003-2033
мужчины	58,8	54,9	51,1	48,4	-10,4
женщины	71,9	69,0	65,4	62,8	-9,1

Фактическая и прогнозируемая (при сохранении сложившихся трендов смертности) численность населения России, млн., человек

	Фактический уровень	Прогнозный уровень			Убыль населения – всего, %
	2003	2013	2023	2033	2003-2033г
0-19 лет	35,8	27,6	25,4	19,8	-15,9
20-59 лет	82,7	81,3	66,2	57,0	-25,7
60 лет и старше	26,1	21,8	20,8	16,2	-9,9
Итого	144,6	130,6	112,5	93,1	-51,5

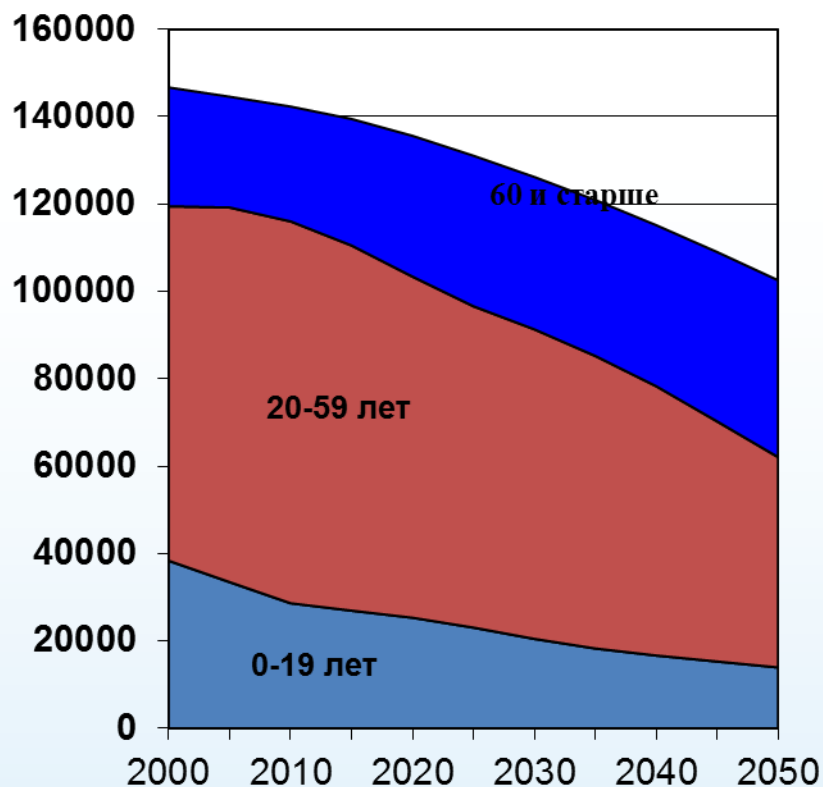


Число доживающих до конца трудоспособного периода в 2003 г. и в соответствии с прогнозом на 2033 г., % из числа родившихся (пессимистический сценарий)

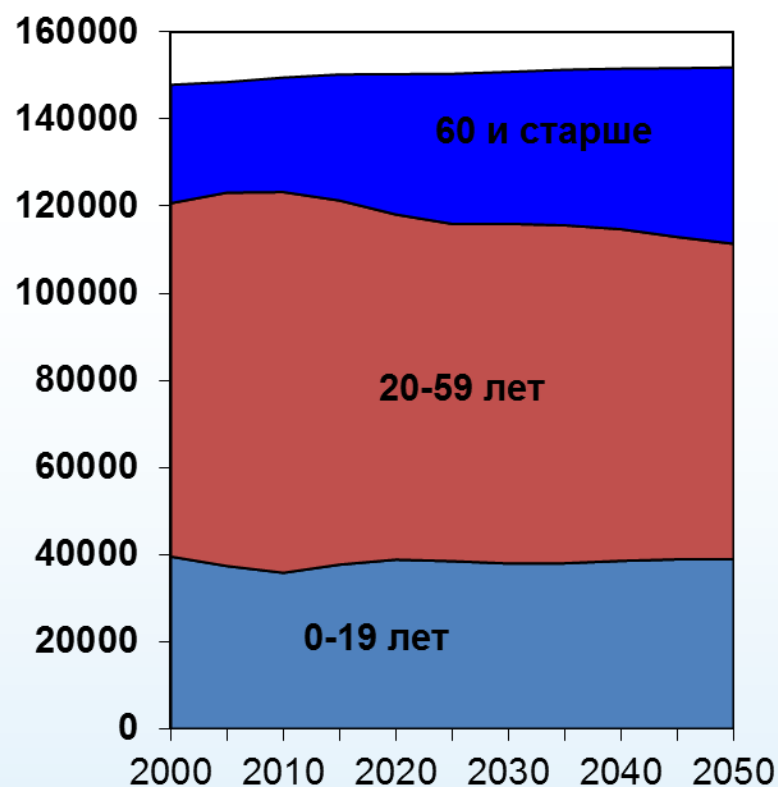


Варианты демографического будущего России в первой половине XXI века

Вариант min



Вариант max



Предпринятые меры



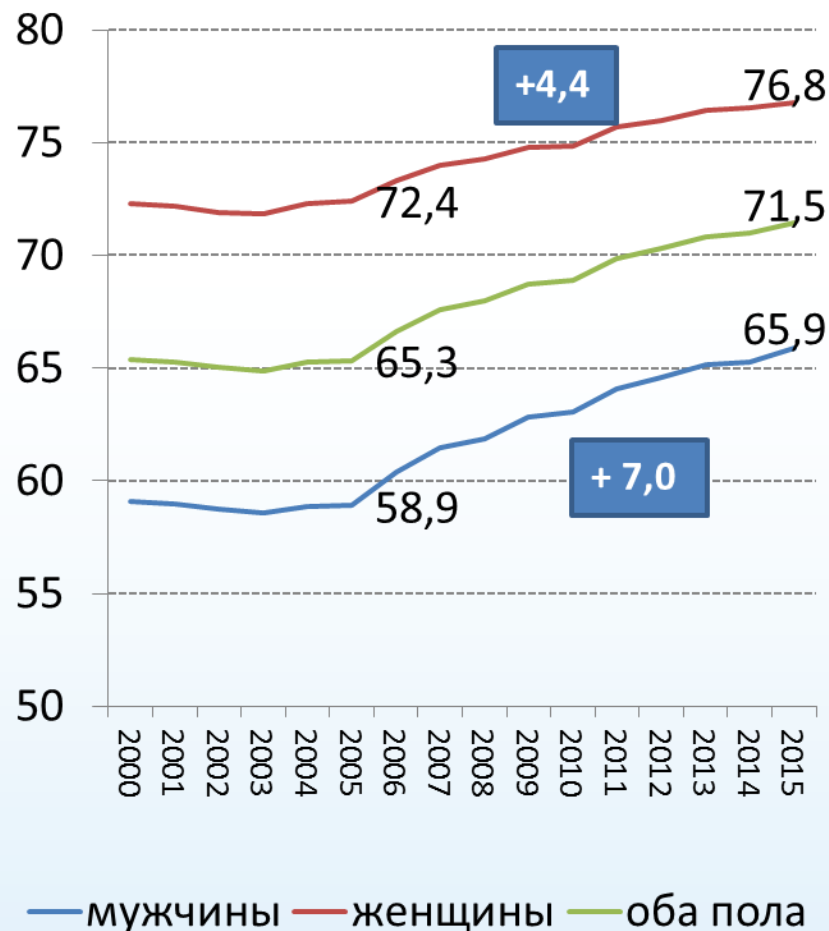
- С 1 января 2006 г. в стране началась реализация Приоритетного Национального Проекта «Здоровье», включавшего меры по:
- Возрождению профилактического направления в здравоохранении
 - Развитию первичной медицинской помощи
 - Повышению доступности и качества медицинской помощи
 - Обеспечению населения высокотехнологичной медицинской помощью.



Вслед за Приоритетным Национальным Проектом в 2007 г. последовало Принятие Концепции демографической политики до 2025 г.

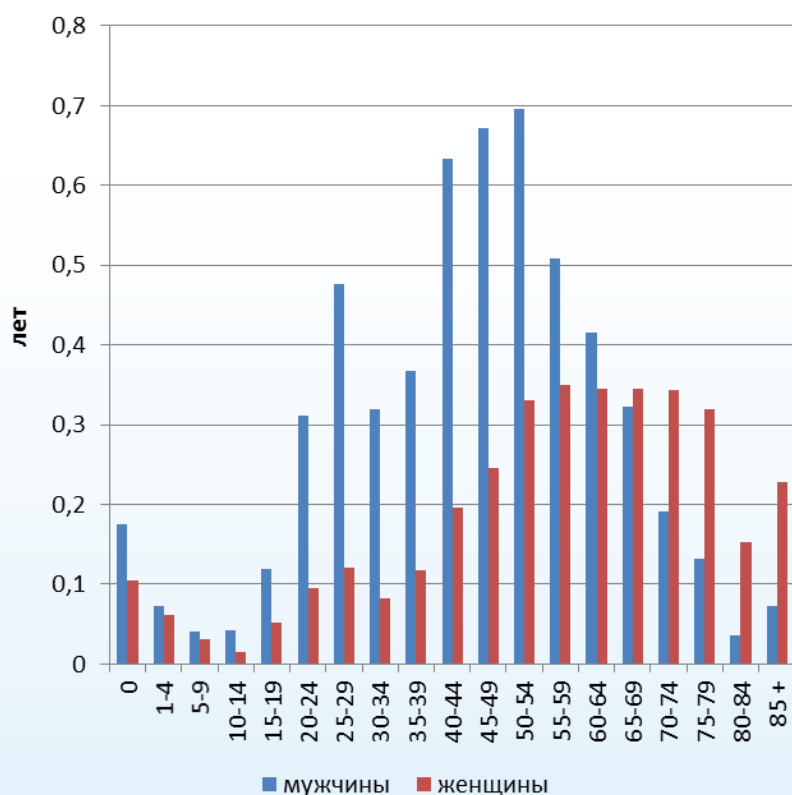


В развитие Концепции были приняты Планы ее реализации, включившие Программы по снижению смертности от транспортных травм – ведущей внешней причины смерти, а также от основных хронических неинфекционных заболеваний.



Факторы роста продолжительности жизни

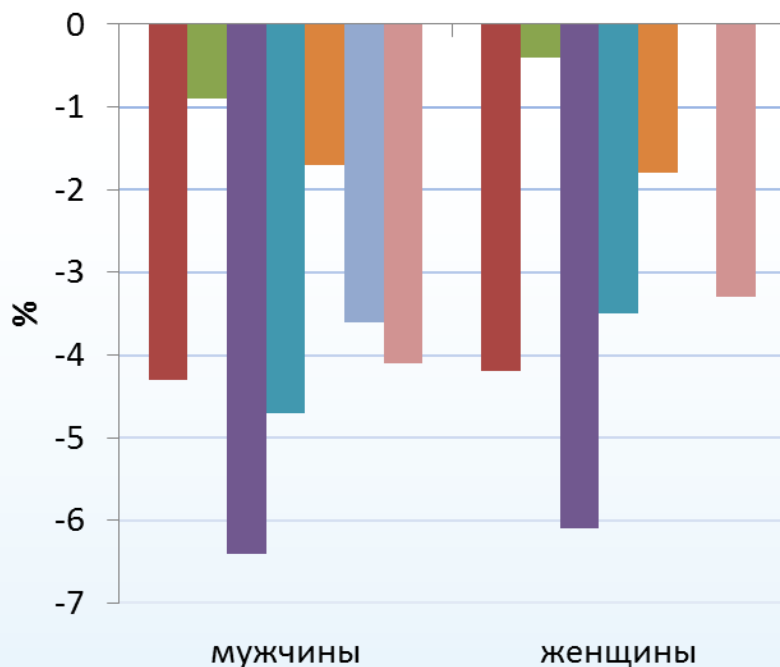
Вклад возрастных групп в прирост продолжительности жизни мужчин и женщин в 2005-2013 г.



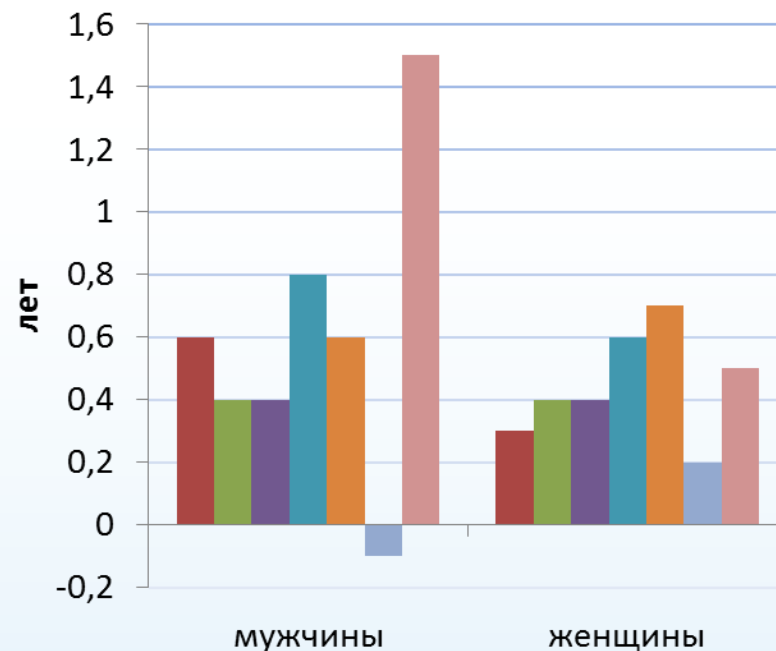
- ➔ 2/3 всего прироста обеспечили два класса причин - болезни системы кровообращения и травмы и отравления
- ➔ У мужчин главный эффект в увеличении СПЖ получен за счет снижения смертности, связанной с поведенческими факторами риска, что дало ожидаемое сокращение потерь в главной группе риска – трудоспособном населении.
- ➔ У женщин, не отрицая значимости оздоровления поведения, все же главный эффект получен в результате усилий здравоохранения, что ожидаемо привело к сокращению потерь преимущественно в пожилых возрастах.

Снижение смертности от основных причин сопровождалось сдвигом ее на более поздний возраст – качество медицинской помощи

Динамика смертности



Динамика среднего возраста умерших



■ Новообразования

■ Болезни органов пищеварения

■ Непrecно обозначенные состояния

■ Болезни органов дыхания

■ Инфекции

Региональный контекст

- ➔ От 2005 к 2013 г. существенно сократился анклав регионов с низкой и сверхнизкой продолжительностью жизни:
 - в **2005 г.** в группу с сверхнизкой продолжительностью жизни входило 11 регионов для мужчин и 2 для женщин,
 - в **2011 и 2012 гг.** ни один из российских регионов не имел продолжительности жизни мужчин ниже 55 лет и женщин – 65 лет.
- ➔ Число регионов с более высокой продолжительностью жизни (65-69 лет у мужчин и 75-79 лет для женщин) за тот же период заметно выросло:
 - в **2005 г.** в эту группу входила одна территория – Москва,
 - к **2013 г.** - 14 регионов для мужчин и 47 регионов для женщин. Москва вышла за пределы 70 лет продолжительности жизни мужчин и 80 лет – для женщин.

Наше видение решений в условиях активной реализации демографической политики: 2000-2014 г.

Резервы

4 основных измерения:

- ➔ Гендерное соотношение (мужская сверхсмертность)
- ➔ Возрастной аспект (трудоспособные возраста)
- ➔ Региональный аспект (сокращение диспропорций за счет приоритетного развития неблагополучных территорий)
- ➔ Социальное измерение (сокращение неравенства в здоровье, связанного с чрезмерной дифференциацией в уровне жизни и доходах)

Направления

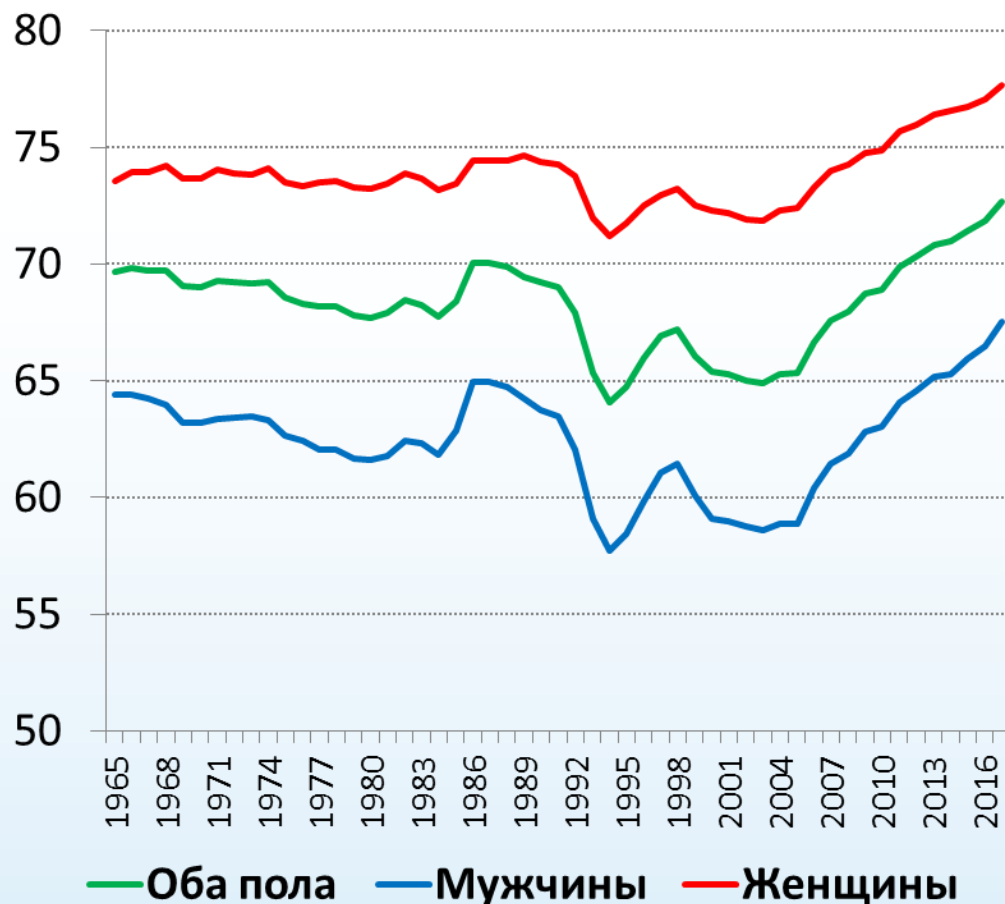
- ➔ Основу политики улучшения здоровья и роста продолжительности жизни составляет борьба с бедностью. Именно распространение бедности, т.е. увеличение численности групп с низкими доходами, является одним из важнейших факторов роста смертности населения в целом, в том числе от социально обусловленных предотвратимых причин.
- ➔ Создание условий и формирование мотивации для выбора населением в пользу более здорового образа жизни
- ➔ Обеспечение для населения территориальной и финансовой доступности услуг здравоохранения для сокращения предотвратимых причин смерти



Проблемы сохранения позитивной динамики в усложняющихся социально-экономических условиях: 2014-2019 г.

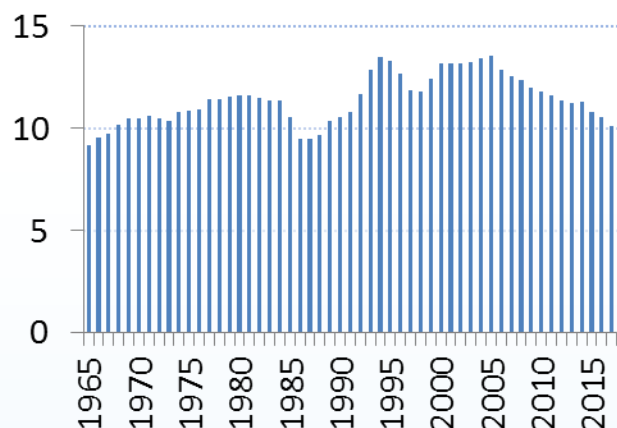
- Концепция демографической политики РФ обозначила ориентиры роста СПЖ: к 2015 г. - 70 лет, к 2025 г. – 75 лет. Фактическое значение в 2018 г. – 72,9 года
- Новый ориентир в послании Президента РФ – 80 лет к 2030 г. Таким образом, в предстоящие до 2030 г. 11 лет СПЖ должна вырасти еще на 7,3 года с ежегодным приростом 0,5 года, аналогично периоду 2005-2018 г.

Динамика продолжительности жизни населения России за полвека



Различия в продолжительности жизни мужчин и женщин, лет

Динамика различий в России



Различия в России и странах ЕС (2015 г.)



- СПЖ женщин существенно ближе к намеченному ориентиру – 77,6 года в 2017 г., тогда как у мужчин показатель составляет 67,5 года. Таким образом, проблема достижения поставленных целей продолжительности жизни – это вопрос ускоренного снижения мужской сверхсмертности.
- Мужская смертность более отзывчива и на позитивные и на негативные влияния. В целом за 2005-2017 г. разрыв СПЖ мужчин и женщин снизился с 13,5 до 10,1 года.
- Достигнутое соотношение является максимальным среди европейских стран

Региональные различия смертности

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

➞ 1995 г. – 13,3 года

➞ 2016 г. – 13,3 года

- Масштабы региональной вариации смертности сохраняются за счет того, что растет неоднородность как в группе благополучных, так и неблагополучных территорий по продолжительности жизни населения.
- Эта неоднородность определяется тем, как внешние условия перерабатываются в региональной политике: повышая доступность и качество медицинской помощи, и в целом улучшая социальную среду, или концентрируясь на престижных проектах, не затрагивающих потребности населения.
- Второй путь приводит к торможению позитивной динамики продолжительности жизни даже в наиболее развитых регионах страны.





Региональное разнообразие имеет в своей основе существенный компонент социальной неоднородности, что составляет третий аспект проблемы



Многочисленные исследования показали, что различия социального состава населения в значительной мере определяют вариацию смертности на российских территориях, поскольку принадлежность человека к определенной социальной группе влияет на поведенческие стереотипы, в том числе в отношении здоровья, с одной стороны, и определяет доступность инфраструктуры здорового образа жизни, - с другой.

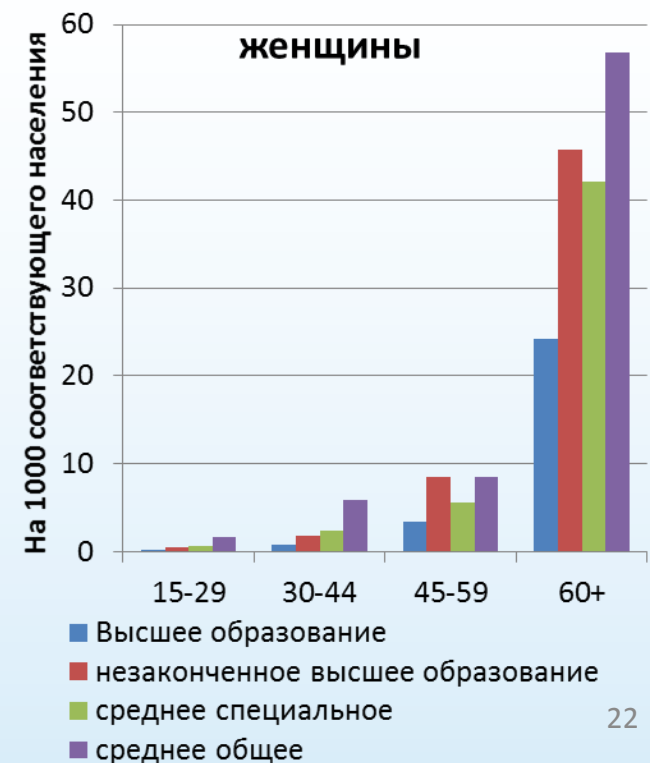
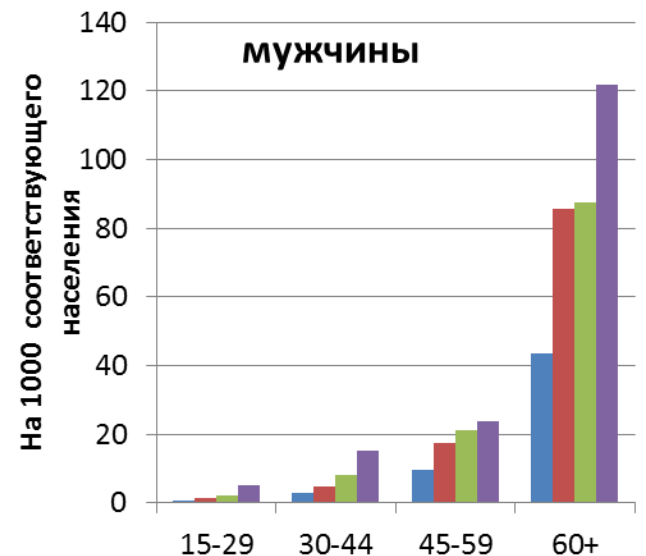


В целом более низкому социальному статусу, в том числе и по уровню образования сопутствует высокая смертность, и наоборот.



Образование не сводится к наличию диплома, это – и комплекс поведенческих моделей, тех или иных факторов риска, основным из которых в России, безусловно, является злоупотребление алкоголем. Полученные результаты свидетельствуют, что от четверти до трети региональной вариации смертности в трудоспособных возрастах от алкогольно зависимых причин определяется уровнем образования населения.

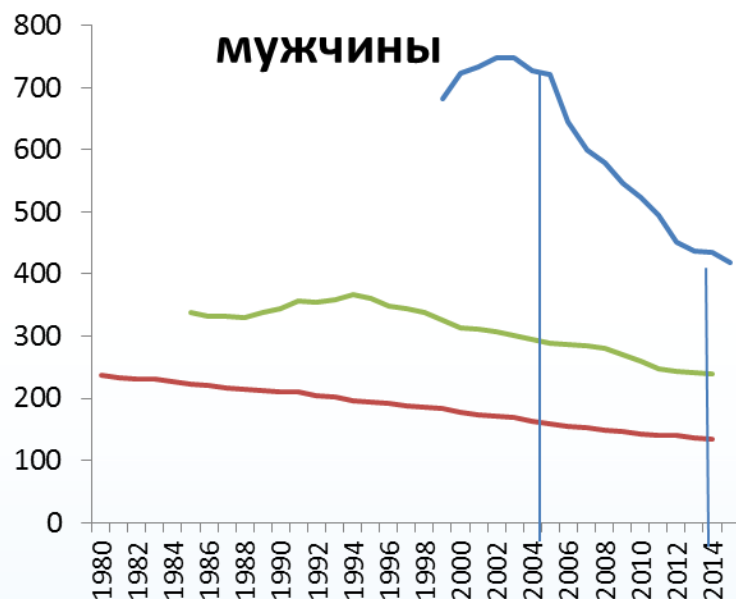
Смертность населения в зависимости от уровня образования (выборка территорий РФ, 2015 г.)



Актуальность темы предотвратимой смертности

- ➔ В условиях ограниченных ресурсов надо сконцентрировать усилия на тех проблемах здоровья и причинах смерти, технологии предупреждения и лечения которых известны и внедрены в медицинскую практику (D.D.Rutstein et al., 1976)
- ➔ Применимость методологии предотвратимой смертности для анализа деятельности здравоохранения в странах с любым уровнем социально-экономического развития и системой охраны здоровья населения (Westerling 2001).
- ➔ Процесс официального формирования списка предотвратимых причин стимулирует систему здравоохранения провести анализ проблем и обеспечить действенное устранение их на основе обоснованных программ и четко направленного воздействия.
- ➔ Для принятия решений предотвратимые причины делятся на: зависящие преимущественно от профилактических усилий, и от качества медицинской помощи.

Динамика смертности от предотвратимых причин в возрастах до 65 лет, на 100 тыс., стандартизованный коэффициент (список: Simonato L., Ballard T., Bellini P., Winkelmann R. (1998))



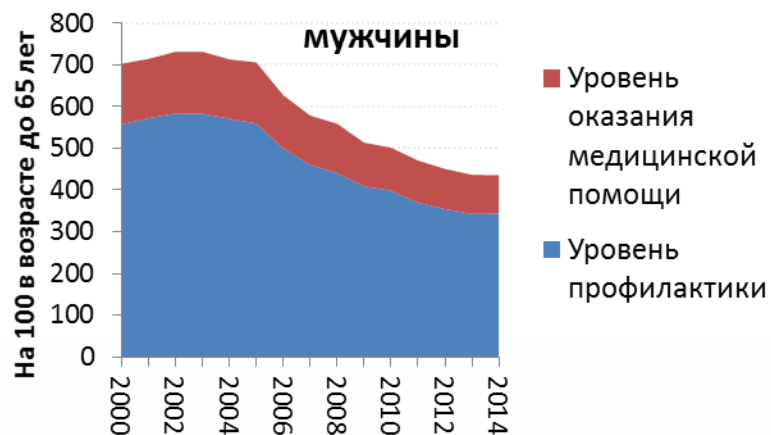
— Российская Федерация
— ЕС члены до мая 2004
— ЕС члены с мая 2004



— Российская Федерация
— ЕС члены до мая 2004
— ЕС члены с мая 2004

- С 2003 г. в России сформировался устойчивый тренд снижения смертности от предотвратимых причин, т.е. раньше, чем от всех причин.
- Разрыв к 2014 г. сократился в сравнении со «старыми и новыми членами ЕС» соответственно: у мужчин с 4,5 и 2,5 раз до 3,2 и 1,8 раз; у женщин – с 3,3 и 2,0 раз до 2,6 и 1,7 раз
- Стагнация в последние 3 года, более выраженная, чем от всех причин

Динамика и структура смертности от причин, предотвратимых на уровне первичной профилактики и оказания медицинской помощи



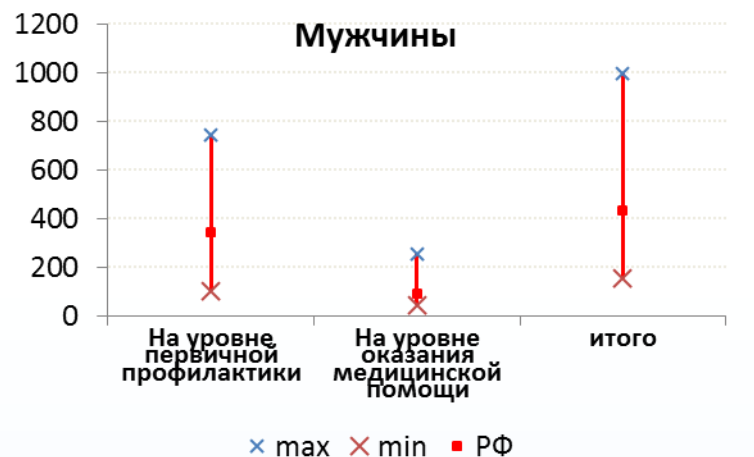
На 100 тыс. лиц в возрасте до 65 лет, стандартизованный коэффициент			
	Уровень первичной профилактики	Уровень оказания медицинской помощи	Всего
мужчины			
2000	557,8	145,4	703,2
2015	325,4	92,7	418,1
2015/2000	-41,7	-36,2	-40,5
женщины			
2000	145,6	66,5	212,1
2015	88,8	62,3	151,1
2015/2000	-39,0	-6,3	-28,8

	В %			
	мужчины		женщины	
	2000	2015	2000	2015
Уровень первичной профилактики	79,3	77,8	68,6	58,8
Уровень оказания медицинской помощи	20,7	22,2	31,4	41,2
	100,0	100,0	100,0	100,0



Региональные особенности смертности от предотвратимых причин в РФ, 2014 г.

(стандартизованный коэффициент, на 100 тыс. 0-64 года)



	На 100 тыс.		Всего	%	
	Уровень профила ктики	Уровень оказания медицин ской помощи		Уровень профила ктики	Уровень оказания медицин ской помощи
мужчины					
max	742,1	255,4	997,5	74,4	25,6
min	104,4	45,3	149,7	69,7	30,3
РФ	343,6	91,8	435,4	78,9	21,1
женщины					
max	314,4	116,7	431,1	72,9	27,1
min	21,2	17,6	38,8	54,6	45,4
РФ	92,7	48,9	141,6	65,5	34,5

Наше видение решений в усложняющихся социально-экономических условиях: 2014-2019 г.

Резервы

К настоящему времени сложившиеся в 2005-2014 г. источники роста СПЖ исчерпаны, что связано с ухудшением экономической ситуации и снижением эффекта экстенсивных мер в здравоохранении.

➔ Резервы дальнейшего снижения смертности связаны с концентрацией на предотвратимых причинах

Направления

- ➔ Выработка возрастной дорожной карты по формированию здоровья с подключением ответственных социальных институтов и работодателей на разных этапах жизни человека: от детства до старости.
- ➔ Обеспечение территориальной и финансовой доступности услуг здравоохранения с использованием современных, в том числе, информационных технологий, без наращивания численности занятого медицинского персонала.
- ➔ Развитие НКО, волонтерства и других способов продвижения идей ЗОЖ в группах с высокими поведенческими рисками в отношении здоровья.



Первичная медико-санитарная помощь: **совершенствование организационных технологий,** **повышение эффективности деятельности** **в целях обеспечения общественного здоровья** **в Российской Федерации**



Основные организационные проблемы ПМСП:



существенное различие в кадровой обеспеченности медицинским персоналом субъектов Российской Федерации;



недооценка роли среднего медицинского персонала в процессе оказания ПСМП;



перегруженность персонала оформлением медицинской документации;



недостаточное использование информационных ресурсов;



недостатки планирования ПМСП в медицинских организациях;



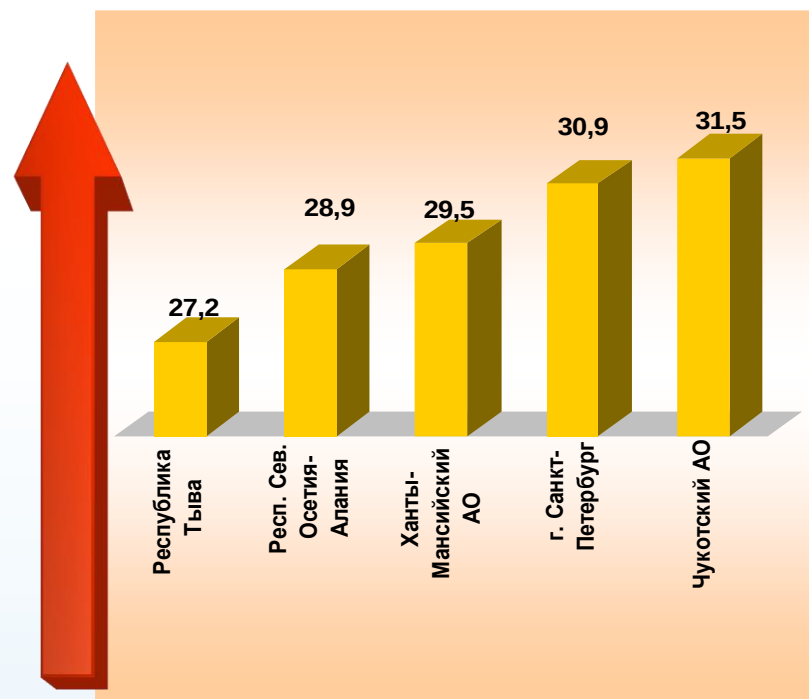
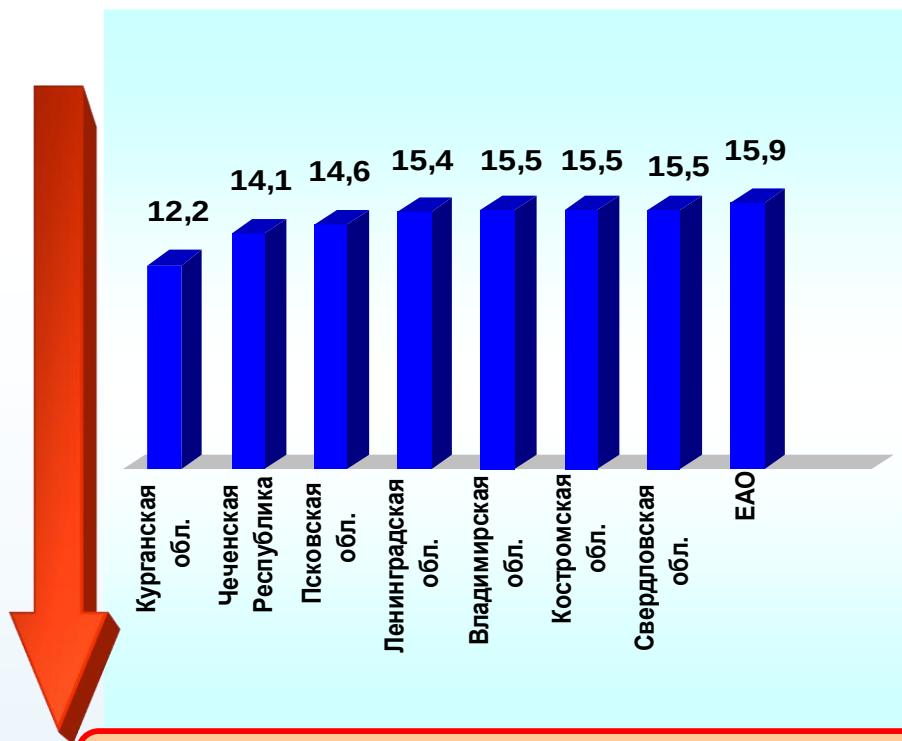
недостаточное финансирование ПМСП и т.д.

**Что в итоге приводит к неудовлетворенности населения оказанием
первичной медико-санитарной помощи**

Обеспеченность населения врачами, оказывающими медицинскую помощь в амбулаторных условиях – **20,7** (2017г.), **20,8** (2018г.)

Самая **низкая** обеспеченность – **16,0** и менее врачей на 10 тыс. нас.

Самая **высокая** обеспеченность **27,0** и более врачей на 10 тыс. нас.



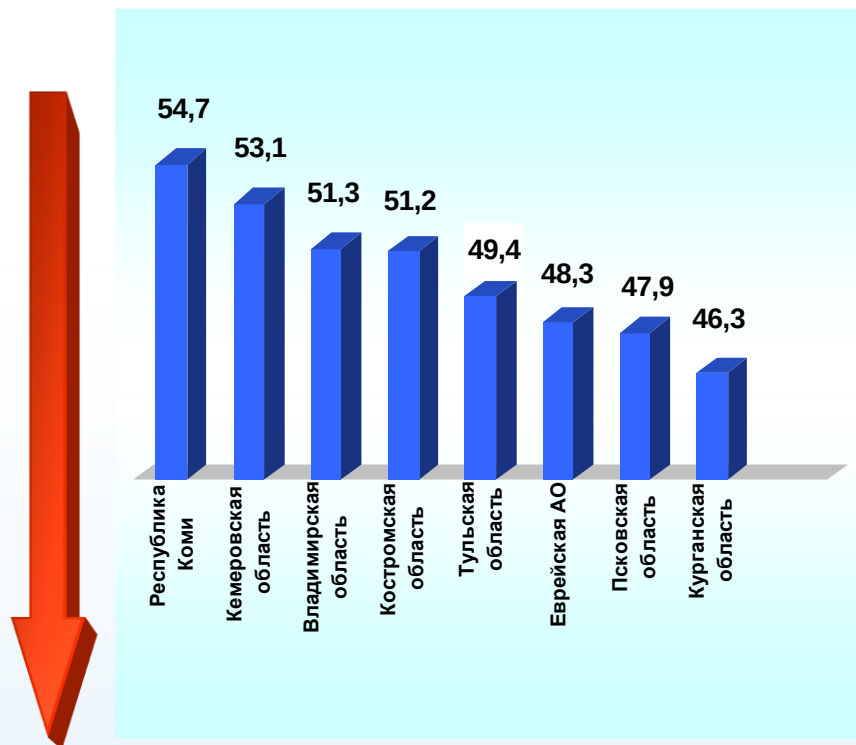
Разница между наиболее высокой и наиболее низкой обеспеченностью составляет **2,6** раза

Доля врачей, оказывающих помощь в амбулаторных условиях, в общей численности врачей, составляет в среднем по РФ **55,6%**.

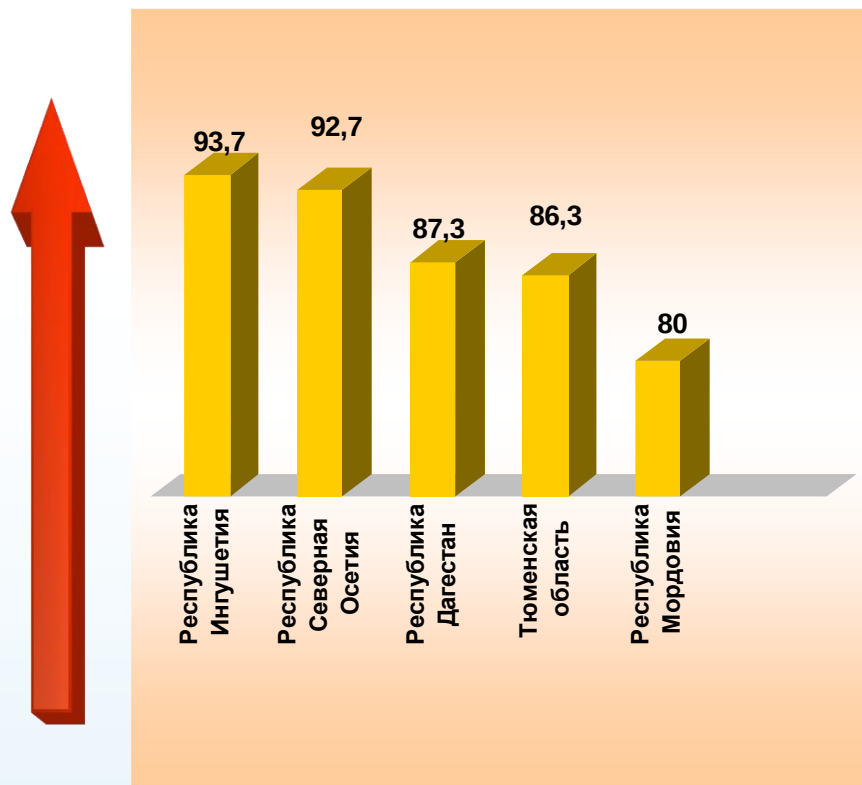


Укомплектованность врачебных должностей в подразделениях, оказывающих медицинскую помощь в амбулаторных условиях (физ. лицами) – **67,3%** (2018г.)

Самая **низкая** укомплектованность –
менее **55%**



Самая **высокая** укомплектованность –
более **80%**

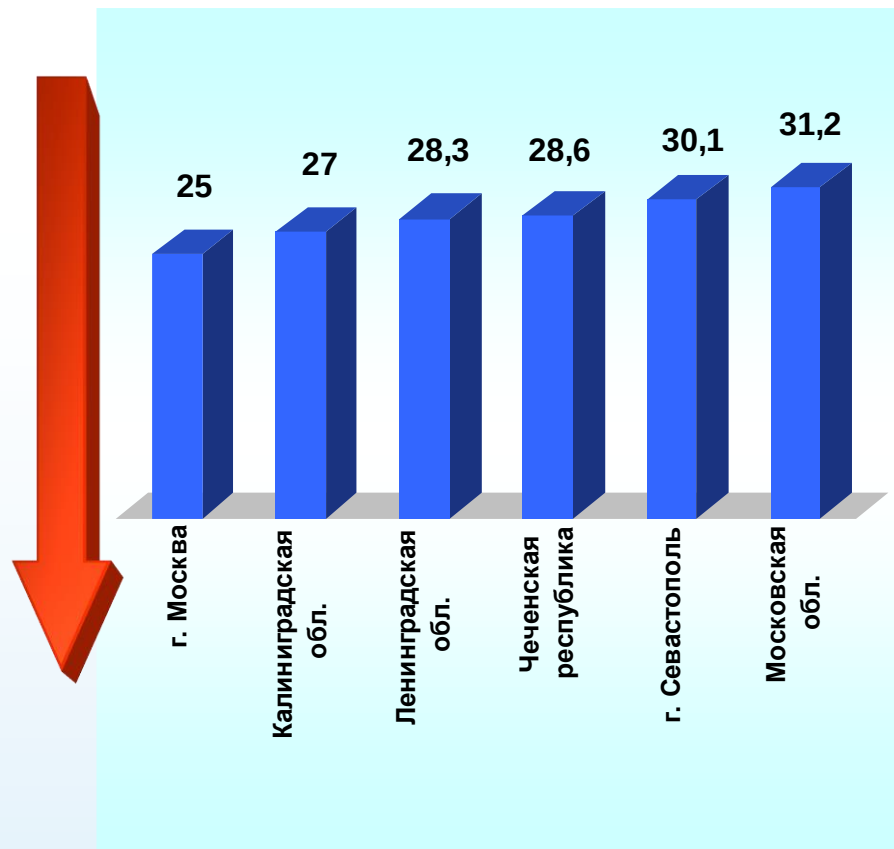


Достижение целевого показателя Национального проекта **в 95,0%** (даже при условии введения кфц совместительства 1,2) к 2024 году в ряде субъектов вызывает вопрос?????

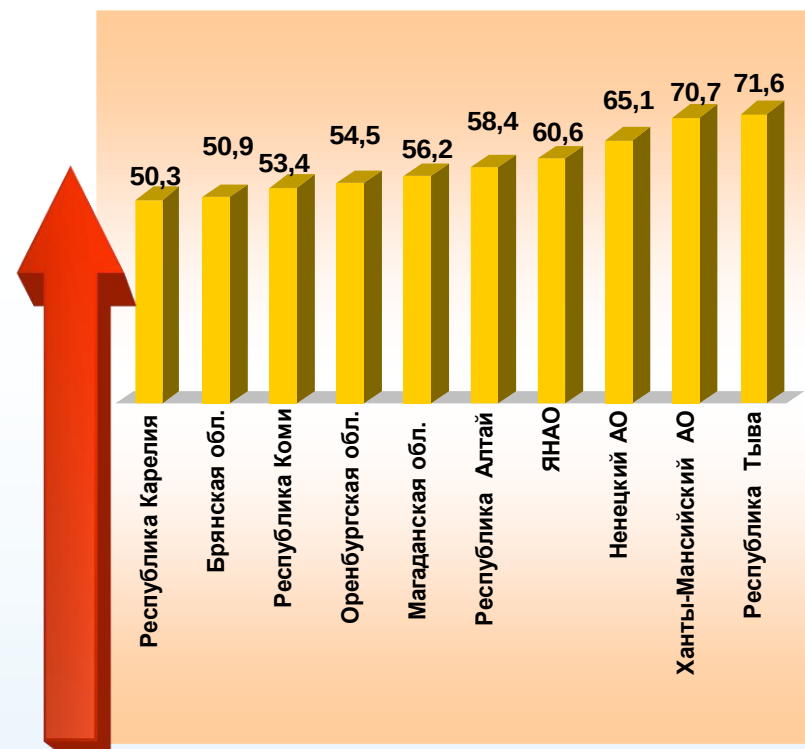


Обеспеченность населения СМП, оказывающими медицинскую помощь в амбулаторных условиях – **38,9** на 10 тыс. нас. (2017 – 2018гг.)

Самая **низкая** обеспеченность – **31,0** и менее СМП на 10 тыс. нас.



Самая **высокая** обеспеченность **50,0** и более СМП на 10 тыс. нас.

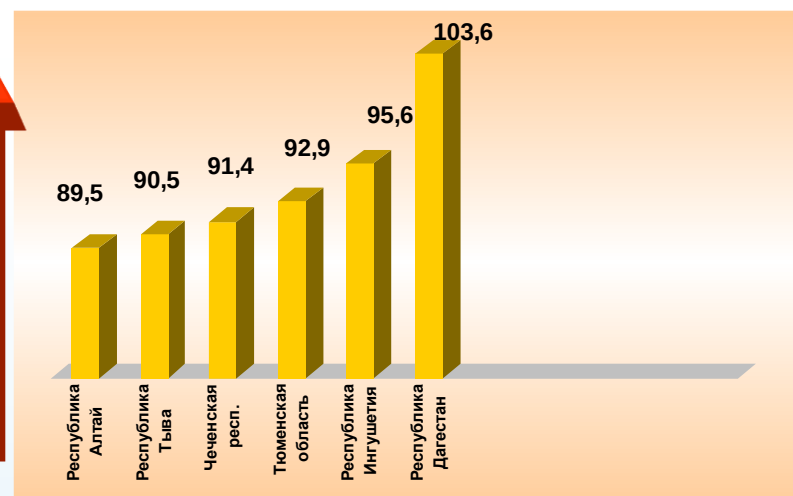
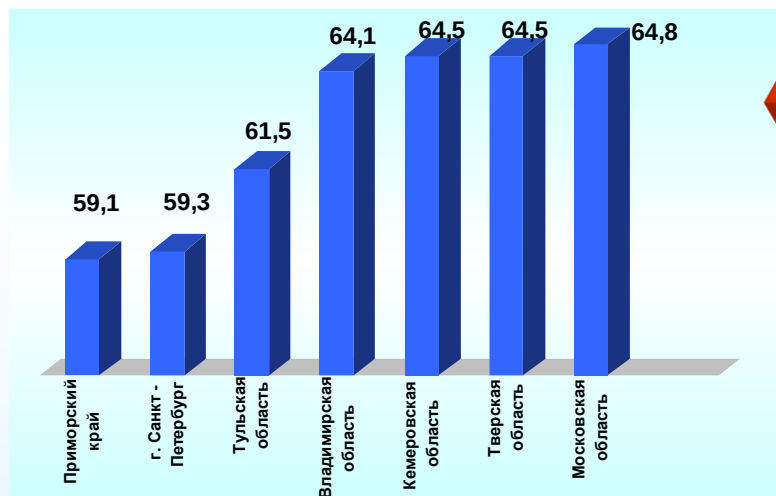
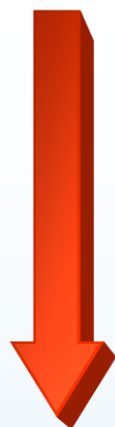


Доля СМП, оказывающих помощь в амбулаторных условиях, в общей численности врачей, составляет в среднем по РФ **45,2%**.

Укомплектованность должностей СМП в медицинских организациях, оказывающих помощь в амбулаторных условиях - **75,2%**, РФ, 2018г.

Укомплектованность
СМП (физическими
лицами) **менее 65%**

Укомплектованность
СМП (физическими лицами)
более 89%



Достижение целевого показателя Национального проекта в **95,0%** (даже при условии введения кфц совместительства 1,2) к 2024 году в ряде субъектов вызывает вопрос?????



Медицинские кадры в сельской местности

	Средний медицинский персонал		
	2017 год	2018 год	Отклонение, абс. число
РОССИЙСКАЯ ФЕДЕРАЦИЯ	201747	196544	-5203
Центральный федеральный округ	32738	32227	-511
Северо-Западный федеральный округ	9628	9265	-363
Южный федеральный округ	29758	28952	-806
Северо-Кавказский федеральный округ	26073	25308	-765
Приволжский федеральный округ	49166	47819	-1347
Уральский федеральный округ	13791	13475	-316
Сибирский федеральный округ	25740	25064	-676
Дальневосточный федеральный округ	14196	13799	-397

Снижение СМП в сельской местности произошло в 7 федеральных округах, **максимально** в Приволжском и Южном ФО.



Нагрузка врачей, оказывающих помощь в амбулаторных условиях, на одну врачебную должность (число посещений)

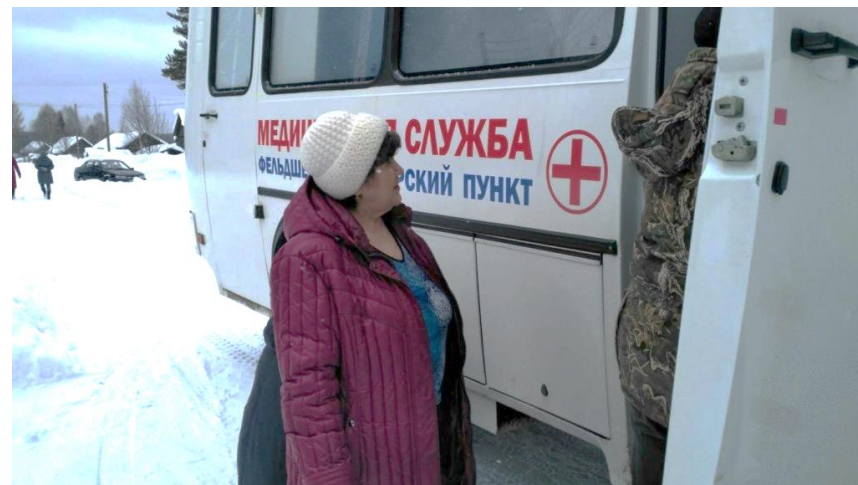


Должности врачей	Российская Федерация	
	2008	2018
Все врачи	3102,6	3227,9 !
Участковый терапевт	4908,3	4963,8!
Участковый педиатр	5561,9	6095,5!
ВОП	4569,9	4903,6
Кардиолог	3291,5	3164,1
Эндокринолог	5023,2	4112,9
Невролог	4967,4	4104,7
Пульмонолог	2994,1	2826,2
Число посещений на 1 жителя	9,4	8,2



Повышение доступности ПМСП для населения

Наименование установки	Число подразделений	Число выездов	число выездов на 1 подразделение
Амбулатории	41	3149	76,8
Стоматологические кабинеты	69	3100	44,9
Флюорографические установки	884	78496	88,8
Клинико-диагностические лаборатории	19	1308	68,8
Врачебные бригады	809	69462	85,9
ФАПы	150	13405	89,4
Фельдшерские пункты	3	144	48,0
Маммографические установки	141	8588	60,9
Мобильные медицинские бригады	1431	97235	67,9
Мобильные медицинские комплексы	219	13553	61,9



Приказ № 543:

Приложение N 8 Правила организации деятельности мобильной медицинской бригады: В населенных пунктах с числом жителей менее 100 человек первичная медико-санитарная помощь оказывается **мобильными медицинскими бригадами**, в том числе с использованием мобильных медицинских комплексов (далее - выездные формы работы), **не реже 2 раз в год (п.19.1)**



Передвижные ФАПы, 2018 г.

Новая модель организации работы поликлиники предусматривает обеспечение доступности ПМСП, в том числе оптимизацию процесса прохождения диспансеризации и профилактических медицинских осмотров



Субъект РФ	абс. число	Доля, %	Число выездов	Число выездов на 1 ФАП
РФ	150	100	13405	89,4
Московская область	13	8,7	1167	89,8
Рязанская область	8	5,3	0	0
Ярославская область	7	4,7	399	57
Республика Карелия	6	4,0	1040	173,3
Новгородская область	8	5,3	669	83,6
Псковская область	14	9,3	1169	83,5
Пермский край	24	16,0	2718	113,3
Нижегородская область	6	4,0	0	0
Чувашская республика	5	3,3	131	26,2
Свердловская область	21	14,0	2818	134,2
Челябинская область	5	3,3	756	151,2
Кемеровская область	9	6,0	516	57,3
Томская область	1	0,7	312	312

При невысокой плотности населения, значительном количестве малочисленных населенных пунктов и дефиците медицинских кадров использование мобильных медицинских комплексов позволяет повысить доступность и качество ПМСП





Структура времени **врача терапевта –участкового**, затрачиваемого непосредственно на пациента: (сбор анамнеза, аускультацию, пальпацию, перкуссию и т.д.)



основная деятельность **врача-терапевта участкового** при приеме 1 пациента занимает **от 6 до 9 минут** (в среднем 54,5% от всего времени)



Из этого времени **большую часть врач затрачивает :**

- ☒ на сбор анамнеза – 21,8%
- ☒ советы и рекомендации – 21,2%

На обязательные элементы врачебной деятельности участковый терапевт затрачивает **22,7%** времени от основной деятельности (среднем до 2 минут):

- ✓ осмотр пациента - 7,5%,
- ✓ пальпацию - 3,0%,
- ✓ перкуссию органов грудной клетки - 4,0%,
- ✓ аускультацию - 8,2%

На манипуляции, которые могут быть переданы медицинской сестре в соответствии с уровнем ее навыков и умений:

- ☒ измерение артериального давления - 18,5%,
- ☒ подсчет пульса (3%),
- ☒ частоты дыхательных движений (3%)

врач в настоящее время затрачивает 24,5% времени из основной деятельность (2,2 мин.)



Основные принципы формирования новой организационной модели деятельности медицинских организаций, оказывающих медицинскую помощь в амбулаторных условиях



Совершенствование деятельности специалистов, оказывающих ПМСП на основе оптимизации их функциональных обязанностей и норм труда (в т.ч. численности прикрепленного населения);



Повышение роли специалистов со средним медицинским образованием; использование немедицинского персонала (медицинского регистратора, секретаря врача);



Оптимизация численности и состава врачей-специалистов, ведущих прием пациентов в амбулаторных условиях;



Внедрение современных IT-технологий, включая телемедицинские;



Использование новых или усовершенствованных ресурсосберегающих (выездных) и замещающих стационар технологий;



Изменение организационной структуры МО, оказывающих медицинскую помощь в амбулаторных условиях – развитие **интегрированной помощи**;



Оптимизация системы управления МО, оказывающих медицинскую помощь в амбулаторных условиях.



Совершенствование деятельности специалистов, оказывающих ПМСП на основе оптимизации их функциональных обязанностей и норм труда

Нормы в соответствии с приказом 15.05.2012 N 543н

Врач участковый
терапевт



Участок – 1700 человек



Медицинская
сестра участковая



Нормативы, разработанные в поликлинике (комплексный участок)

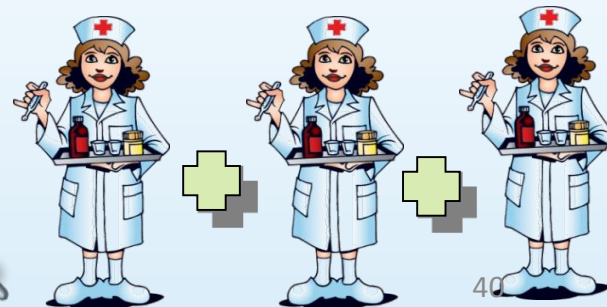
Врач участковый
терапевт



Участок – 2500 человек



3 медицинских сестры
участковых,
2 – на самостоятельном
приеме



ЦЕНТРАЛЬНЫЙ НИИ ОРГАНИЗАЦИИ И
ИНФОРМАТИЗАЦИИ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
www.mednet.ru

Совершенствование деятельности специалистов, оказывающих ПМСП на основе оптимизации их функциональных обязанностей и норм труда

Нормативы, разработанные в поликлинике

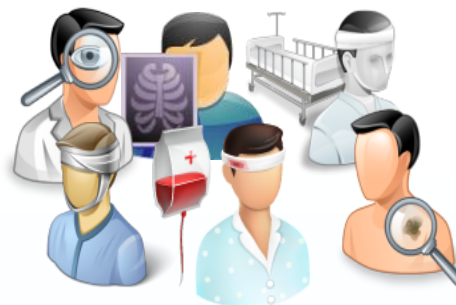
Врач участковый
терапевт



Медицинский
регистратор/
администратор



Участок > 1700 человек



Медицинская сестра
участковая
(патронаж, диспансерное
наблюдение)



Нормативы, разработанные в поликлинике

Врач участковый
терапевт



Участок – 2300 человек



1 медицинская сестра
участковая,
1 фельдшер (посещение на
дому, неотложная помощь,
диспансерное наблюдение)



ЦЕНТРАЛЬНЫЙ НИИ ОРГАНИЗАЦИИ И
ИНФОРМАТИЗАЦИИ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
www.mednet.ru

Ведение хронических больных с множественными заболеваниями

ЦЕЛЬ

ПОВЫСИТЬ КАЧЕСТВО ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ПАЦИЕНТАМ СТАРШИХ ВОЗРАСТНЫХ ГРУПП, ИМЕЮЩИХ ТРИ И БОЛЕЕ ХРОНИЧЕСКИХ НЕИНФЕКЦИОННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЯ

Категории пациентов

пациенты: женщины – от 55 лет, мужчины – от 60 лет, имеющие **три и более заболеваний**:

- артериальная гипертензия
- ишемическая болезнь сердца
- церебро-васкулярная болезнь
- хроническая сердечная недостаточность
- сахарный диабет II типа
- хроническая обструктивная болезнь легких
- бронхиальная астма
- хроническая болезнь почек
- фибрилляция и трепетание предсердий

Организация работы



Роль медсестры

- ✓ К работе привлекаются наиболее опытные врачи-терапевты, прошедшие специальное обучение
- ✓ 1 врача курирует 500-550 пациентов
- ✓ Врачу выделяется время на первичный прием до 40 минут, на повторный прием до 20 минут (обычно 12-15 мин)
- ✓ Врач ведет амбулаторный прием с медицинской сестрой
- ✓ На каждого пациента разрабатывается индивидуальный долгосрочный план лечения
- ✓ Ведет регистр пациентов
- ✓ Присутствует на амбулаторном приеме с врачом
- ✓ У медицинской сестры есть мобильный телефон, по которому пациент может с ней связаться, получить консультацию и записаться на прием
- ✓ Обучает пациентов по самоконтролю и обеспечивает брошюрами с рекомендациями



ОБЩЕСТВЕННОЕ ЗДОРОВЬЕ / ЗДРАВООХРАНЕНИЕ: КТО ДОЛЖЕН ИМ ЗАНИМАТЬСЯ?



Общественное здоровье – главный и наиважнейший индикатор благополучия населения, характеристика одного из важнейших свойств, качеств общества как социального организма; составляющий фактор внутреннего валового продукта, функция и производное общества (Ю.П.Лисицин, 1992), которое характеризует жизнеспособность общества (Д.Д.Венедиктов, 1981).

Основные проблемы общественного здоровья населения России

-  Регрессивный тип населения
-  Стагнация показателей рождаемости и смертности
-  Преобладание смертности мужского населения над смертностью женского
-  Относительно высокий уровень смертности лиц трудоспособного возраста
-  Существенная разница между минимальными и максимальными уровнями смертности в субъектах РФ
-  Разнонаправленная динамика заболеваемости отдельными классами болезней
-  Преобладание в структуре общей заболеваемости взрослого населения болезней системы кровообращения
-  Существенные различия уровня показателей заболеваемости по субъектам РФ



Для того чтобы изменить ситуацию необходимы ресурсы, и далеко не только финансовые

Почему в России сохраняются вышеперечисленные тенденции в общественном здоровье???

**Потому что за состояние общественного
здоровья, главным образом, несет
ответственность система «государственного»
здравоохранения**





Причина: Дефицит кадров, занимающихся вопросами профилактики и ЗОЖ

Центры медицинской профилактики



**Штатных должностей
всего – 4705,75;
врачей – 1517,5**



**Физических лиц
всего – 2067;
врачей 867
(укомплектованность -57%)**



**В медицинских организациях,
оказывающих помощь в
амбулаторных условиях, в 2018 г.
работало всего 664 врачей по
медицинской профилактике**



**В среднем в 1 центре
медицинской профилактики
работает по 10 врачей (!!!)**



Причина: Недостаточная преемственность между организационными структурами, оказывающими населению профилактические услуги



Организационная модель профилактики неинфекционных заболеваний

НЕОДНОКРАТНОЕ ОБСУЖДЕНИЕ ПРОБЛЕМАТИКИ ОБЩЕСТВЕННОГО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ НА РАЗЛИЧНЫХ УРОВНЯХ ПОЗВОЛИЛО СФОРМУЛИРОВАТЬ СЛЕДУЮЩЕЕ ОПРЕДЕЛЕНИЕ:

ОБЩЕСТВЕННОЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЕ –

деятельность государственных, муниципальных, общественных и иных структур, осуществляемая на основе межсекторального сотрудничества и межведомственного взаимодействия и направленная на реализацию системы мероприятий по охране и укреплению здоровья, предупреждению болезней, формированию здорового образа жизни и созданию благоприятной среды для жизнедеятельности граждан

ТАКИМ ОБРАЗОМ:

ОБЩЕСТВЕННОЕ ЗДОРОВЬЕ –

ЭТО СОСТОЯНИЕ (РЕЗУЛЬТАТ)

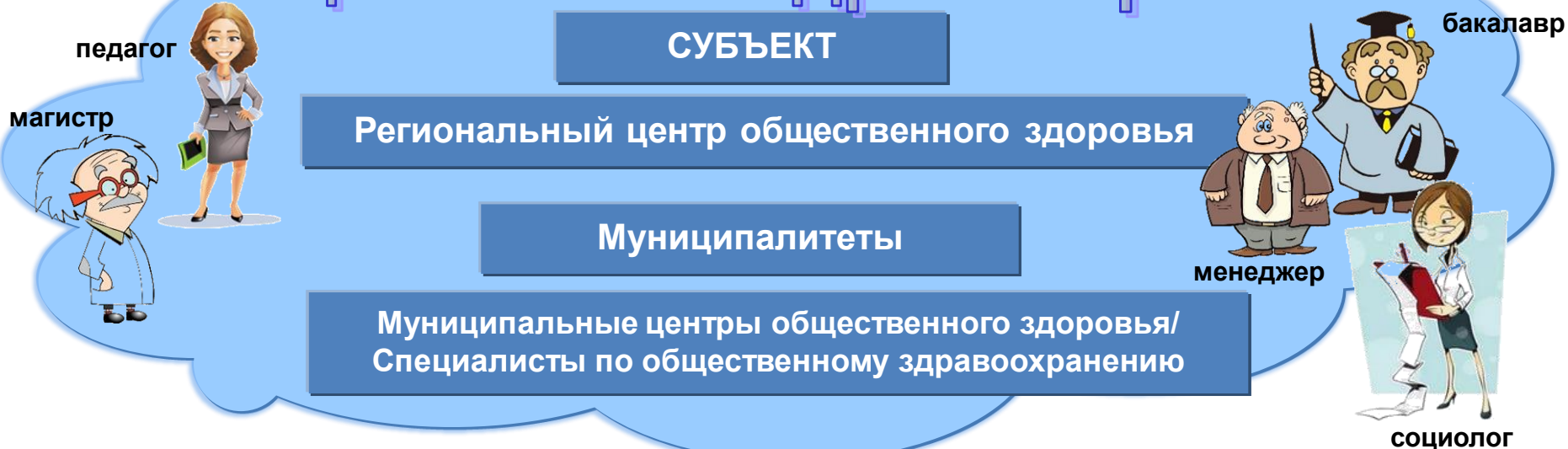


**ОБЩЕСТВЕННОЕ
ЗДРАВООХРАНЕНИЕ – ЭТО
СИСТЕМА, КОТОРАЯ
ОБЕСПЕЧИВАЕТ ДОСТИЖЕНИЕ
ЭТОГО СОСТОЯНИЯ
(ДЕЯТЕЛЬНОСТЬ)**



ЦЕНТРАЛЬНЫЙ НИИ ОРГАНИЗАЦИИ И
ИНФОРМАТИЗАЦИИ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
www.mednet.ru

Общественное здравоохранение

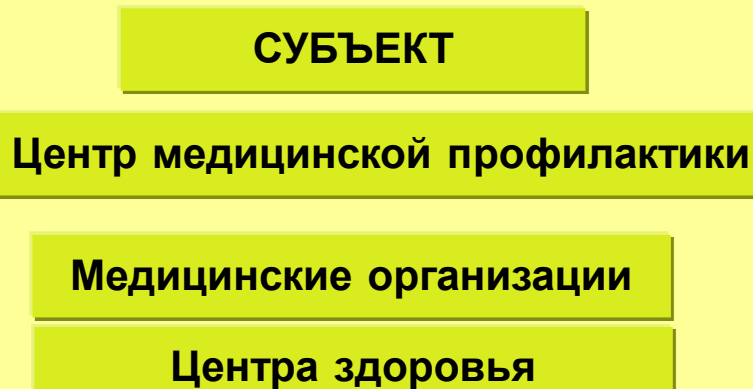


Система здравоохранения

Врачи по мед.профилактике



**Средний
медперсонал**



Врачи по гигиене...

Взаимодействие между системами





Очевидно, что в охране здоровья населения только усилий медицинских работников не достаточно



Создание единого профилактического пространства возможно только на основе межведомственного взаимодействия



Как возможный вариант такого объединяющего начала мы рассматриваем систему общественного здравоохранения



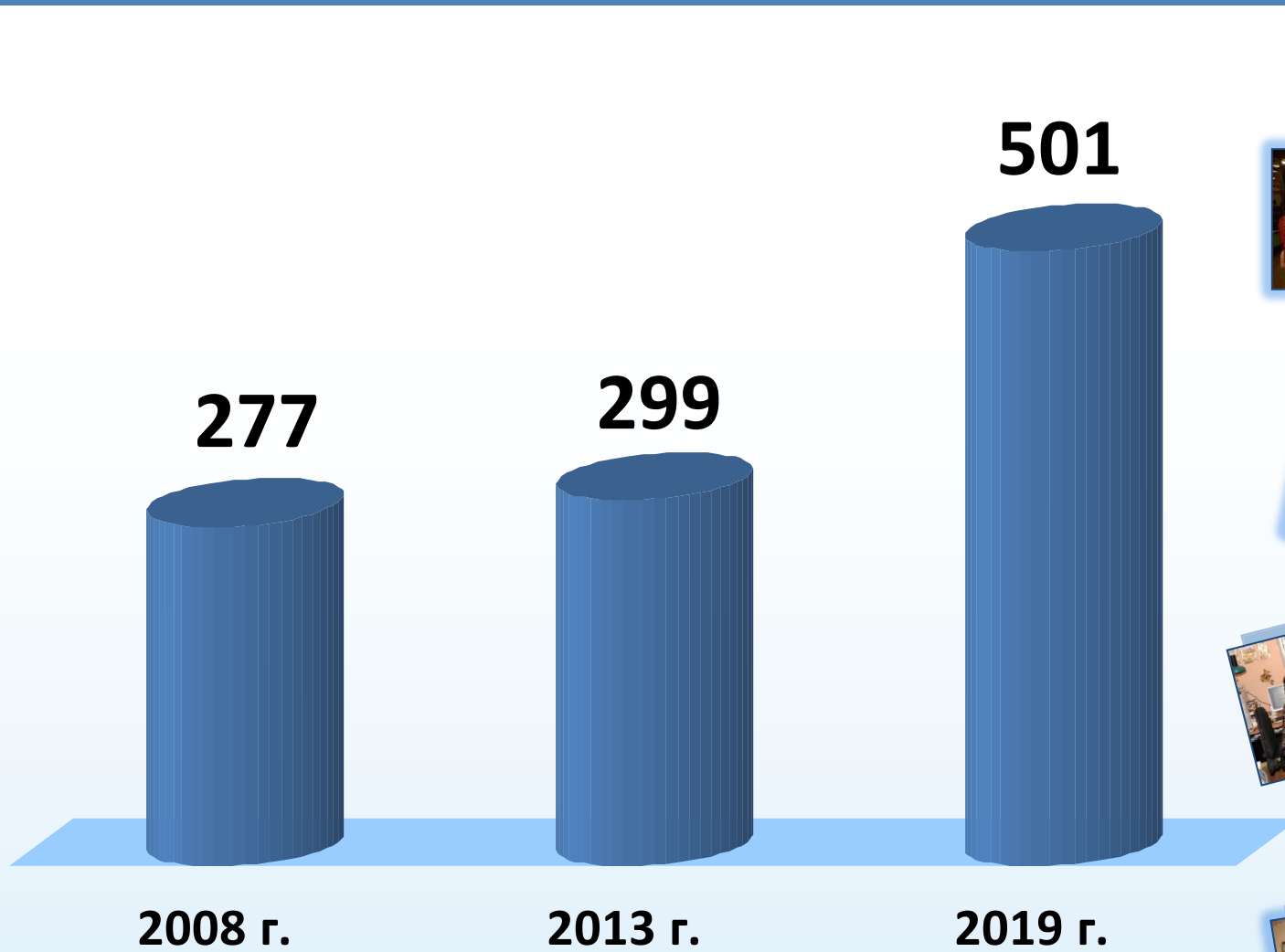
**ПЕРВООЧЕРЕДНЫМИ ШАГАМИ
НА ПУТИ СИСТЕМЫ ОБЩЕСТВЕННОГО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
ДОЛЖНЫ СТАТЬ:**



**Четкое определение основных терминов и понятий, характеризующих систему общественного здравоохранения,
Четкое определение участников системы общественного здравоохранения, их прав, обязанностей и компетенций,
Внесение соответствующих изменений и дополнений в нормативно-правовую базу**

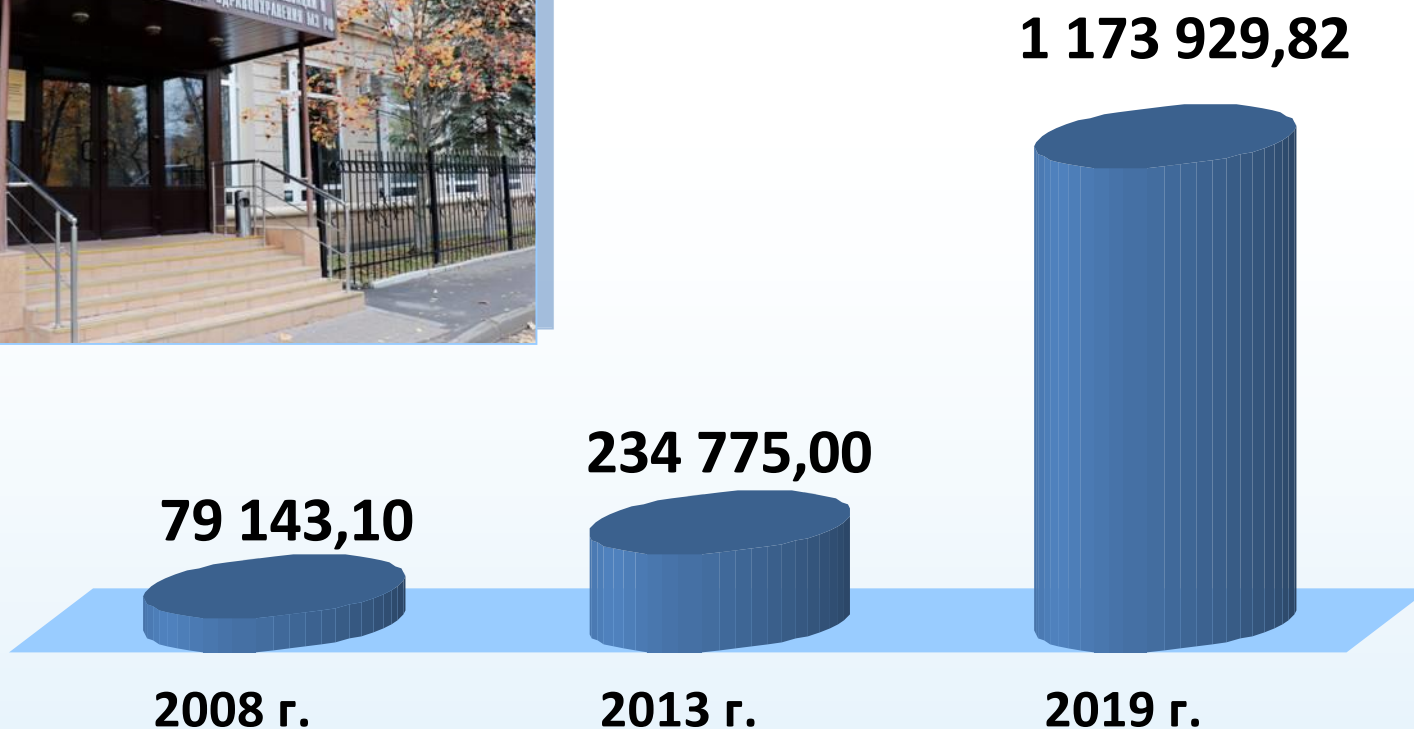
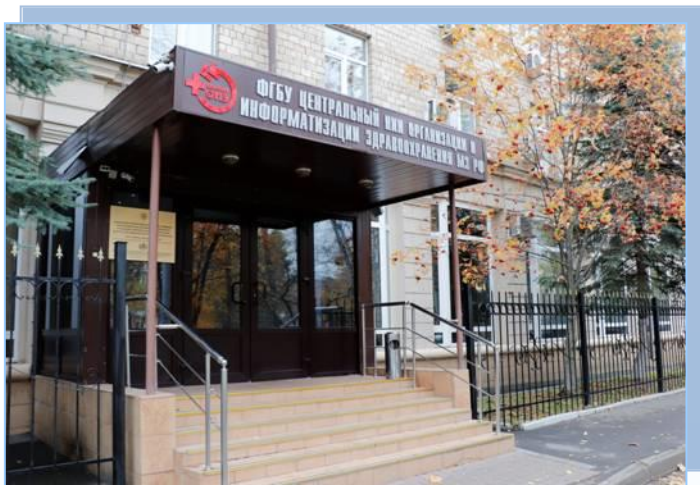


Кадры ЦНИИОИЗ



ЦЕНТРАЛЬНЫЙ НИИ ОРГАНИЗАЦИИ И
ИНФОРМАТИЗАЦИИ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
www.mednet.ru

Финансы ЦНИИОИЗ





ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ
ЦЕНТРАЛЬНЫЙ НИИ ОРГАНИЗАЦИИ И
ИНФОРМАТИЗАЦИИ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

Благодарю за внимание!