

**Поликарпов**  
**Александр Викторович**

**ТЕРРИТОРИАЛЬНОЕ ПЛАНИРОВАНИЕ ПРИ ОКАЗАНИИ  
ПЕРВИЧНОЙ МЕДИКО-САНИТАРНОЙ ПОМОЩИ  
НАСЕЛЕНИЮ В СОВРЕМЕННЫХ УСЛОВИЯХ**

3.2.3 – Общественное здоровье, организация и социология здравоохранения,  
медико-социальная экспертиза

**Автореферат**  
**диссертации на соискание ученой степени**  
**доктора медицинских наук**

**Москва – 2024**

Работа выполнена в Федеральном государственном бюджетном учреждении «Центральный научно-исследовательский институт организации и информатизации здравоохранения» Министерства здравоохранения Российской Федерации

**Научный консультант:**

доктор медицинских наук, доцент

**Люцко Василий Васильевич**

**Официальные оппоненты:**

Доктор медицинских наук, профессор, заведующий кафедрой общественного здоровья и здравоохранения ФГБОУ ВО «Тюменский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации, Заслуженный врач Российской Федерации

**Брынза Наталья Семеновна**

Доктор медицинских наук, профессор, заведующий лабораторией медико-социальных проблем и стратегического планирования в здравоохранении, ФГБНУ «Научно-исследовательский институт комплексных проблем гигиены и профессиональных заболеваний»

**Бабенко Анатолий Иванович**

Доктор медицинских наук, доцент, заведующий кафедрой организации здравоохранения и общественного здоровья ФГБОУ ВО «Сибирский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации

**Бойков Вадим Андреевич**

**Ведущая организация:** ФГБОУ ВО «Южно-Уральский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации

Защита диссертации состоится «18» декабря 2024 года в 10:00 часов на заседании Диссертационного совета 21.1.076.01 при Федеральном государственном бюджетном учреждении «Центральный научно-исследовательский институт организации и информатизации здравоохранения» Министерства здравоохранения Российской Федерации (ФГБУ «ЦНИИОИЗ» Минздрава России) по адресу: 127254, Россия, Москва, ул. Добролюбова, 11.

С диссертацией можно ознакомиться в библиотеке ФГБУ «ЦНИИОИЗ» Минздрава России по адресу: 127254, Россия, Москва, ул. Добролюбова, 11 и на сайте: [https://mednet.ru/images/stories/files/replay/Polikarpov\\_text.pdf](https://mednet.ru/images/stories/files/replay/Polikarpov_text.pdf)

Автореферат разослан « \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 202\_ г.

Ученый секретарь Диссертационного совета,  
доктор медицинских наук, профессор

**Сабгайда Тамара Павловна**

## ОБЩАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА РАБОТЫ

### Актуальность исследования

Самым востребованным видом медицинской помощи, который является основным ресурсом для поддержания здоровья населения и наиболее эффективным для профилактики заболеваний, является первичная медико-санитарная помощь (ПМСП) в случае грамотного использования ее ресурсов (Гуальярдо М.Ф., 2004; Казанцев К.И., Румянцева А.Е., 2022). Одним из основных направлений государственной политики в здравоохранении является обеспечение доступности и качества оказания ПМСП населению (Шейман И.М., 2019; Прохоренко Н.Ф., 2019; Фисенко В.С., 2022), в том числе для населения малонаселенных и труднодоступных пунктов.

В Российской Федерации (РФ) действуют ряд нормативных актов и методических рекомендаций для планирования сети медицинских организаций и расчета нормативной потребности в объектах здравоохранения (Вялков А.И., 2011; Люцко В.В., 2019; Баянова Н.А., 2022). Ежегодно Постановлением Правительства Российской Федерации утверждается Программа государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи (ПГГ), регламентирующая объемы оказания медицинской помощи населению (Сон И.М., Руголь Л.В., Стародубов В.И., 2018). В ПГГ устанавливаются общие требования в части условий предоставления, критериев доступности и качества медицинской помощи (Леонов С.А. и соавт., 2011). Однако, ПГГ не является инструментом формирования сети медицинских организаций (МО) и территориального планирования в регионах (Тресков В.И., 2017; Гришин В.В., 2021).

Главной целью территориального планирования в здравоохранении является формирование условий для обеспечения доступности медицинской помощи и эффективного использования ресурсов с учетом медико-демографической ситуации (Щепин О.П., 2005; Tomlinson P., 2013). При этом необходимым становится изучение потребности населения в медицинской помощи, структурных и организационных изменениях самой системы здравоохранения с целью формирования сети медицинских организаций, позволяющих обеспечить доступность медицинской помощи (Стародубов В.И., 2001; Luo J, 2017; Садовникова Ю. Ю., 2019). Так, в 30 регионах нашей страны наблюдается сокращение численности сельского населения (Демичев

В.В., 2021), что формирует потребность в разграничении демографической политики по территориальному принципу (Уколова А.В., 2020). При этом каждый регион должен самостоятельно разрабатывать мероприятия, которые будут способствовать повышению доступности при оказании ПМСП городскому и сельской населению.

Разный уровень доступности при оказании медицинской помощи сельскому и городскому населению определяется различными внешними факторами (Хальфин Р.А. и соавт., 2019; Ab Namid J., 2023). Южные регионы и западная часть нашей страны характеризуются высокой плотностью населения, рассредоточенного в небольших поселках (Пилипенко И.И. и соавт., 2007, 2008). Регионы Сибирского и Дальневосточного федеральных округов имеют низкую плотность расселения жителей, сосредоточенных в отдельных малонаселенных пунктах с затрудненным транспортным сообщением (Куулар Л.И., 2009; Гаврилов Э.Л., 2016). Географическая удаленность медицинской организации от человека является одним из ключевых барьеров для своевременного получения медицинской помощи (Щепин В.О., 2005; Syed S.T., Gerber B.S., 2013). Дальневосточный федеральный округ (ДФО) характеризуется очень низкими плотностью населения и инфраструктурной обеспеченностью, в том числе транспортной, суровым климатом (Сергиенко А.М., Иванова О.А., 2017). Динамика первичной заболеваемости городского и сельского населения ДФО может свидетельствовать о высокой степени неравенства при получении медицинской помощи, недостаточной доступности и ресурсной обеспеченности сети медицинских организаций, оказывающих ПМСП населению, особенно в сельской местности, низким показателем удовлетворённости населения медицинской помощью (Шпак А.С., 2020; Руголь Л.В., 2022).

Медицинские организации являются ключевыми объектами здравоохранения, их рациональное распределение гарантирует населению равные возможности при оказании медицинской помощи (Шартова Н.В. и соавт., 2019; Tan J., 2021) и может способствовать снижению смертности (Amiri S., Espenschied J.R., 2020). Регламентирующие документы, действующие в Российской Федерации, определяют общие принципы формирования объемов медицинской помощи, но, к сожалению, не отражают факторы, влияющие на размещение медицинских организаций (МО), в том числе в малонаселенных и труднодоступных территориях (Огрызко Е.В. и соавт., 2022).

Таким образом, вышеизложенное свидетельствует об актуальности выбранной темы исследования, необходимости разработки новых подходов к территориальному планированию в здравоохранении, особенно при оказании ПМСП населению.

### **Степень разработанности темы исследования**

Исследованиями в области территориального планирования в здравоохранении занимались отечественные и зарубежные ученые (Денисов В.Н., 1995; Филатов В.Б., 1996, 1999; Томчук А.Л., 1999; Сибурина Т.А., 2003; Шадрин С.Г., Молчанова Л.Ф., 2006; Куулар Л.И., 2009; Tomlinson P., 2013; Рубцова В.Н., 2020 и др.). Однако, за последнее десятилетие имеются единичные работы по отдельным вопросам, касающимся территориального планирования при оказании ПМСП. Так, Руголь Л.В. (2023) предложила оптимизировать структуру и штатное обеспечение центральных районных и районных больниц (ЦРБ и РБ), усовершенствовать организацию их работы. Оценка доступности ПМСП, предложенная Баяновой Н.А. (2022), позволяет получить информацию для анализа и синтеза решений в части организации и планирования медицинской помощи в сельских территориях. Шартова Н.В., Грищенко М.Ю. (2019) рассматривали доступность МО на основе сетевого анализа дорог общего пользования.

Ряд зарубежных авторов изучали влияние отдельных внешних факторов на доступность ПМСП в сельской местности. Voigtlander S. и Deiters T. (2015) определили различия в доступе к ПМСП в Германии и выявили минимальные стандарты, которые приемлемы в отношении пространственной доступности. Huerta Munoz U. и Kallestal S. (2012) моделировали географическую доступность и пространственный охват существующей сети организаций ПМСП. Tan J. (2021) проводил оценку пространственной доступности на основе показателей распределения населения.

Таким образом, существенные территориальные различия регионов РФ определяют разный уровень ресурсного обеспечения здравоохранения, что требует поиска и внедрения новых, адаптированных к региональным особенностям, организационных форм при оказании ПМСП населению. Однако в настоящее время отсутствуют комплексные исследования по изучению территориальной доступности медицинских организаций, оказывающих ПМСП населению в малочисленных и труднодоступных населенных пунктах.

**Цель исследования** - разработать и научно обосновать методику определения и повышения доступности медицинских организаций и их структурных подразделений,

оказывающих первичную медико-санитарную помощь населению, в малочисленных и труднодоступных населенных пунктах, при территориальном планировании в здравоохранении.

**Задачи исследования:**

1. Определить соответствие ресурсов и деятельности медицинских организаций, оказывающих первичную медико-санитарную помощь населению, состоянию здоровья населения в Российской Федерации и Дальневосточном федеральном округе.

2. Проанализировать информированность руководителей различного уровня в сфере охраны здоровья субъектов Российской Федерации о нормативном правовом регулировании при территориальном планировании в здравоохранении и уровень его применения.

3. Определить и систематизировать критерии оценки размещения медицинских организаций и структурных подразделений, оказывающих первичную медико-санитарную помощь населению.

4. Провести анализ территориального размещения медицинских организаций, оказывающих первичную медико-санитарную помощь населению, и его рациональности в субъектах Дальневосточного федерального округа.

5. Разработать и научно обосновать методику определения доступности медицинских организаций, оказывающих первичную медико-санитарную помощь населению, и возможности её повышения с учетом критериев, определяющих их размещение.

6. Оценить разработанную методику определения и повышения доступности медицинских организаций, оказывающих первичную медико-санитарную помощь населению, в отдельных субъектах Дальневосточного федерального округа.

7. Сформировать предложения по совершенствованию нормативного правового регулирования немедицинских аспектов повышения доступности медицинской помощи населению.

**Научная новизна исследования:**

- выявлены разнонаправленные тенденции и разный уровень общей и первичной заболеваемости сельского и городского населения в субъектах ДФО;
- выявлен рост числа структурных подразделений медицинских организаций,

оказывающих ПМСП населению, расположенных в сельской местности субъектов ДФО;

- установлено, что необходимым фактором обеспечения доступности медицинской помощи является вовлеченность в решение вопросов территориального планирования в здравоохранении руководителей различного уровня;

- установлено, что повышение информированности организаторов здравоохранения и применение ими положений нормативных правовых актов, регулирующих вопросы территориального планирования в здравоохранении, гарантированно позволит повысить доступность оказания медицинской помощи населению;

- выявлено, что руководители различного уровня в сфере охраны здоровья субъектов Российской Федерации при хорошей осведомленности о нормативном правовом регулировании вопросов территориального планирования недостаточно владеют навыками практического применения этих положений при формировании сети медицинских организаций на региональном уровне;

- установлено, что действующие нормативные правовые акты Российской Федерации формируют подходы оказания медицинской помощи населению, которые не позволяют в полной мере учитывать региональные особенности, влияющие на размещение медицинских организаций, при территориальном планировании в здравоохранении;

- определены критерии формирования доступности ПМСП, оказывающие влияние на территориальную структуру сети медицинских организаций;

- установлено, что более 11% населения субъектов ДФО проживает в населенных пунктах, в которых медицинские организации и их структурные подразделения, оказывающие ПМСП населению, не отвечают требованиям нормативных правовых актов Минздрава России по размещению медицинских организаций и являются «ненормативными»;

- доказана необходимость адаптации норматива численности населения при формировании сети и мощности медицинских организаций в малочисленных и труднодоступных населенных пунктах и обеспечения возможности деятельности «ненормативных» медицинских организаций и структурных подразделений (МО и СП) в указанных населенных пунктах;

- разработана методика определения и повышения доступности медицинских организаций и их структурных подразделений, оказывающих первичную медико-санитарную помощь населению;
- показана региональная неоднородность критериев формирования доступности ПМСП населению;
- разработаны алгоритмы оценки доступности медицинских организаций, оказывающих ПМСП при их разном размещении;
- доказана необходимость комплексного подхода при оценке доступности оказания ПМСП населению;
- определена необходимость приведения в соответствие нормативной правовой базы различного уровня и различных ведомств по вопросам территориального планирования, в том числе ее немедицинских аспектов, для повышения доступности оказания ПМСП населению.

#### **Теоретическая и практическая значимость исследования**

В исследовании разработана Методика определения и повышения доступности медицинских организаций и структурных подразделений, оказывающих ПМСП в малочисленных и труднодоступных населенных пунктах (далее Методика), позволяющая разработать мероприятия, способствующие обеспечению доступности медицинской помощи населению при ее оказании.

Материалы исследования могут быть применены при разработке проектов и программ развития в сфере здравоохранения, как на уровне субъектов Российской Федерации, так и на федеральном уровне.

Разработанная Методика позволит проводить оценку основных направлений (разделов) деятельности системы здравоохранения субъектов Российской Федерации, требующих первоочередных мер поддержки при определении мероприятий по повышению доступности оказания медицинской помощи населению субъектов Российской Федерации.

Методика может использоваться при оценке деятельности системы здравоохранения и оценки уровня «вовлеченности» медицинских организаций при оказании медицинской помощи населению, как на уровне муниципальных образований, так и на уровне субъекта Российской Федерации.

Материалы исследования могут быть включены в образовательные программы



дополнительного профессионального образования повышения квалификации и профессиональной переподготовки по специальности «Организация здравоохранения и общественное здоровье», в образовательных организациях Российской Федерации и использованы в научно-педагогическом процессе.

Разработаны и внедрены методические рекомендации «Территориальное планирование региональных систем здравоохранения» для сотрудников органов исполнительной власти в сфере охраны здоровья субъектов Российской Федерации, руководителей медицинских организаций, профессорско-преподавательского состава образовательных организаций высшего образования, в которых предложены подходы для территориального планирования сети медицинских организаций, в зависимости от особенности региона, в т.ч. с учетом критериев, оказывающих влияние на территориальное размещение медицинских организаций.

Подготовлены предложения для совершенствования и гармонизации нормативных правовых актов на различном уровне и между различными ведомствами, включающие немедицинские критерии, в части создания условий, необходимых для повышения доступности оказания медицинской помощи.

**Положения, выносимые на защиту:**

1. Медико-демографические показатели здоровья населения субъектов Дальневосточного федерального округа и показатели ресурсного обеспечения медицинских организаций на их территории свидетельствуют о разном уровне доступности первичной медико-санитарной помощи для городского и сельского населения.

2. Результат социологического исследования среди руководителей различного уровня в сфере охраны здоровья субъектов Российской Федерации свидетельствует о достаточном уровне информированности о нормативном правовом регулировании при территориальном планировании в здравоохранении, но недостаточном использовании положений нормативных правовых актов при формировании сети медицинских организаций.

3. Размещение объектов здравоохранения в субъектах Дальневосточного федерального округа должно обосновываться потребностями населения при оказании первичной медико-санитарной помощи с учетом критериев, влияющих на формирование сети медицинских организаций и их структурных подразделений.

4. Разработанная Методика определения и повышения доступности медицинских организаций и их структурных подразделений, оказывающих первичную медико-санитарную помощь населению в субъектах Дальневосточного федерального округа, позволяет выявить проблемы их размещения с учетом критериев, влияющих на формирование сети здравоохранения.

5. Для повышения доступности первичной медико-санитарной помощи требуется внесение изменений и дополнений в нормативные правовые акты различного уровня и ведомственной принадлежности с целью устранения несогласованности противоречий и синхронизации при нормативном регулировании.

#### **Внедрение результатов в практику**

Результаты исследования и методические рекомендации внедрены в практику работы органов исполнительной власти в сфере охраны здоровья субъектов Российской Федерации и медицинских организаций следующих регионов: в Волгоградской, Астраханской и Амурской областях.

Результаты исследования внедрены в практику работы Рабочей группы по территориальному планированию в здравоохранении, созданной на базе ФГБУ «ЦНИИОИЗ» Минздрава России, в части формирования схем территориального планирования системы здравоохранения в субъектах Российской Федерации: Пермский край, республики: Ингушетия, Кабардино-Балкарская, Калмыкия, Мордовия, Тыва, Чеченская; Архангельская, Волгоградская, Кемеровская, Липецкая, Московская, Новгородская, Орловская, Тамбовская, Томская, Тульская и Ульяновская области, г. Севастополь. Разработаны методические рекомендации для осуществления территориального планирования в здравоохранении (Территориальное планирование региональных систем здравоохранения : Методические рекомендации № 16-23 /И.А.Деев, Е.В.Каракулина, А.В.Поликарпов [и др.]. – Москва : Центральный научно-исследовательский институт организации и информатизации здравоохранения, 2023.–40 с.– ISBN 978-5-94116-136-2).

Результаты работы были использованы при разработке и расчете показателя «Коэффициент доступности медицинской помощи с учетом ограничений» в части подготовки проекта бюджета и расчета корректирующих значений коэффициента при формировании субвенций из Федерального фонда обязательного медицинского страхования (ФОМС) в 2024-2026 гг. для формирования Программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2024-2026 гг.

Материалы исследования применяются Департаментом организации медицинской помощи и санаторно-курортного дела Минздрава России при определении доступности оказания медицинской помощи населению, прежде всего ПМСП, а также при оценке и согласовании схем территориального планирования в здравоохранении субъектов Российской Федерации и выработке первоочередных мер, направленных на повышение доступности медицинской помощи населению, для включения в региональные программы развития здравоохранения субъектов Российской Федерации.

Материалы диссертационного исследования внедрены в учебный процесс Федерального государственного бюджетного образовательного учреждения высшего образования «Российская академия народного хозяйства и государственной службы при Президенте Российской Федерации» и ФГБУ «ЦНИИОИЗ» Минздрава России.

**Степень достоверности полученных результатов** подтверждается достаточным объемом проанализированного исходного статистического материала; использованием адекватных и современных методов анализа и статистической обработки полученных результатов; проведенным анализом методом сплошной выборки территориального размещения 2 884 медицинских организаций и их структурных подразделений субъектов ДФО, расположенных в населенных пунктах с численностью населения до 10 000 человек; анкетированием 169 руководителей различного уровня в сфере охраны здоровья субъектов Российской Федерации и 5104 медицинских работников; выбором методик обработки материала с использованием пакета программ IBM SPSS Statistics ver. 28.0 for Windows, пакета прикладных программ Statistica 15.0 и электронных таблиц Excel 2019. Расчет объема выборки обеспечивал репрезентативность полученных данных.

**Соответствие диссертации паспорту научной специальности.** Диссертация соответствует пунктам 2,12,14,17 паспорта специальности 3.2.3 — Общественное здоровье, организация и социология здравоохранения, медико-социальная экспертиза.

**Связь работы с научными программами:** диссертационная работа выполнена в соответствии с государственным заданием ФГБУ «ЦНИИОИЗ» Минздрава России на 2024-2026 годы «Пространственная неоднородность состояния здоровья населения Российской Федерации и факторы, влияющие на демографические процессы» (720000Ф.99.1.БН62АБ40000).

**Результаты исследования доложены и обсуждены на:** Международном Конгрессе «Информационные технологии в медицине», Москва, 2019; Международном Конгрессе «Информационные технологии в медицине», Москва, 2020; всероссийском Конгрессе «Национальное здравоохранение 2022», Москва, 2022; конференции для специалистов органов исполнительной власти в сфере охраны здоровья, руководителей медицинских организаций и специалистов по направлениям деятельности Донецкой и Луганской Народных Республик, Запорожской и Херсонской областей, Симферополь, 2022; Международном Конгрессе «Информационные технологии в медицине», Москва, 2022; пленарных сессиях на площадке РАНХиГС для государственных и муниципальных служащих по направлениям деятельности Донецкой и Луганской Народных Республик, Запорожской и Херсонской областей, Москва, 2023; практическом вебинаре на площадке ФГБУ «ЦНИИОИЗ» Минздрава России «Клуб Министров Российской Федерации», Москва, 2023; VIII Всероссийской конференции демографическое развитие Дальнего Востока и Арктики, Благовещенск, 2023; Международном семинаре «Опыт стран СНГ в цифровизации систем здравоохранения. Внедрение цифровых технологий для решения вопросов управления здравоохранением», Ашхабад, Туркменистан 2023; X Международном строительном форуме и выставке, Екатеринбург, 2023; научно-практической конференции «Актуальные вопросы общественного здоровья и здравоохранения Дальнего Востока России и Азиатско-тихоокеанского региона» в рамках IV Дальневосточного международного медицинского конгресса, Хабаровск, 2023 г.; XIX международном Конгрессе «Информационные технологии в медицине», Москва, 2023; региональной конференции «О долгосрочной программе развития здравоохранения в Волгоградской области», Волгоград, 2023; практической конференции «Вопросы организации первичной медико-санитарной помощи населению Российской Федерации», Москва, 2024; круглом столе по вопросам территориального планирования объектов здравоохранения в рамках проведения отраслевого дня «День здоровья» на площадке Международной выставки-форума «Россия» на территории ВДНХ, Москва, 2024.

**Личный вклад автора:** автору принадлежит ведущая роль в написании и опубликовании результатов исследования. Автором проведены информационный поиск (100%), анализ научной литературы по проблеме исследования (100%), сформулированы цель и задачи исследования (100%), разработан статистический

инструментарий (100%). Лично осуществлены ретроспективный анализ медико-статистических показателей отчетных форм федерального статистического наблюдения, содержащих сведения о числе медицинских организаций, кадровом и материально-техническом обеспечении, по результатам которых созданы базы данных и проведена статистическая обработка. Разработана методика определения и повышения доступности медицинских организаций и их структурных подразделений, оказывающих ПМСП, с учетом критериев формирования доступности, определяющих их размещение (95%). Проведено социологическое исследование для изучения влияния разных факторов на размещение медицинских организаций (95%). Проведена работа по обоснованию подходов к оценке определения доступности медицинских организаций, оказывающих ПМСП населению, с учетом критериев, определяющих их размещение, в пилотных субъектах Дальневосточного федерального округа (95%).

**Публикации:** по результатам исследования опубликовано 28 научных работ, в том числе 14 представлены в рецензируемых изданиях, включенных в перечень Всероссийской аттестационной комиссии при Министерстве науки и высшего образования Российской Федерации, из них 5 – в изданиях, входящих в Белый список журналов; опубликованы методические рекомендации.

**Объем и структура диссертации:** диссертация состоит из введения, семи глав, заключения, выводов, предложений, списка литературы и приложений. Содержит 354 страницы машинописного текста. Список литературы включает 284 источника, из которых 220-отечественных и 64-зарубежных авторов. Работа иллюстрирована 41 рисунком, 33 таблицами и 11 таблиц в приложении.

### **Содержание работы**

**В первой главе** представлен анализ нормативной правовых документов об особенностях территориального планирования в части оказания ПМСП, в том числе сельскому населению. Проведен анализ и обобщение источников литературы отечественных и зарубежных авторов по вопросам доступности медицинской помощи, территориального планирования в здравоохранении и организации оказания ПМСП населению. Изучена база информационных систем территориального планирования, как отечественного, так и зарубежного производства.

Проведенный анализ показал, что регламентирующие документы в Российской Федерации определяют общие принципы формирования объемов оказания

медицинской помощи, но не в полной мере отражают факторы, влияющие на размещение медицинских организаций и их структурных подразделений в субъектах Российской Федерации, в том числе в малонаселённых и труднодоступных территориях. Реализация мер, направленных на развитие сельской инфраструктуры объектов здравоохранения, оказывает положительное влияние на сокращение разницы между показателями смертности и ожидаемой продолжительности жизни городского и сельского населения. Анализ показал, что требуется дальнейшее совершенствование правовых норм относительно полномочий органов местного самоуправления, а также разработка критериев, определяющих необходимость и меры повышения доступности при оказании ПМСП.

*Во второй главе* представлена методика и программа исследования, этапы работы, дана характеристика баз исследования (таблица 1).

В соответствии с поставленными задачами в работе использовалась методика комплексного структурного анализа, библиографический, статистический и аналитический методы, картографический, социологический, организационного моделирования. Статистический анализ первичного материала проводился путем расчета относительных величин (интенсивных и экстенсивных показателей, показателей соотношения), оценки динамических рядов

**Объект исследования** – доступность первичной медико-санитарной помощи населению на труднодоступных территориях и территориях с малой численностью населения.

**Предмет исследования** – критерии размещения медицинских организаций, оказывающих первичную медико-санитарную помощь населению.

**Единицами исследования являются:** Медицинская организация, показатели заболеваемости, демографические показатели, врач-организатор здравоохранения, критерии размещения медицинских организаций, дорожная сеть, общественный транспорт, нормативные правовые акты.

В исследовании был произведен анализ медико-демографических показателей, показателей общей и первичной заболеваемости, ресурсного обеспечения системы здравоохранения субъектов ДФО, проведена оценка инфраструктурного развития сети медицинских организаций субъектов ДФО.

Таблица 1 - Этапы исследования, материалы и методы.

| № п/п | Этапы исследования  | Методы исследования  | Источники информации  | Объем исследования  |
|-------|---|--|---|---|
| 1     | Изучить нормативную правовую базу по вопросам территориального планирования в здравоохранении, состояние здоровья населения, ресурсы и деятельность медицинских организаций, оказывающих ПМСП в Российской Федерации и Дальневосточном федеральном округе | Статистический, аналитический, библиографический             | Научные статьи, учебные пособия, монографии, диссертации, авторефераты, Нормативные правовые акты, данные Росстата, «Гарант», сайты Минздрава России, ФГБУ «ЦНИИОИЗ» Минздрава России, сборники «Медико-демографические показатели Российской Федерации»; годовой отчет форм ФСН №12 «Сведения о числе заболеваний, зарегистрированных у пациентов, проживающих в районе обслуживания медицинской организации», ФСН № 30 «Сведения о числе медицинских организаций», ФСН № 47 «Сведения о сети и деятельности медицинских организаций». | Медицинская литература: 284 источник, из них 64 иностранных (включая нормативные правовые документы: федеральные законы и подзаконные акты).<br>Проанализировано 700 статистических форм и 114 расчетных показателей. |
| 2.    | Провести социологическое исследование среди врачей - организаторов здравоохранения на предмет уровня нормативного регулирования вопросов территориального планирования в здравоохранении  | Статистический, аналитический, социологический               | Результаты опроса врачей - организаторов здравоохранения различного уровня.   | Выборка сформирована на основании социологического исследования среди 169 респондентов - врачей-организаторов и руководителей органов исполнительной власти в сфере охраны здоровья.                                  |
| 3     | Изучить и систематизировать распределение субъектов Дальневосточного федерального округа по типам размещения сети медицинских организаций   | Статистический, аналитический, организационное моделирование | Данные Росстата, статистические сборники ФГБУ «ЦНИИОИЗ» Минздрава России, научные статьи, нормативные правовые документы, данные ГИС. Результат опроса медицинских работников.  | Изучено 15 нормативных правовых актов, проанализировано 20 показателей. Проведено анкетирование 5104 респондентов.  |

| № п/п | Этапы исследования  | Методы исследования  | Источники информации  | Объем исследования  |
|-------|---|--|---|---|
| 4     | Провести анализ территориального размещения медицинских организаций в отдельных субъектах Дальневосточного федерального округа.                                     | Картографический, организационное моделирование, статистический, аналитический | Данные ГИС, Федеральный реестр медицинских организаций (ФРМО), нормативные правовые акты.   | Изучены данные, содержащиеся в двух ГИС, изучены 2 884 МО и их СП, расположенных в населенных пунктах ДФО   |
| 5     | Разработать и научно обосновать методику определения доступности медицинских организаций, оказывающих ПМСП населению с учетом критериев, определяющих их размещение | Картографический, организационное моделирование, статистический, аналитический | Нормативные правовые документы, данные Росстата, сборники ФГБУ «ЦНИИОИЗ» Минздрава России, данные ГИС.  | Изучены особенности размещения 739 МО и их СП, расположенных в населенных пунктах субъектов ДФО.  |
| 6     | Оценить разработанную методику определения доступности медицинских организаций, оказывающих ПМСП, в отдельных субъектах Дальневосточного федерального округа        | Статистический, аналитический  | Данные по территориальному размещению медицинских организаций и их структурных подразделениях в отдельных субъектах Дальневосточного федерального округа. | Изучено 104 МО и их СП, расположенных в населенных пунктах Амурской области с численностью жителей ниже минимального порога, при которых должны создаваться МО и СП, предусмотренные приказами Минздравсоцразвития России № 543 н и Минздрава России №132 н, в т.ч. 44 ФАПа, 24 УБ, 31 ВА, 4 РБ, 1 ЦРБ. |
| 7     | Сформировать предложения по совершенствованию нормативного правового регулирования немедицинских аспектов повышения доступности медицинской помощи населению        | Аналитический  | Нормативные правовые документы, научные статьи, монографии. Данные предыдущих этапов исследования   | -   |



Проанализировано число построенных и приобретенных ФАП, ФП и ВА, а также приобретенных (поставленных) передвижных медицинских комплексов (ПМК) в рамках реализации мероприятий федеральных проектов «Развитие первичной медико-санитарной помощи» (реализация федерального проекта с 2018 - 2020 гг.) и «Модернизация первичного звена здравоохранения» (реализация федерального проекта с 2021 г.) Национально проекта «Здравоохранение».

Проанализированы показатели по данным форм федерального статистического наблюдения №12 «Сведения о числе заболеваний, зарегистрированных у пациентов, проживающих в районе обслуживания медицинской организации» (n=54); № 30 «Сведения о числе медицинских организаций» и № 47 «Сведения о сети и деятельности медицинских организаций» (n=35) за период с 2015 по 2021 годы.

По формам ФСН №№ 12, 30 с учетом введенного разреза по селу, который позволяет оценить развитие инфраструктуры сельского здравоохранения и проанализировать заболеваемость сельского населения.

На этапе определения объема выборки социологического исследования и определения достоверной интерпретации полученных данных был сформирован необходимый объем выборки.

Поскольку генеральная совокупность сопоставима с объемом выборки, то для расчёта предельной ошибки выборки использована формула (формула 1):

$$\Delta = Z \sqrt{\frac{pq}{n} \times \frac{N-n}{N-1}}$$

n – объем выборки; N – объем генеральной совокупности; Z – коэффициент, зависящий от выбранного доверительного интервала (1,96 для 95% доверительного интервала); p – доля респондентов с наличием исследуемого признака; q = 1 – p – доля респондентов, у которых исследуемый признак отсутствует; Δ – предельная ошибка выборки.

Генеральная совокупность для проведения социологического исследования составила 26 418 физических лиц медицинских работников. Необходимый минимальный размер выборки составил, при p=0,5, суммарно 745 респондентов.

Статистическая обработка полученных данных осуществлялась с применением персонального компьютера и использованием статистического пакета прикладных программ IBM SPSS Statistics ver. 28.0 for Windows, Statistica 15.0 и MS Excel 2019.

*В третьей главе* приведен анализ динамики медико-демографических показателей, показателей деятельности и ресурсного обеспечения системы здравоохранения субъектов Российской Федерации в целом и субъектов ДФО за 2015 – 2021 годы.

Анализ показателей смертности населения ДФО в 2021 году составил 15,5 на 1000 населения и был меньше среднероссийского показателя на 7,2% (Российская Федерация – 16,7 на 1000 населения). С 2015 по 2021 годы в ДФО показатель смертности вырос на 23,0% (с 12,6 до 15,5 на 1000 населения). В Российской Федерации этот показатель вырос на 28,5% (с 13,0 до 16,7 на 1000 населения).

Анализируя показатель ожидаемой продолжительности жизни (ОПЖ), следует отметить, что в 2021 году в ДФО составил 68,1 лет, что ниже, чем в Российской Федерации (70,1 лет). По показателю ОПЖ ДФО занимает последнее место среди федеральных округов страны, одновременно характеризующимся снижением этого показателя с 68,7 ( $\pm 1,07$ ) лет в 2015 году до 68,1 ( $\pm 0,86$ ) лет ( $p \leq 0,05$ ) в 2021 году, но при этом сократилось и различие в продолжительности жизни между регионами ДФО.

Уровень общей заболеваемости всего населения на территории ДФО на протяжении всего периода наблюдения был ниже среднероссийского показателя, при этом его тенденция в ДФО была аналогична среднероссийской и сопоставимой по темпу прироста. Прирост общей заболеваемости всего населения РФ за период 2015-2021 годы составил 4,8% (с 160 056,1( $\pm 7 267$ ) до 167 713,8( $\pm 7 113$ ) на 100 тыс. населения), населения ДФО – 6,0% (с 148 779,8( $\pm 14 705$ ) до 157 666,5( $\pm 13 559$ )).

Уровень общей заболеваемости сельского населения в ДФО также был ниже уровня аналогичного показателя по РФ, но тенденции этих показателей за 2015-2021 годы, в ДФО и в РФ, оказались разнонаправленными. Если в целом по РФ показатель по сельскому населению вырос на 1,3% за анализируемый период (с 123 334,4( $\pm 9483$ ) на 100 тысяч сельского населения в 2015 году до 124 941,0( $\pm 9 406$ ) в 2021 году), то в ДФО – он снизился на 12,3% (с 117 527,4 ( $\pm 23 725$ ) в 2015 году до 103 042,7( $\pm 26 624$ ) на 100 тысяч населения в 2021 году), переместив округ по его уровню на последнее место среди всех федеральных округов РФ (рисунок 1). Уровень общей заболеваемости сельского населения в ДФО в 2021 году на 17,5% оказался ниже среднероссийского, в начале периода наблюдения разница в уровне показателей в ДФО и в среднем по Российской Федерации составляла 4,7%.

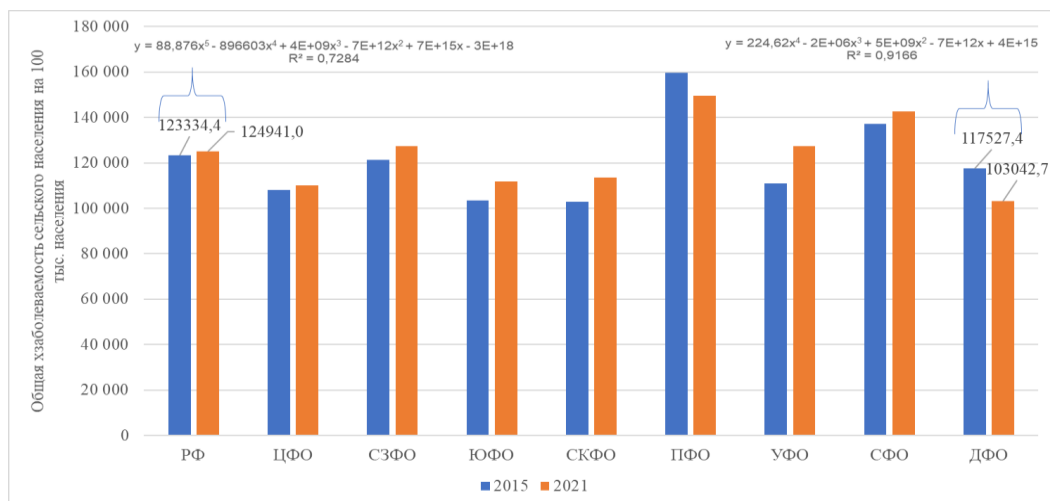


Рисунок 1. Динамика общей заболеваемости сельского населения Российской Федерации и по федеральным округам за 2015 и 2021 гг., на 100 тысяч населения

Следует отметить, что показатели первичной заболеваемости отражают не только состояние здоровья населения, но и доступность ПМСП, в том числе достаточной сетью медицинских организаций, оказывающих ПМСП населению в амбулаторных условиях. В связи с этим важен анализ динамики первичной заболеваемости населения, особенно отдаленных от центра территорий с низкой плотностью населения.

Среди федеральных округов Российской Федерации ДФО по показателю первичной заболеваемости сельского населения в 2021 году в ранговом убывании занимал последнее место (рисунок 2).

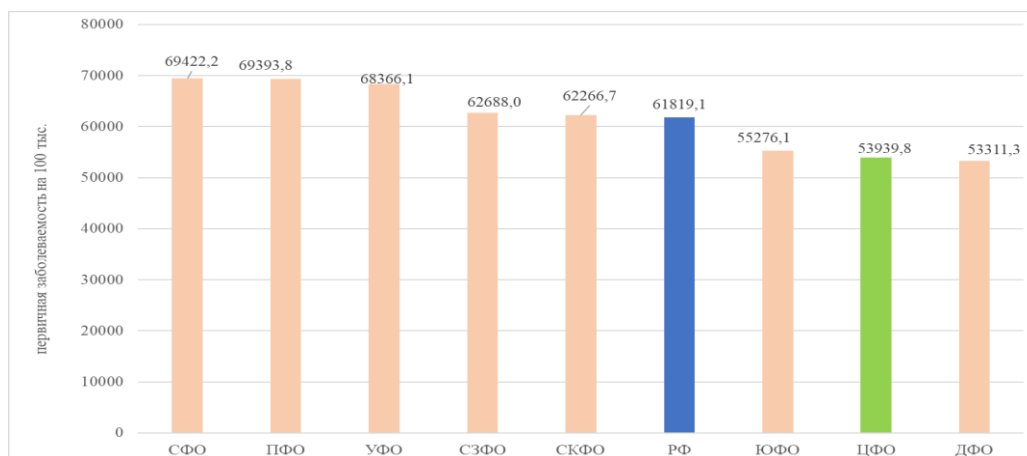


Рисунок 2 Показатель первичной заболеваемости сельского населения в федеральных округах Российской Федерации в 2021 году, на 100 тысяч сельского населения.

Анализ числа медицинских организаций, оказывающих ПМСП и расположенных в сельской местности, показал их сокращение с 378 в 2015 году до 349

подразделений в 2021 году. Указанный факт напрямую не может свидетельствовать о снижении доступности медицинской помощи, так как в данный период происходили организационные мероприятия по укрупнению и реорганизации медицинских организаций, в том числе без уменьшения числа структурных подразделений.

Анализ числа структурных подразделений, оказывающих ПМСП населению, показал, что в период с 2015 по 2021 гг. число врачебных амбулаторий (далее – ВА) в ДФО увеличилось на 36,4% (2015 г. – 453; 2021 г. – 618) при среднероссийском росте их числа на 9,2%.

Особое значение в сельской местности имеют такие организационные медицинские структуры как фельдшерский и фельдшерско-акушерский пункт (ФАП\ФП) – это подразделения, входящие в состав районной больницы, создаются для оказания доврачебной медицинской помощи, проведения комплекса профилактических мероприятий по оздоровлению и предупреждению заболеваний среди жителей сельских населенных пунктов. В 2021 году число ФАП (ФП) в ДФО составило 2137 и за 2015-2021 гг. увеличилось на 3,1%, (с 2072 в 2015 году до 2137 в 2021 году) при среднероссийском снижении на 0,6%.

Был выполнен расчет показателя обеспеченности сельского населения объектами медицинской инфраструктуры. Интегральный показатель обеспеченности сельского населения ДФО объектами сельской инфраструктуры (поликлинические отделения (входящие в состав больниц), врачебные амбулатории (ВА), ФАП, ФП, отделения врача общей практики (ВОП) в 2021 году составлял 15,2 на 10 тысяч сельского населения (Российская Федерация – 13,6 на 10 тыс. сельского населения). В динамике этот показатель в ДФО вырос с 14,0 на 10 тыс. сельского населения в 2015 году до 15,2 на 10 тыс. сельского населения в 2021 году или на 8,6% (Российская Федерация – рост на 3,0%).

Также, важно выделить интенсивное внедрение в ДФО передвижных форм работы при оказании медицинской помощи населению. Общее число передвижных структурных подразделений в ДФО увеличилось с 164 единиц в 2015 году до 306 единиц в 2021 году, то есть в 1,9 раз. В том числе, число врачебных бригад увеличилось в 1,4 раза, мобильных флюорографических установок – в 1,5 раз, передвижных маммографических установок – в 3 раза. Число передвижных ФАП(ФП) выросло до 43 в 2021 году. Число мобильных медицинских бригад и мобильных медицинских комплексов выросло в 1,5 раза.

В ходе реализации мероприятий по повышению доступности ПМСП в рамках реализации федеральных проектов «Развитие первичной медико-санитарной помощи» (2018 - 2020 гг.) и «Модернизация первичного звена здравоохранения» (в 2021 г.) в субъектах Российской Федерации ДФО в период с 2018 по 2021 гг. были введены в эксплуатацию 255 единиц ФАП (ФП), ВА, а также поставлено 150 передвижных медицинских комплексов. Доля введенных в эксплуатацию в Дальневосточном Федеральном округе новых ФАП (ФП) и ВА от общего количества введенных в эксплуатацию новых ФАП (ФП) и ВА в Российской Федерации в период с 2018 по 2021 гг. составила 8,2 %.

*В четвертой главе* приведены результаты социологического исследования - опроса руководителей различного уровня в сфере охраны здоровья населения субъектов Российской Федерации о роли и месте территориального планирования в здравоохранении и достаточности нормативного регулирования на современном уровне, а также определена значимость критериев формирования доступности для комплексной оценки размещения медицинских организаций.

Анализ результатов проведенного социологического исследования показал, что имеют представление о территориальном планировании в здравоохранении и знакомы с этим понятием в наибольшей степени представители органов исполнительной власти и работники МИАЦ (94,0% от всех опрошенных этой категории респондентов), среди участников анкетирования из государственных и частных медицинских организаций эта доля составляет по 80,0%. Доля сотрудников федеральных организаций, осведомленных о том, что такое территориальное планирование, несколько ниже - 77,0% (рисунок 3).

О существовании нормативных актов, регулирующих территориальное планирование и действующих на региональном уровне, лучше всех знают работники государственных учреждений - 75,0%. Самая большая доля респондентов, которые не знают о наличии нормативной базы в своем регионе, - среди представителей частной медицины - 40,0%. Недостаточность нормативного регулирования вопросов территориального планирования в здравоохранении признают работники федеральных медицинских организаций (75,0%) и представители частной медицины (67,0%).

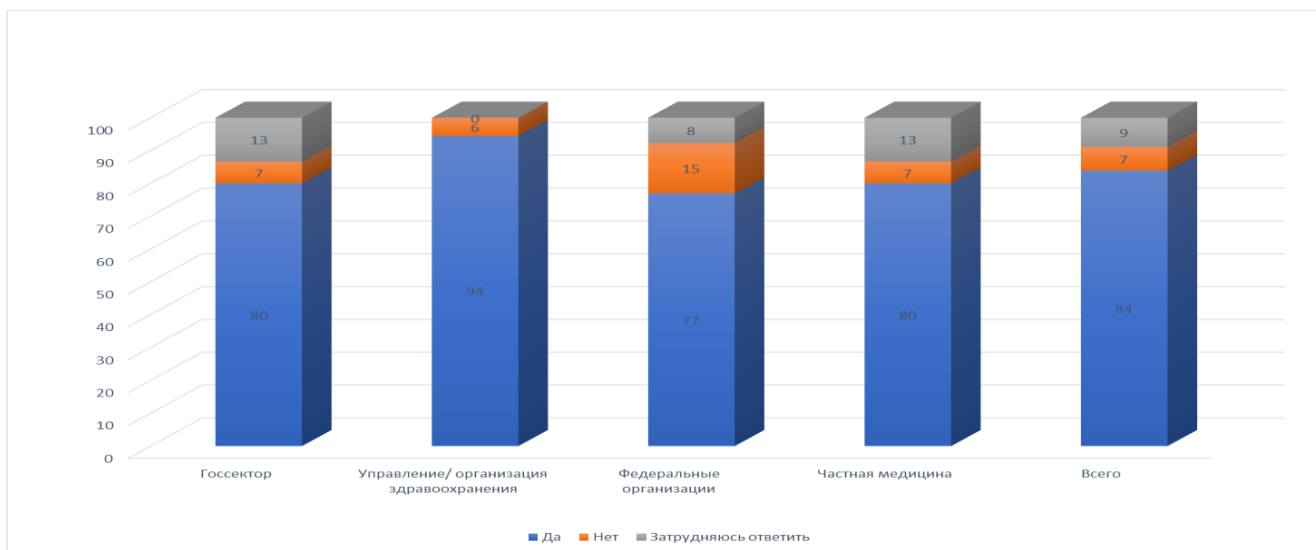


Рисунок 3 Структура распределения респондентов по вопросу «Знаете ли Вы, что такое территориальное планирование в здравоохранении?», %

Вопрос анкеты о том «Соблюдаются ли требования территориального планирования в регионах?» вызвал наибольшее затруднение у участников исследования. Более половины опрошенных работников федеральных медицинских организаций и представителей частной медицины не смогли дать содержательный ответ на вопрос о соблюдении требований по территориальному планированию на региональном уровне (54,0% и 53,0% соответственно).

Ответы работников «госсектора» разделились на три примерно равные части: 30,0% считают, что эти требования в их регионах соблюдаются, 37,0% дали отрицательный ответ и 33,0% затруднились с ответом. Примерно половина опрошенных представителей управления здравоохранением/врачей - организаторов здравоохранения (47,0%) считают, что в регионах требования территориального планирования (ТП) в здравоохранении не соблюдаются, и примерно столько же (42,0%) на этот вопрос ответили утвердительно.

Среди руководителей органов исполнительной власти в сфере охраны здоровья субъектов Российской Федерации 60,0% опрошенных определили, что в регионах утверждены схемы ТП, 20,0% пользуются типовыми схемами ТП и 20,0% ответили, что в их регионах таких схем нет. Основной причиной, которая препятствует разработке схем территориального планирования в здравоохранении в регионах, было названо недостаточное финансирование - 58,0% опрошенных, настороженность со стороны населения - 31,0%, отсутствие обратной связи о необходимости формирования

схем территориального планирования в здравоохранении самими медицинскими работниками - 24,0%, низкую вовлеченность в этот процесс врачей-организаторов здравоохранения различного уровня компетенции - 20,0%.

Больше половины опрошенных (58,0%) признают нормативное регулирование территориального планирования в здравоохранении недостаточным, 40,0% опрошенных считают, что на местах требования ТП в здравоохранении не соблюдаются, еще 31,0% не смогли дать содержательного ответа на вопрос о выполнении этих норм в своих регионах.

Участники исследования выделяют три основные проблемы в обеспечении доступности при оказании медицинской помощи населению на региональном уровне:

- 1) отсутствие транспортной доступности медицинских организаций;
- 2) наличие категорий пациентов, лишенных возможности получать медицинскую помощь или имеющих к ней только частичный доступ;
- 3) повсеместный кадровый дефицит в медицинских организациях всех уровней.

В рамках социологического исследования среди 5104 респондентов проводилось определение показателей, влияющих на доступность оказания медицинской помощи, и их значимости при комплексной оценке ТП в здравоохранении в малочисленных, удаленных и труднодоступных населенных пунктах. Был сформирован перечень показателей, которые характеризуют модель доступности ПМСП населению при ее оказании, распределенный на 3 группы с учетом влияния на ТП в здравоохранении: значимые (более 60% ответили положительно), средней степени значимости (от 40 до 60% ответили положительно), незначимые критерии (менее 40 % ответили положительно). По результатам оценки была разработана модель пути пациента до медицинской организации, где он может получить ПМСП (рисунок 4).

Следует отметить, что на доступность при оказании ПМСП населению влияют факторы, зависящие от системы здравоохранения, и условия, напрямую не связанные со здравоохранением, что необходимо учитывать при территориальном планировании и формировании сети медицинских организаций.

Уровень информированности руководителей различного уровня в сфере охраны здоровья субъектов Российской Федерации о нормативном правовом регулировании вопросов территориального планирования можно охарактеризовать как

хороший, но уровень применения этой нормативной правовой базы не достаточен. При этом вовлеченность руководителей различного уровня в решение вопросов территориального планирования в здравоохранении является Важным фактором обеспечения доступности медицинской помощи.

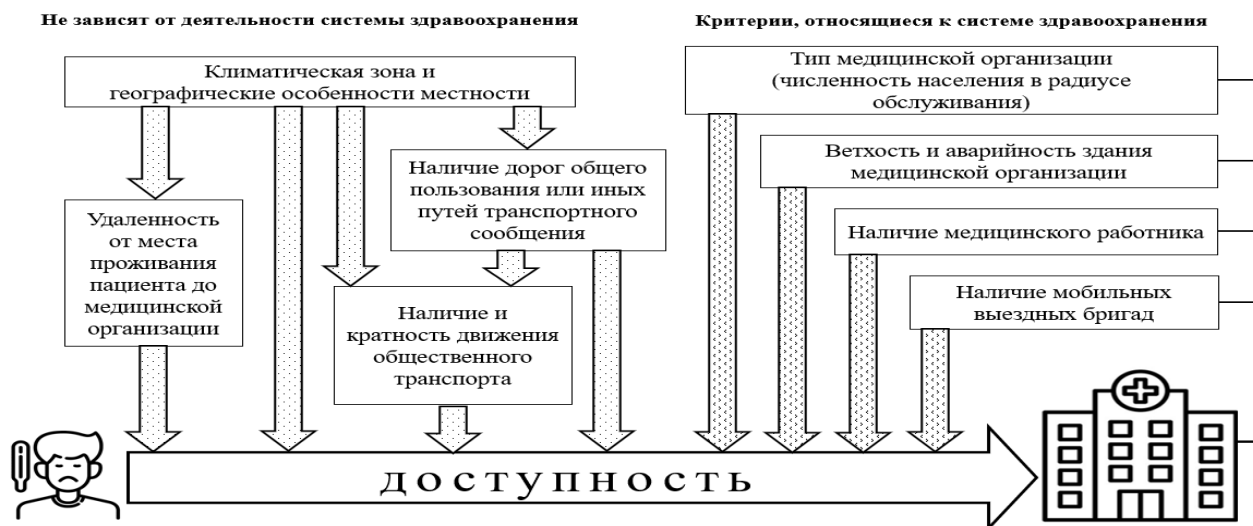


Рисунок 4 Модель пути пациента до медицинской организации, где он может получить ПМСП, и показатели, влияющие на доступность при ее оказании

В соответствии с пациент-ориентированным подходом МО и их СП должна располагаться в шаговой доступности, либо пациент должен иметь возможность доезда до медицинской организации от места проживания.

**В пятой главе** изложены результаты территориального размещения медицинских организаций и их структурных подразделений, расположенных в малочисленных населенных пунктах и труднодоступной местности отдельных субъектов Российской Федерации.

Количество населенных пунктов с численностью населения до 10 тысяч человек в ДФО, по данным за 2021 год, составляет 3 423 единицы, на их долю приходится около 31,0% населения ДФО, и только в 2 884 населенных пунктах имеются МО и СП. При этом 739 МО и их СП из 2 884 МО и их СП, расположенных в населенных пунктах субъектов Дальнего Востока с численностью населения до 10 тыс. человек, не отвечают требованиям приказов Минздрава России № 132н и Минздравсоцразвития России № 543н в части параметров организации объектов здравоохранения в населенных пунктах с численностью населения в соответствии с нормативами. Таким образом, в населенных пунктах субъектов ДФО четверть МО и их СП (26,0%) являются «ненормативными» (рисунок 5).



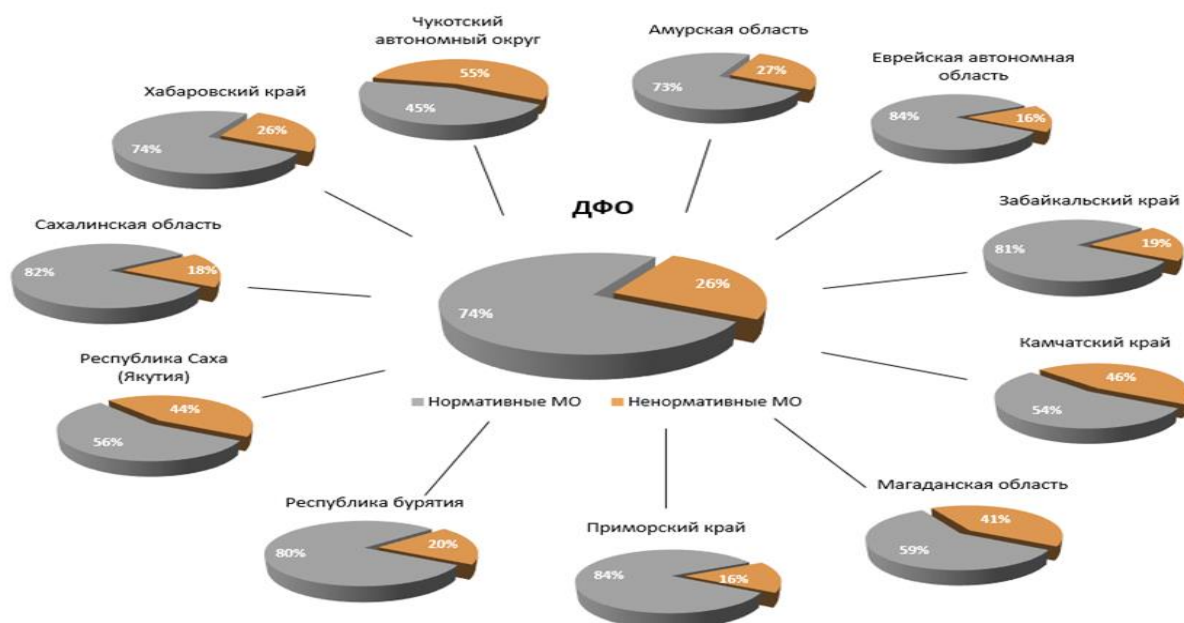


Рисунок 5 Доля «нормативных» и «ненормативных» медицинских организаций и их структурных подразделений, расположенных в населенных пунктах субъектов Дальневосточного федерального округа с численностью населения до 10 тысяч человек, в 2021 году, %

В целом по ДФО почти 82% «ненормативных» МО и их СП расположены в населенных пунктах с населением до 2 тыс. человек включительно. В ДФО к «ненормативным» относятся: 200 из 2 030 ФП, ФАПов, то есть 10,0% от общей численности медицинских организаций данного типа; 324 из 596 амбулаторий (в том числе врачебных), офисов врачей общей практики, то есть 54,0% от общей численности МО данного типа; 102 из 129 участковых больниц и отделений (филиалов) районных больниц в населенных пунктах субъектов Дальнего Востока с численностью населения до 10 тыс. населения, то есть 79,0% от общей численности МО и СП данного типа; 113 из 129 районных, центральных районных и городских больниц, расположенных в населенных пунктах с численностью до 10 тыс. человек, что составляет 87,6% от общего количества МО и СП данного типа. В 739 всех «ненормативных» в части территориального размещения МО и их СП обслуживается 904 298 человек, что составляет 11,0% населения ДФО или 37,0% населения, проживающего в населенных пунктах с численностью населения до 10 тыс. человек.

Несмотря на то, что данные МО и их СП отнесены к «ненормативным» в части территориального размещения, в них оказывается медицинская помощь, т.е. они востребованы населением, и их наличие определяет доступность медицинской помощи населению субъектов Российской Федерации, расположенных на территории ДФО.

Наличие существенной доли «ненормативных» МО и их СП в населенных пунктах Дальнего Востока с численностью населения до 10 тыс. человек обусловлено их низкой транспортной доступностью, в то время, как в соответствии с пациент-ориентированным подходом, МО и их СП должна располагаться в шаговой доступности, либо пациент должен иметь возможность доезда до медицинской организации от места проживания.

Анализ транспортной доступности указанных населенных пунктов, в которых расположены МО и их СП «ненормативной» сети, показал, что только 447 из них (61,0%) имеют круглогодичное автомобильное сообщение, 86 - регулярное (не реже, чем 1 раз в неделю) авиасообщение, 35 - регулярное железнодорожное сообщение. Среди всех населенных пунктов 51,0% (371) можно отнести к труднодоступным с точки зрения наличия хотя бы одного из следующих факторов:

- отсутствие регулярного (не реже 1 раза в день) железнодорожного или авиасообщения;
- отсутствие круглогодичного автодорожного сообщения;
- удаленность от ближайшего населенного пункта с медицинской организацией 1 или 2 уровня более 2 часов в пути.

Размещение МО и их СП государственной системы здравоохранения при формировании сети МО субъекта Российской Федерации регламентируются приказом Минздрава России № 132н и приказом Минздравсоцразвития России № 543н. Данными приказами определено, что с учетом транспортной доступности, климато-географических особенностей, уровня и структуры заболеваемости параметры размещения могут быть обоснованно скорректированы. Однако, не установлены критерии, при соблюдении которых нормативы размещения МО и их обособленных подразделений в населенных пунктах могут быть изменены.

Для оценки доступности и параметров размещения объектов здравоохранения необходимо рассмотреть применение пункта 19 приказа Минздравсоцразвития России № 543н для «ненормативных» МО и их СП в населенных пунктах в зависимости от численности проживающего в них населения, удаленности до альтернативного места оказания медицинской помощи в условиях:

- отсутствия круглогодичного автомобильного сообщения по дорогам с твердым покрытием;

- отсутствия регулярного железнодорожного и/или авиасообщения;
- высокого риска недоступности транспортировки вследствие неблагоприятных климатических условий, в том числе сезонности транспортного сообщения.

При анализе МО и их СП по типам медицинских организаций, расположенных в населенных пунктах с численностью населения до 10 тысяч человек, было изучено их размещение в субъектах ДФО, наличие медицинского работника в СП, фактическое расстояние до МО или СП, оказывающего медицинскую помощь аналогичного уровня, и численность проживающего населения в зоне обслуживания, а также наличие маршрутов общественного транспорта. По результатам проведенного анализа были определены значения адаптированного норматива для оценки размещения «ненормативных» МО и их СП с учетом численности проживающего населения, расположенных в населенных пунктах с численностью до 10 тыс. человек, в субъектах ДФО (таблица 2).

Таблица 2 – Критерии размещения для «ненормативных» медицинских организаций и их структурных подразделений, расположенных в населенных пунктах субъектов Дальневосточного федерального округа с численностью населения до 10 тысяч человек

| <b>Численность населения,<br/>человек</b> | <b>Тип медицинской организации</b>                                   |
|---|--|
| От 70 до 1400                             | Фельдшерский пункт, фельдшерско-акушерский пункт                     |
| От 1401 до 2 000                          | Врачебная амбулатория  |
| От 2001 до 5 000                          | Участковая больница  |
| От 5001                                   | Районная больница, центральная районная больница, городская больница |

Учитывая климатогеографические особенности Дальнего Востока, особенности автомобильного и иного транспортного сообщения, проведен анализ применения адаптированных нормативов с учетом критериев размещения для «ненормативных» медицинских организаций и их структурных подразделений с целью сохранения территориальной доступности при оказании ПМСП населению. Так, в 698 из 739 «ненормативных» МО и их СП, расположенных в населенных пунктах ДФО с численностью населения до 10 тысяч человек, возможно сохранение существующего типа МО и СП.

В 194 из 200 «ненормативных» ФАПов/ФП (97,0%) определена возможность сохранить существующий тип МО или СП, при этом в 77 «ненормативных» ФАПах/ФП (39,7% от тех, в которых определена возможность сохранения существующего типа МО и СП) требуется доукомплектование медицинскими работниками. В 316 из 324 «ненормативных» ВА/отделений ВОП (97,5%) возможно сохранить существующий тип МО или СП, при этом в 88 «ненормативных» ВА/отделений ВОП (27,8% из числа тех, в которых определена возможность сохранить тип МО или СП) требуется доукомплектование медицинскими работниками.

В 3 из 11 субъектов Дальнего Востока в населенных пунктах с численностью населения до 10 тысяч человек такой тип медицинской организации как участковая больница (УБ)/отделение (филиал) РБ отсутствует: в Еврейской автономной области, Камчатском крае и Республике Саха (Якутия). В 8 из 11 субъектов в 76 (74,5%) «ненормативных» УБ/отделениях (филиалах) РБ из 102, расположенных в населенных пунктах с численностью населения до 10 тысяч человек, возможно сохранить существующий тип МО или СП.

Из 113 «ненормативных» РБ, ЦРБ, городских больниц (ГБ), расположенных в субъектах ДФО в населенных пунктах с численностью населения до 10 тыс. чел., возможно сохранить тип МО или СП у 112 (99,1%) «ненормативных» РБ, ЦРБ, ГБ. Только в 1 субъекте ДФО (Приморский край), целесообразно рассмотреть вопрос изменения типа медицинской организации с ЦРБ на УБ с учетом небольшого расстояния до районного центра (13 км) с достаточной транспортной доступностью (рейсовый автобус). Кроме того, при изменении типа структурного подразделения необходимо рассматривать вопрос трудоустройства медицинского персонала с целью сохранения обеспеченности региона медицинскими кадрами.

Таким образом, для жителей субъектов ДФО возможность обеспечения доступности для населения медицинской помощи в медицинских организациях, расположенных в сельской местности, с учетом наличия большого числа труднодоступных районов и удаленности населенных пунктов, является актуальной проблемой. При оценке и планировании территориального размещения медицинских организаций и структурных подразделений на этих территориях следует применять адаптированные нормативы, позволяющие сохранить доступность ПМСП для жителей труднодоступных и малочисленных пунктов.

**В шестой главе** описана Методика определения доступности медицинских организаций, оказывающих ПМСП в малонаселенных и труднодоступных населенных пунктах (далее Методика), разработанная на основе актуальных нормативов ресурсной обеспеченности медицинских организаций и их структурных подразделений, а также учёта климато-географических особенностей и транспортной доступности населенных пунктов субъектов Российской Федерации.

Методика включает возможность унифицированного сопоставления МО и СП в малочисленных населенных пунктах субъекта Российской Федерации на предмет выполнения нормативов обеспеченности и доступности ПМСП населению с учетом действующего законодательства.

Для комплексной оценки размещения медицинских организаций в труднодоступных населенных пунктах были взяты показатели, определяющие доступность медицинских организаций и их структурных подразделений, и на основе определены критерии формирования доступности ПМСП в малонаселенных и труднодоступных населенных пунктах (таблица 3).

При проведении расчетов по Методике значение соответствующего критерия равно 1 (больше порогового значения или удовлетворяет ему) или 0.

Таблица 3 – Показатели, определяющие доступность медицинских организаций и структурных подразделений, определённые на их основе критерии формирования доступности и их пороговые значения

| <b>Показатель</b>                                  | <b>Критерии и их пороговые значения</b>   |
|--|---|
| Численность населения в радиусе обслуживания       | В труднодоступных населенных пунктах и/или в районах с низкой плотностью населения может быть установлена нижняя граница численности населения в 70,0 % от утвержденного нормативами  |
| Возрастная структура населения                     | Различия в демографической политике регионов Российской Федерации не позволяет однозначно установить в общем виде значения для показателей структуры населения. В связи с этим, структура населения может использоваться для целей методики выборочно, при принятии порогового значения конкретного демографического показателя (например доля трудоспособного населения менее 30,0%).                          |
| Удаленность текущей МО или СП от ближайшей МО (СП) | Расстояние до ближайшей медицинской организации аналогичного (или выше) уровня 6 км. При расположении населенного пункта в местности с особыми климатическими условиями (III, IV и особая климатические зоны), со сложным рельефом и при многоэтажной высокоплотной застройке указанные радиусы обслуживания следует уменьшать на 30,0%. Таким образом, радиус обслуживания будет составлять не 6 км, а 4,2 км. |

|   |  |
|---|--|
| Климатическая зона, в которой расположена МО (СП)                         | Отнесение населённого пункта, в котором расположены МО и СП, к особым климатическим условиям (районы Крайнего Севера и приравненные к ним местности, другие районы с тяжелыми климатическими условиями)  |
| Наличие общественного транспорта и кратность движения                     | Частота транспортного сообщения общественным транспортом от расположения МО или СП, до другой МО или СП аналогичного уровня, 2 и более раз в сутки, с учетом возможности прибытия и убытия из конкретного населенного пункта.  |
| Наличие дорог общего пользования  | Наличие дороги общего пользования для возможности транспортного сообщения  |
| Наличие медицинских работников, постоянно проживающих в населенном пункте | Наличие постоянно проживающего медицинского работника в населенном пункте, в котором располагается данная МО или СП. Данный критерий значим для маломощных МО и СП.  |
| Наличие мобильных медицинских выездных бригад                             | Наличие в МО мобильных медицинских выездных бригад, на регулярной основе выполняющих свою функцию (сезонно или не реже 2 раз в неделю), с целью возможности оказания медицинской помощи в ФАП, ФП и ВА, особенно в МО или СП, находящихся на значительном удалении от других объектов здравоохранения. |
| Ветхость, аварийность зданий  | Критерий равен 0 при наличии акта о том, что здание анализируемой МО или СП находится в аварийном состоянии или требует сноса, реконструкции и капитального ремонта  |

Формируется выборка населенных пунктов, которые не соответствуют нормативам приказов Минздрава России № 132н и Минздравсоцразвития России № 543н, по двум основным критериям – численность проживающего населения в радиусе обслуживания и удаленность МО или СП от ближайшей МО или СП аналогичного (или выше) уровня.

Далее производится расчет коэффициента соответствия  $K_c$  для каждой МО и СП. Сначала для каждого  $j$ -го критерия рассчитывается весовое значение  $w_j$ , определяющее значимость критерия для всей совокупности рассматриваемых МО (СП) в регионе на предмет сложности его достижения:

$$w_j = \frac{\sum_{i=1}^n k_j}{n},$$

$n$  – общее число рассматриваемых МО (СП) в малых поселениях;

$k_j$  — фактор достижения  $j$ -го критерия в  $i$ -й МО (СП).

После расчета весовых значений по каждому критерию проводится расчет суммы весов  $\Pi_i$ , исходя из веса показателя и значения фактора достижения  $k_j$  в  $i$ -й МО (СП):

$$\Pi_i = \sum w_j \cdot k_j$$

После проведения расчета суммы весов  $\Pi_i$  рассчитывается коэффициент соответствия  $K_{c,i}$  для каждой  $i$ -й МО или СП:

$$K_{c,i} = \frac{\Pi_i}{\Pi_{i,max}}$$

$\Pi_{i,max}$  — максимальное значение в баллах  $i$ -го МО (СП);

Таким образом, коэффициент соответствия  $K_c$  для каждой МО или СП может принимать значение от 0, когда не выполнен ни один из критериев, до 1, когда все выбранные критерии преодолены. При этом на основании рассчитанного значения  $K_c$  возможно ранжирование рассматриваемых МО как в целом, так и по каждому типу МО и СП отдельно для целей выработки управленческих решений.

Следует отметить, что демографические изменения, изменения транспортной доступности и прочие изменения могут отражаться на коэффициенте соответствия  $K_c$  как положительно (рост значения), так и отрицательно (снижение значения). Наклон кривой, отображающей изменение  $K_c$  во времени, будет влиять изменение набора весов каждого из критериев, отражающих изменение ситуации в регионе в целом, реализацию точечных воздействий или наступление событий в каждой отдельной МО или СП. Также на набор весов каждого из показателей будет оказывать влияние перечень МО и СП, попавших в выборку для сопоставления.

На рисунке 6 представлена схематичная картина мониторинга  $K_c$  на протяжении четырех периодов ( $t_0 - t_3$ ). Событие А может отражать результат позитивного управленческого воздействия для МО<sub>1</sub>, например, организацию выездной медицинской бригады или наем медицинского работника на постоянное место работы. Также и событие В может отражать негативное событие, наступившее в МО, например, переход здания МО в аварийное состояние.

Апробирование Методики проведено на примере Амурской области. По итогам анализа информации в регионе определены 104 МО и СП, расположенных в населенных пунктах с численностью жителей ниже уровня, предусмотренного приказами Минздрава России №543н и Минздравсоцразвития № 132н для соответствующего типа МО и СП, в т.ч. 44 ФАПа, 24 участковых больниц, 31 врачебных амбулаторий, 4 районных больниц и 1 центральной районной больницы. Указанные МО и СП соответствуют потребности в оптимизации уровня иерархии МО или СП (его понижения).

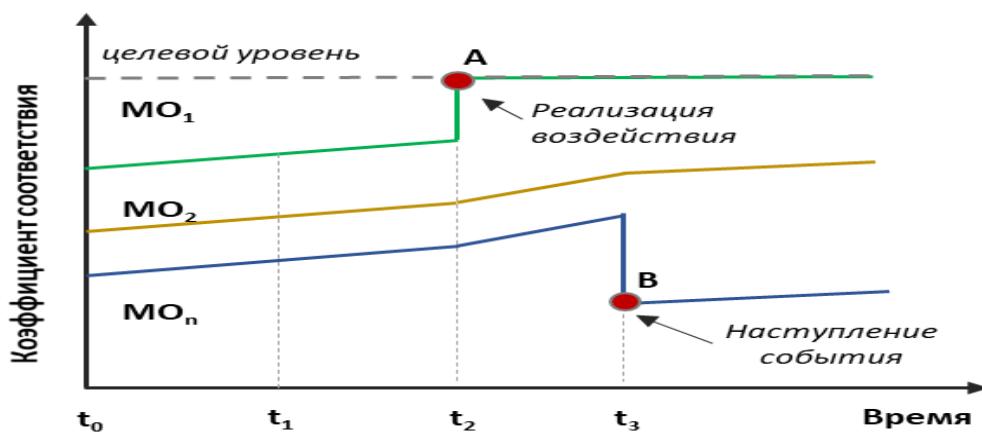


Рисунок 6. Пример графической интерпретации изменения Коэффициента соответствия,  $K_c$ .

Далее проведен расчет весовых значений по каждому из критериев для МО и СП Амурской области (таблица 4).

Таблица 4 – Значения весовых коэффициентов критериев формирования доступности для медицинских организаций и их структурных подразделений, оказывающих первичную медико-санитарную помощь населению Амурской области, единиц

| № | Критерий  | Кол-во МО (СП), соответствующих критерию | Общее кол-во МО (СП) | Вес критерия $w_j$ |
|---|---|--|----------------------|--------------------|
| 1 | Соответствие типа МО и численности обслуживаемого населения при условии допустимого снижения численности участка на 30% | 26                                       | 104                  | 0,250              |
| 2 | Ближайшая МО находится в шаговой доступности  | 1  | 104                  | 0,010              |
| 3 | Общественный транспорт доступен 2 и более раз в день  | 16                                       | 104                  | 0,154              |
| 4 | Наличие дороги общего пользования   | 101                                      | 104                  | 0,971              |
| 5 | Наличие постоянно проживающего в данном населенном пункте медицинского работника  | 72                                       | 104                  | 0,692              |
| 6 | Наличие выездной мобильной медицинской бригады  | 59                                       | 104                  | 0,567              |
| 7 | Здание МО не отнесено к ветхим, аварийным   | 99                                       | 104                  | 0,952              |

После расчета весовых значений каждого критерия был проведен расчет суммы весов по всем показателям с учетом достижения или недостижения критерия в каждой из 104 рассматриваемых МО и СП Амурской области, а также рассчитан коэффициент соответствия для каждой МО и СП. Проведение расчетов позволило выявить МО и СП региона с наиболее «тяжелой ситуацией» в части соответствия действующим НПА по обеспечению доступности ПМСП, а полученные значения коэффициента соответствия



позволяют ранжировать МО и СП для определения приоритетности принятия управленческих решений, в части повышения доступности ПМСП населению.

В рамках визуальной оценки результатов Методики было проведено графическое отображение коэффициентов соответствия по типам МО или СП (рисунок 7).

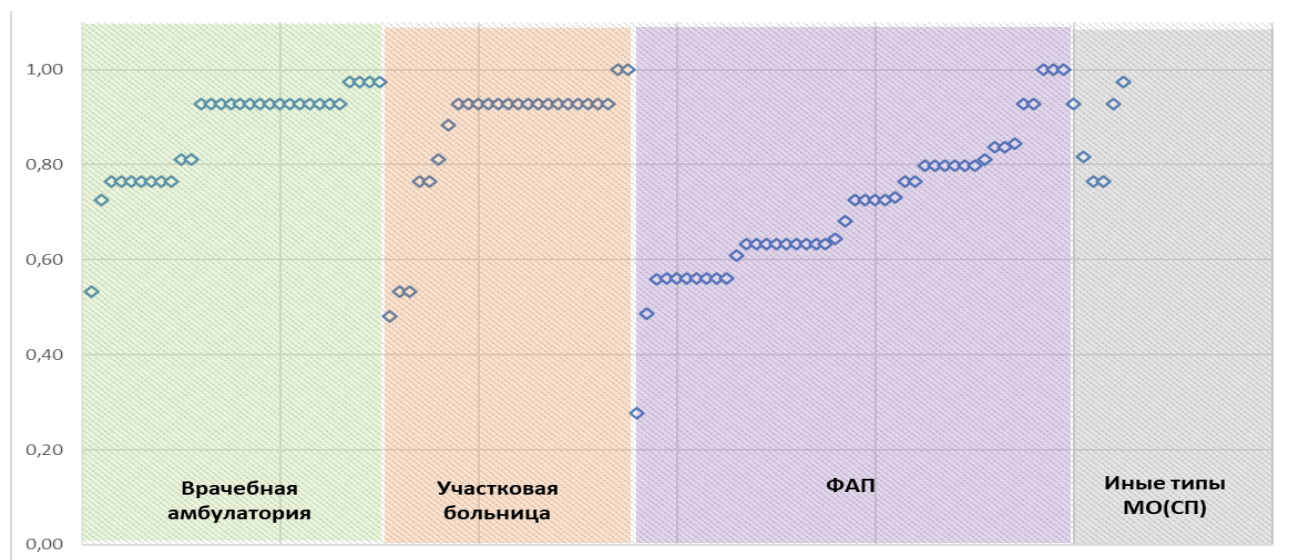


Рисунок 7 Результат расчета коэффициента соответствия, в соответствии с Методикой на примере медицинских организаций и структурных подразделений Амурской области, 2021 год

Каждая точка на графике отображает конкретную МО или СП, расположенную в малочисленном и труднодоступном пункте. Подобное ранжирование позволяет определить направление первоочередного приложения усилий для выработки и реализации мер повышения доступности ПМСП населению.

Итоговый вес критерия по результатам оценки за 2023 год по сравнению с 2021 годом увеличился на 0,346 балла. При проведении оценки достижения общего коэффициента по отдельным критериям комплексной оценки размещения медицинских организаций рост произошел по 5 критериям из 7-ми. При проведении анализа значений Коэффициентов соответствия по каждой из 104 МО и их СП рост Коэффициента зафиксирован по 31 структурному подразделению, что связано с проведением мероприятий по повышению доступности медицинской помощи, с учетом улучшением транспортной доступности, кадрового обеспечения, увеличению числа мобильных медицинских бригад для оказания медицинской помощи.

Таким образом, разработанная Методика определения доступности МО и их СП, оказывающих ПМСП населению, позволяет оценивать критерии, влияющие на их размещение с учетом региональных особенностей и зависящие и независящие от

системы здравоохранения. Методика позволяет рассчитать итоговый показатель (коэффициент соответствия  $K_c$ ) по каждой МО и СП с учетом фактического достижения критерия, влияющего на их размещение.

Результаты апробирования Методики на Амурской области позволили провести ранжирование МО и СП, оказывающих ПМСП населению Амурской области, выявить МО и их СП с наиболее «тяжелой ситуацией» и определить первоочередные меры для повышения доступности и реализации на локальном (индивидуальном) и региональном уровнях.

*В седьмой главе* приведены алгоритмы оценки доступности оказания ПМСП населению и определены зависящие и не зависящие от системы здравоохранения мероприятия по её повышению.

С учетом разработанной методики оценки доступности оказания ПМСП населению одной из рассматриваемых задач было определение влияния мероприятий по повышению доступности в соответствии с действующими нормативными правовыми актами Минздрава России, которые определяют параметры размещения МО и СП. При несоблюдении этих параметров требуется дополнительный анализ критериев, с помощью которых проводится оценка потребности «сбережения» существующих «ненормативных» МО и СП. По результату оценки влияния мероприятий по повышению доступности были разработаны алгоритмы для определения уровня доступности МО и СП, позволяющие определить конечный перечень рекомендаций для формирования комплекса мер для изменения (повышения) степени доступности конкретной МО и СП.

Для этого были разработаны базовые алгоритмы. Основным параметром, определяющий выбор алгоритма проведения оценки доступности ПМСП в НП – это численность населения в НП, который представлен на рисунке 8. Каждый из этих алгоритмов имеет ветвь для «ненормативных» МО/СП с целью проведения оценки потребности их «сбережения». Алгоритмы описывают проведение оценки доступности ПМСП в зависимости от численности населения, проживающего в НП, в соответствии с критериями приказов Минздрава России №132н и Минздравсоцразвития №543н. Если при проведении оценки доступности ПМСП в НП выявляются «ненормативные» МО/СП, происходит переход к дополнительным алгоритмам для проведения оценки потребности «сбережения» «ненормативных» МО/СП соответственно для НП с численностью населения до 1000 человек включительно и свыше 1000 человек.

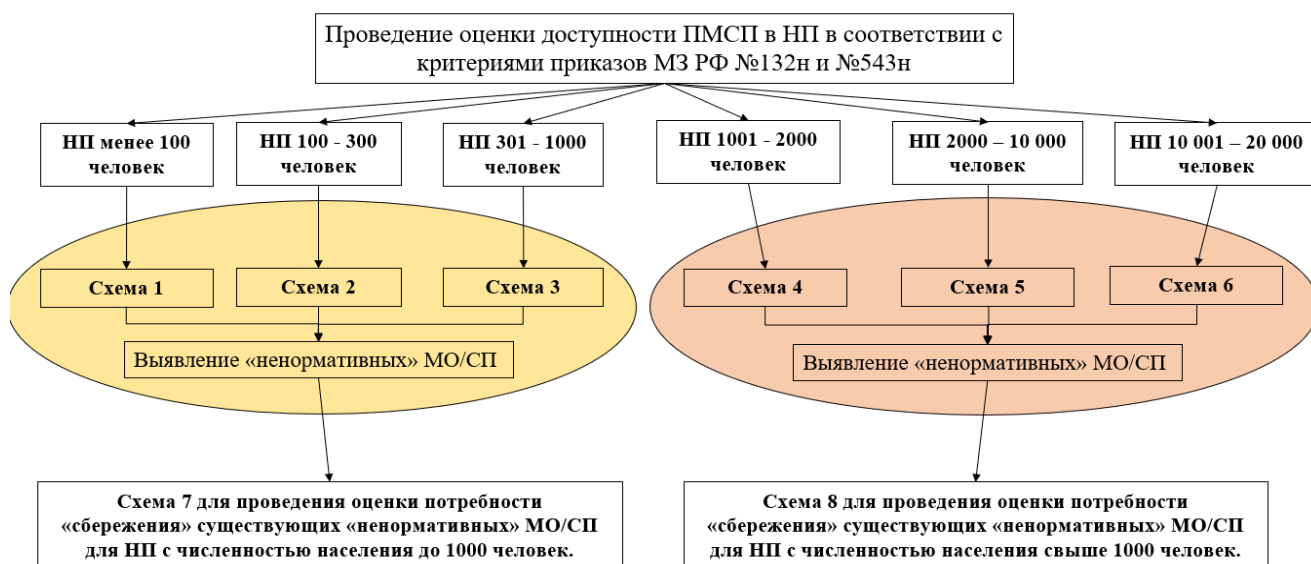


Рисунок 8 Схема выбора алгоритма оценки доступности первичной медико-санитарной помощи в населенных пунктах в зависимости от численности населения

Рассмотрим алгоритм проведения оценки доступности ПМСП в НП с численностью населения до 100 человек, представленный на рисунке 9. Если в НП с численностью населения до 100 человек организован и действует ФАП/ФП, необходимо перейти к алгоритму проведения оценки потребности «сбережения» в НП с численностью населения до 1000 человек МО/СП, не соответствующих нормативам приказов Минздрава России №132н и Минздравсоцразвития России №543н.

Согласно положениям приказа Минздравсоцразвития России №543н, медицинской организацией, оказывающей ПМСП, на территории обслуживания которой располагаются НП с численностью населения до 100 человек, организуются домовые хозяйства не менее 1 на каждый НП для оказания первой помощи населению при несчастных случаях, травмах, отравлениях и других состояниях и заболеваниях, угрожающих их жизни и здоровью. Если в НП с численностью населения до 100 человек не организовано домовое хозяйство, для повышения доступности ПМСП населению необходимо выполнить рекомендации №1 данного алгоритма: организовать домовое хозяйство для оказания первой помощи населению.

Далее необходимо оценить организацию мобильных медицинских бригад, в том числе с использованием передвижных медицинских комплексов, для оказания ПМСП населению малочисленного НП. При наличии работающих по определенному графику мобильных медицинских бригад, в том числе с использованием передвижных медицинских комплексов (выездных форм работы), критерии доступности ПМСП для НП с численностью населения до 100 человек соблюдены.

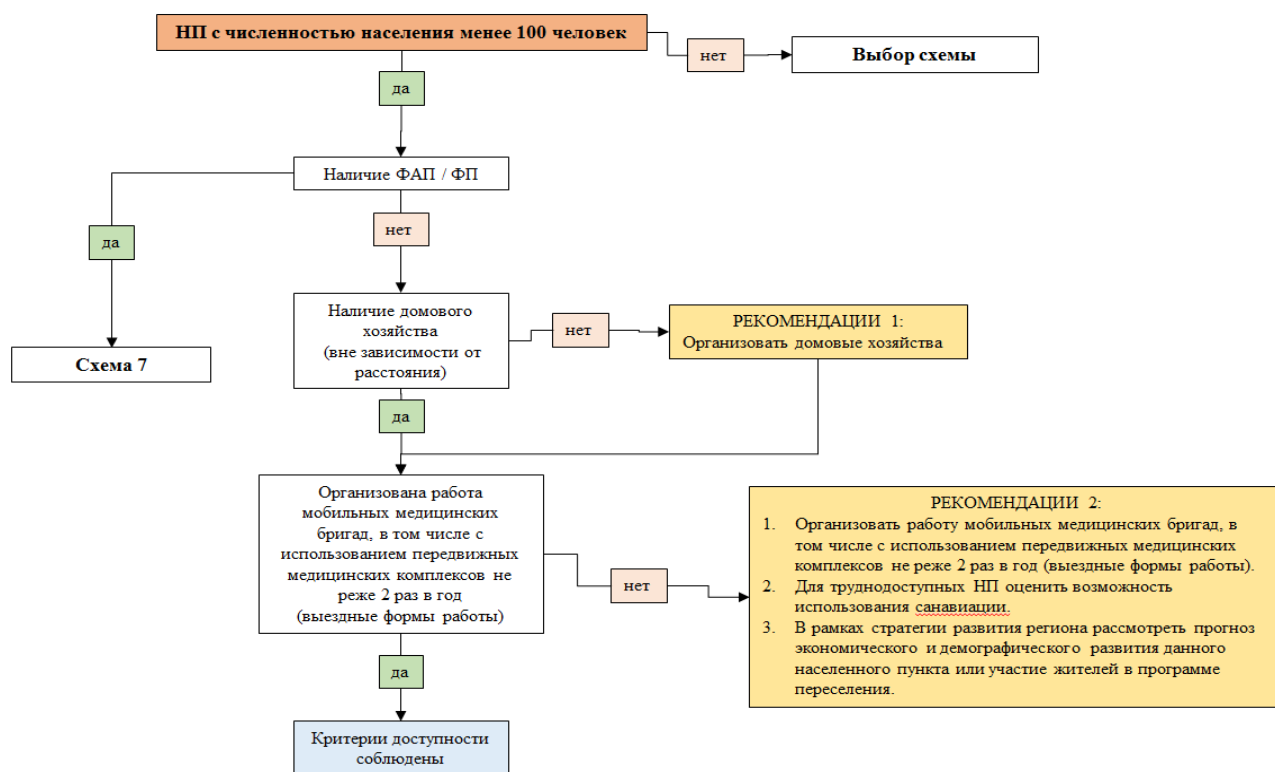


Рисунок 9 Алгоритм проведения оценки доступности первичной медико-санитарной помощи в населенных пунктах с численностью населения до 100 человек

В случае отсутствия выездных форм работы для оказания ПМСП в данном НП необходимо выполнить рекомендации №2 данного алгоритма: организовать работу мобильных медицинских бригад по определенному графику, в том числе с использованием передвижных медицинских комплексов не реже 2 раз в год (выездные формы работы); для труднодоступных НП оценить возможность использования санавиации. Кроме того, следует рассматривать прогноз экономического развития НП и демографический прогноз НП с целью оценки «сбережения» НП или включения его в программу переселения. Аналогичным образом следует рассматривать алгоритмы для НП, в которых проживает более 100 человек. Например, для НП с численностью проживающего населения 101-300 человек рассмотрим алгоритм проведения оценки доступности ПМСП, представленный на рисунке 10.

Для оценки доступности ПМСП в НП с численностью населения 101-300 человек важную роль играет расстояние до МО и СП аналогичного уровня. Если в НП с численностью населения 101-300 человек организован и работает ФАП/ФП, при этом расстояние до НП с МО и СП аналогичного уровня менее 6 км (для III, IV и особой климатических зон, а также в зоне пустынь и полупустынь, в условиях сложного рельефа – менее 4,2 км, согласно Своду правил СП 42.13330.2016 «Градостроительство. Планировка и

застройка городских и сельских поселений)), необходимо в соответствии с алгоритмом (рисунок 11) провести оценку потребности «сбережения» в данном НП МО/СП, не соответствующей нормативам приказов Минздрава России №132н и Минздравсоцразвития России №543н.

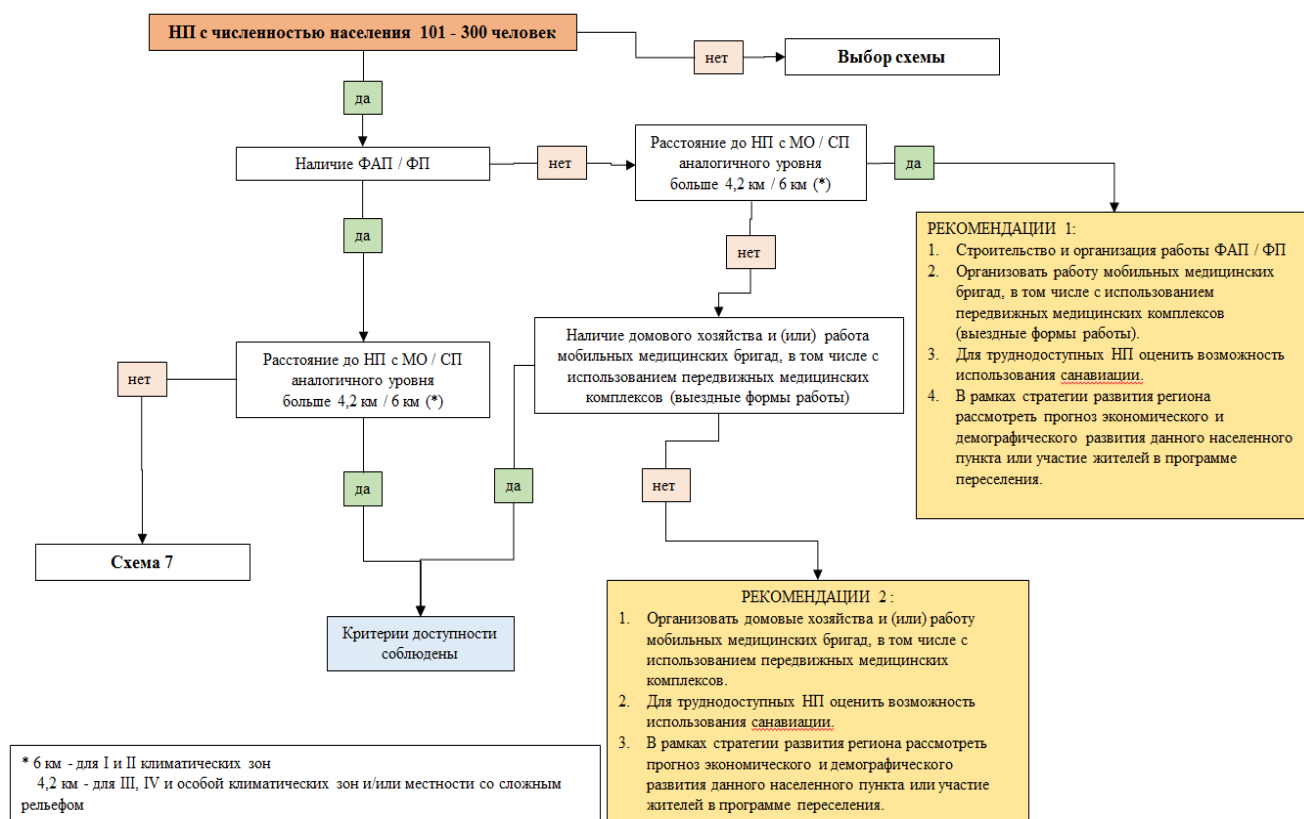


Рисунок 10 Алгоритм проведения оценки доступности первичной медико-санитарной помощи в населенных пунктах с численностью населения 101-300 человек

Если ФАП/ФП работает в НП с численностью населения 101-300 человек, который находится на расстоянии до НП с МО/СП аналогичного уровня свыше 6 км (свыше 4,2 км для указанных выше климатических зон и местностей со сложным рельефом), то критерии доступности ПМСП в данном НП соблюдены.

Если в НП с численностью населения 101-300 человек не организована работа ФАП/ФП, требуется оценить расстояние до НП, где есть и работает ФАП/ФП. Если это расстояние превышает 6 км (4,2 км для указанных выше климатических зон), необходимо выполнить рекомендации №1 данного алгоритма: строительство и организация работы ФАП / ФП; организовать работу мобильных медицинских бригад, в том числе с использованием передвижных медицинских комплексов (выездные формы работы); для труднодоступных НП оценить возможность использования санавиации.

Если в НП с численностью населения 101-300 человек не организована работа

ФАП/ФП, при этом расстояние до другого НП с ФАП/ФП меньше 6 км (4,2 км для указанных выше климатических зон), то проводится проверка организации работы домовых хозяйств в данном НП для оказания первой помощи и (или) организации работы мобильных медицинских бригад, в том числе с использованием передвижных медицинских комплексов (организации выездных форм работы).

В вышеперечисленных алгоритмах упоминались «ненормативные» МО/СП, которые не соответствуют нормативам приказов Минздрава России №132н и Минздравсоцразвития России №543н. Для проведения оценки потребности «сбережения» таких «ненормативных» МО/СП предлагается использовать алгоритмы №8 (рисунок 11) – для НП с численностью населения до 1000 человек.

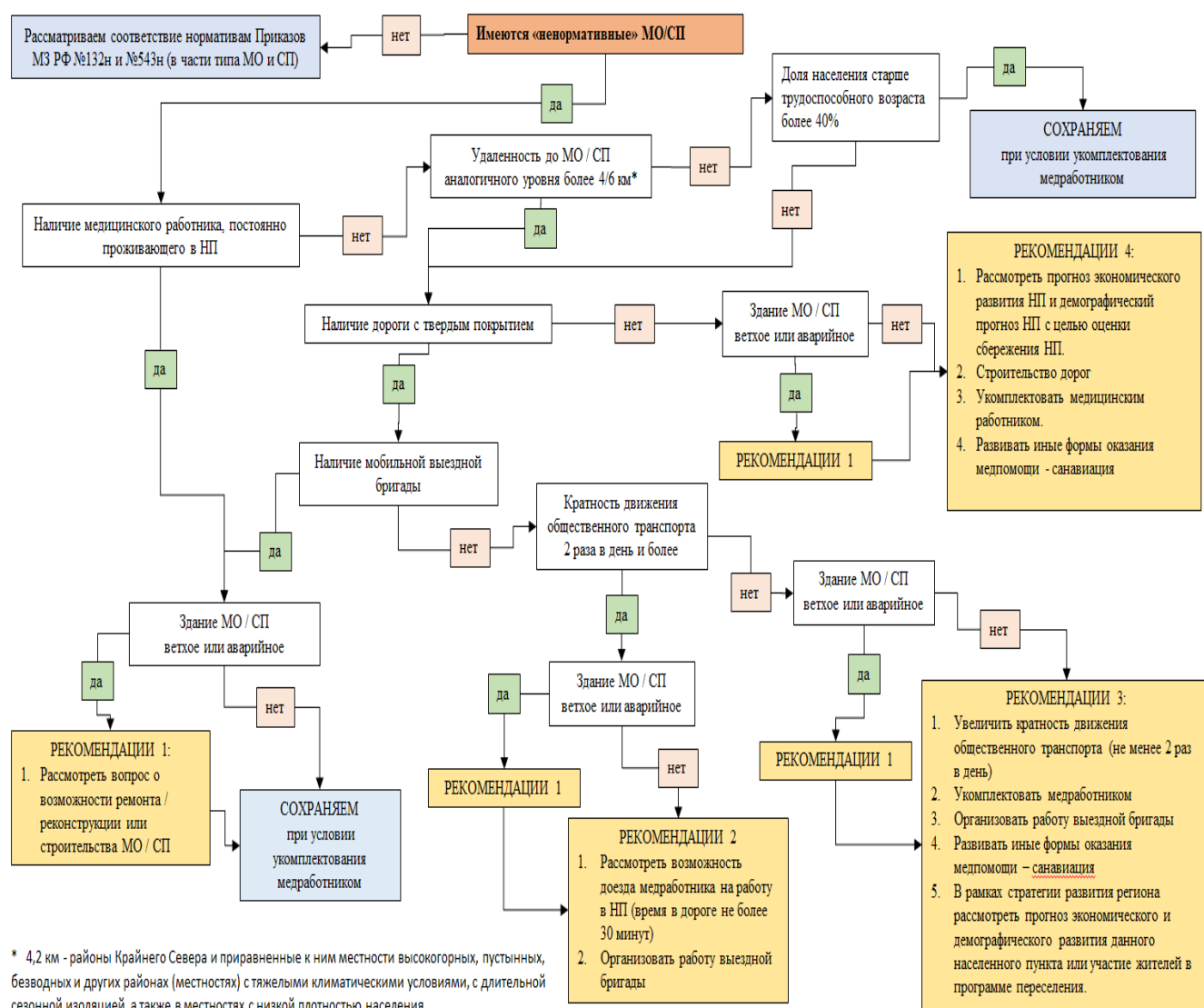


Рисунок 11 Алгоритм проведения оценки потребности «сбережения» «ненормативных» медицинских организаций и структурных подразделений (не соответствующих нормативам приказов Минздрава России №132н и Минздравсоцразвития России №543н), для населенных пунктов с численностью населения до 1000 человек

На рисунке 11 представлен алгоритм проведения оценки потребности «сбережения» МО/СП, не соответствующих нормативам приказов Минздрава России №132н и Минздравсоцразвития России № 543н для НП с численностью населения до 1000 человек. В населенных пунктах с численностью населения до 1000 человек организуются МО и СП – ФАП/ФП или выездные формы оказания медицинской помощи. Поэтому для данных НП важными критериями по «сбережению» «ненормативных» МО и СП будут наличие сохранного (не ветхого/не аварийного) здания и наличие медицинского работника, постоянно проживающего в НП, где расположена МО или СП.

Если в НП с численностью населения до 1000 человек имеется «ненормативная» МО или СП, в которой работает медицинский работник, постоянно проживающий в населенном пункте, где расположена МО или СП, следует оценить техническое состояние здания МО или СП. Если здание МО или СП ветхое или аварийное, то необходимо выполнить рекомендации №1: рассмотреть вопрос о возможности ремонта/реконструкции или строительства нового здания МО или СП. Если здание МО или СП сохранное (не ветхое/не аварийное), то данное МО или СП сохраняется при обязательном условии укомплектования медицинским работником.

Если в НП имеется «ненормативная» МО/СП, но нет медицинского работника, постоянно проживающего в населенном пункте, где расположена МО или СП, необходимо оценить удаленность рассматриваемой МО или СП до НП с МО/СП аналогичного уровня.

Если удаленность текущей МО или СП до НП с МО/СП аналогичного уровня более 6 км (4,2 км – для районов Крайнего Севера и приравненных к ним местностям, высокогорных, пустынных, безводных и других районов (местностей) с тяжелыми климатическими условиями, с длительной сезонной изоляцией, а также в местностях с низкой плотностью населения), при этом имеется дорога с твердым асфальтовым покрытием, организованы выездные формы оказания медицинской помощи, то необходимо оценить техническое состояние здания МО/СП, как было описано выше. В случае ветхого или аварийного здания выполнить рекомендации №1, в случае сохранности здания МО/СП – укомплектовать медицинским работником.

Если удаленность текущей МО или СП до НП с МО/СП аналогичного уровня более 4,2км/6 км, при этом имеется дорога с твердым асфальтовым покрытием, но не организованы выездные формы оказания медицинской помощи, необходимо оценить

кратность движения общественного транспорта. Если между рассматриваемыми населенными пунктами кратность движения общественного транспорта составляет 2 раза в день и более, то необходимо оценить техническое состояние здания МО/СП, как было описано выше. В случае ветхого или аварийного здания выполнить рекомендации №1, в случае сохранности здания МО/СП - выполнить рекомендации №2: рассмотреть возможность доезда медработника на работу в НП, при этом время в дороге должно составлять не более 30 минут; организовать работу выездных форм оказания медицинской помощи.

Если удаленность текущей МО или СП до НП с МО/СП аналогичного уровня более 4,2км/6 км, при этом имеется дорога с твердым асфальтовым покрытием, но не организованы выездные формы оказания медицинской помощи, а кратность движения общественного транспорта составляет менее 2 раз в день, то необходимо оценить техническое состояние здания МО/СП. Если здание МО/СП ветхое или аварийное, то необходимо после выполнения рекомендаций №1 перейти к выполнению рекомендаций №3, которые выполняются при сохранном здании МО/СП: увеличить кратность движения общественного транспорта (не менее 2 раз в день); укомплектовать МО/СП медицинским работником; организовать работу выездных форм оказания медицинской помощи; развивать иные формы оказания медицинской помощи – санавиация.

Если удаленность текущей МО или СП до НП с МО/СП аналогичного уровня более 4,2км/6км, при этом отсутствует дорога с твердым асфальтовым покрытием, необходимо оценить техническое состояние здания МО/СП. Если здание МО/СП ветхое или аварийное, то необходимо после выполнения рекомендаций №1 перейти к выполнению рекомендаций №4, которые выполняются при сохранном здании МО/СП; рассмотреть прогноз экономического развития и демографический прогноз данного с целью оценки «сбережения» НП; строительство дорог с твердым асфальтовым покрытием; укомплектовать МО или СП медицинским работником; развивать иные формы оказания медицинской помощи – санавиация.

Если удаленность текущей МО или СП до НП с МО/СП аналогичного уровня 4,2км/6 км и менее, то необходимо оценить возрастную структуру населения НП. Если доля населения старше трудоспособного возраста в данном НП превышает 40%, то необходимо сохранить «ненормативную» МО/СП и укомплектовать медицинским работником. Если доля населения старше трудоспособного возраста в данном НП



менее 40%, то следует перейти к условию алгоритма «наличие дороги с твердым покрытием», которое было описано в тексте выше.

Отдельно был разработан перечень рекомендаций, которые оказывают влияние на повышение доступности ПМСП населению и относятся к немедицинским факторам: разнообразию территориальных экономико-географических условий, характеру расселения и межселенных связей (производственные, культурно-бытовые и др.), связанные с мобильностью населения, административной и экономической значимостью мест проживания и рядом других аспектов, не имеющих прямого отношения к медицинской деятельности и системе здравоохранения, но имеющие значимое влияние на территориальную доступность при оказании медицинской помощи населению и размещение сети медицинских организаций.

Среди принципов доступности и качества медицинской помощи, изложенных в статье 10 Федерального закона № 323-ФЗ от 21 ноября 2011г., можно выделить принципы, требующие мероприятий немедицинской направленности в рамках территориального планирования в здравоохранении, в том числе принципы:

- «транспортной доступности медицинских организаций для всех групп населения, в том числе инвалидов и других групп населения с ограниченными возможностями передвижения»;

- «наличия необходимого количества медицинских работников и уровня их квалификации».

В связи с чем необходимо совершенствовать законодательную и нормативную правовую базу с учетом следующих предложений:

1. внесение изменений в Федеральный закон «Об общих принципах организации местного самоуправления» в части уточнения правовой нормы «Создание условий для оказания медицинской помощи населению на территории муниципального района или муниципального, городского округа», а именно:

- наличие автомобильных дорог общего пользования, соответствующих установленным правилам, стандартам, техническим нормам, требованиям технических регламентов и других нормативных технических документов, в том числе в части обеспечения требований безопасности дорожного движения, соответствующее содержание их, в том числе в зимний период; а также парковочного пространства в непосредственной близости от медицинских организаций, включая выделение специальных парковочных мест для лиц с ограниченными возможностями;

- наличие пассажирского транспорта общего пользования (его регулярность, количество маршрутов, близость остановки общественного транспорта к медицинской организации);

2. предусмотреть в нормативных правовых актах нормы по:

- обеспечению врачей жилым помещением (служебным жилым помещением, по договору социального найма и предоставление соответствующих субсидий и выплат на приобретение жилых помещений);

- иные социальные гарантии детям медицинских работников (внеочередное обеспечение детей медицинских работников местами в государственных и муниципальных дошкольных образовательных организациях; предоставление бесплатного двухразового питания детям медицинских работников в государственных и муниципальных общеобразовательных организациях, зачисление их в первоочередном порядке в группы продленного дня в указанных организациях и на занятия по дополнительным образовательным программам в государственных и муниципальных образовательных организациях).

Проанализировав основные нормативные правовые акты, устанавливающие полномочия органов государственной власти субъекта Российской Федерации и органов местного самоуправления, и нормативные правовые акты в части правил строительства и содержания автомобильных дорог, можно сделать вывод о наличии достаточной регламентации данного вопроса в правовом поле. Однако, несмотря на это, в федеральных законах и подзаконных нормативных актах отсутствует конкретизация и корреляция указанных правовых норм относительно медицинских организаций.

Это определяет целесообразность внесения изменений в нормативные правовые акты по вышеизложенным предложениям для достижения результатов региональных программ в здравоохранении и государственных программ в целях повышения доступности и качества оказания медицинской помощи населению, повышения продолжительности жизни и улучшения здоровья граждан Российской Федерации.

Кроме того, следует дополнительно регламентировать в нормативных правовых актах регулирование вопроса доезда до медицинской организации для всех групп населения, включая маломобильных граждан, по автомобильной дороге с твердым покрытием, соответствующей всем строительным нормативам.

Кроме указанных предложений в части вопросов транспортной доступности при

оказании медицинской помощи населению, в рамках действующих нормативных правовых актов целесообразно предусмотреть ряд изменений в целях привлечения медицинских работников в сектор здравоохранения, создания условий и мотивации для их закрепления и приоритизацию мер социальной поддержки медицинских работников в части обеспечения их жилым помещением и иных социальных гарантий, в том числе для детей медицинских работников.

Учёт региональных климатических, географических, инфраструктурных, социальных, демографических особенностей и иных критериев необходим для разработки оптимальных схем размещения МО/СП, оказывающих ПМСП населению. При территориальном планировании в здравоохранении необходимо проводить оценку потребности «сохранения» существующих «ненормативных» МО/СП.

Результат проведения оценки размещения МО/СП позволяют разрабатывать планы мероприятий по повышению доступности ПМСП, среди которых можно выделить нормативно-правовые, организационно-управленческие, материально-технические, градостроительные и инфраструктурные.

Определена необходимость совершенствования законодательной базы в части приведения в соответствие с конституционными нормами и взаимной корреляции между нормативными правовыми актами различных ведомств.

Внесение изменений в нормативную правовую базу требуется для конкретизации мер, направленных на повышение доступности медицинской помощи населению, в части повышения транспортной доступности, конкретизации социальных гарантий для медицинского персонала и иных мер по развитию инфраструктуры.

**В заключении** в обобщенном виде представлено краткое обсуждение результатов диссертационного исследования, которые свидетельствуют о решении поставленных задач и достижении цели исследования.

## **ВЫВОДЫ**

1. Уровень общей заболеваемости всего населения на территории ДФО в 2015-2021 гг. был ниже среднероссийского показателя, при этом его тенденция в ДФО была аналогична среднероссийской. Прирост общей заболеваемости всего населения РФ за период 2015-2021 годы составил 4,8% (с 160 056,1( $\Delta\pm 7\ 267$ ) до 167 713,8( $\Delta\pm 7\ 113$ ) на 100 тысяч населения), ДФО – 6,0% (с 148 779,8( $\Delta\pm 14\ 705$ ) до 157 666,5( $\Delta\pm 13\ 559$ ) на 100 тысяч населения). Среди федеральных округов Российской Федерации, ДФО занимал последнее место в 2021 году по показателю первичной заболеваемости

сельского населения, как одного из ключевых показателей, характеризующих доступность ПМСП. До 2019 года показатель первичной заболеваемости сельского населения в ДФО был сопоставим с аналогичным показателем по РФ, в 2020 году он был на 11,9% ниже, чем по РФ (48695,9 в ДФО; 55289,7 на 100 тыс. сельского населения по РФ), в 2021 году - на 13,8% (53311,3 в ДФО; 61819,1 на 100 тыс. сельского населения по РФ), что может свидетельствовать о диспропорции при формировании сети медицинских организаций и проблемах с доступностью ПМСП прежде всего для жителей малочисленных и труднодоступных населенных пунктов.

2. Анализ числа функционирующих медицинских организаций, оказывающих первичную медико-санитарную помощь, показал их сокращение с 378 в 2015 г. до 349 в 2021 г. Однако, число структурных подразделений, оказывающих ПМСП с 2015 по 2021 гг. увеличилось. Число врачебных амбулаторий в ДФО увеличилось на 36,4% (2015 г. – 453; 2021 г. – 618) при среднероссийском росте их числа на 9,2%. Число ФАП (ФП) в ДФО составило 2137 и за 2015-2021 гг. увеличилось на 3,1%, (с 2072 в 2015 году до 2137 в 2021 году) при среднероссийском снижении на 0,6%. При этом вырос показатель обеспеченности сельского населения ДФО объектами инфраструктуры с 14,0 в 2015 году до 15,2 на 10 тысяч соответствующего населения в 2021 году, что больше на 10,5%, чем в Российской Федерации. Кроме того, в 1,9 раз увеличилось число передвижных структурных подразделений в ДФО, с 164 единиц в 2015 году до 306 единиц в 2021 году. Это свидетельствует о проводимых организационных мероприятиях по укрупнению медицинских организаций без уменьшения числа структурных подразделений.

3. Проведенное исследование среди руководителей различного уровня в сфере охраны здоровья субъектов Российской Федерации показало хорошую осведомленность по вопросам нормативного правового регулирования территориального планирования, но отмечено недостаточное применение положений нормативной правовой базы на региональном уровне. Выявлены три основные проблемы при обеспечении доступности оказания медицинской помощи населению, связанные с транспортной доступностью медицинских организаций, наличием отдельных категорий пациентов, лишенных возможность получить медицинскую помощь или имеющих частичный доступ к ней, а также наличие кадрового дефицита в здравоохранении.

4. Проведенный анализ позволил выявить основные критерии, влияющие на размещение медицинских организаций, которые определяют территориальную

доступность первичной медико-санитарной помощи населению. Установлены 2 группы критериев: к первой группе относятся критерии, связанные с системой здравоохранения (наличие медицинского работника и мобильных медицинских бригад, ветхость и аварийность зданий медицинских организаций); ко второй группе не связанные с системой здравоохранения (наличие транспортной инфраструктуры, удаленность проживания пациента от медицинской организации, наличие и кратность движения общественного транспорта, а также климатические и географические особенности местности).

5. Анализ территориального размещения медицинских организаций, оказывающих ПМСП населению в субъектах ДФО, выявил, что около трети населения в ДФО проживает в населенных пунктах с численностью населения менее 10 тысяч человек, число которых в 2021 году составило 3423, из них только в 2 884 населенных пунктах имелись медицинские организации и их структурные подразделения (84,2%). Установлено, что сеть медицинских организаций и их структурных подразделений субъектов ДФО расположенных в 739 населенных пунктах является «сверхнормативной» в части размещения медицинских организаций и обеспечивает доступность медицинской помощи для 904 тыс. человек, что составляет 11,0% от всей численности населения Дальнего Востока. Эти медицинские организации обеспечивают территориальную доступность, при оказании первичной медико-санитарной помощи, в т.ч. для оказания своевременной медицинской помощи в труднодоступных районах и удаленных населенных пунктах.

6. Разработанная Методика определения и повышения доступности медицинских организаций, оказывающих ПМСП населению, базируется на расчете критериев оценки размещения медицинских организаций и определении их пороговых значений для медицинских организаций и их структурных подразделений субъектов Российской Федерации, расположенных в малочисленных и труднодоступных населенных пунктах. Методика позволяет рассчитать итоговый показатель (коэффициент соответствия  $K_c$ ) по каждой медицинской организации и структурному подразделению с учетом фактического достижения критерия, влияющего на их размещение. Изменения значений показателей инфраструктурного и ресурсного обеспечения медицинских организаций и структурных подразделений, а также изменения транспортной доступности влияют на коэффициент соответствия  $K_c$  как положительно (рост значения), так и отрицательно (снижение значения). Разработанная Методика позволяет оценить критерии, зависящие и не зависящие от системы здравоохранения.

7. Оценка разработанной Методики на примере Амурской области позволила сформировать перечень основных критериев обеспечения доступности, ранжировать медицинские организации и их структурные подразделения, оказывающих первичную медико-санитарную помощь, в соответствии с фактически достигнутым значением и определить первоочередные меры для реализации на локальном (индивидуальном), муниципальном или региональном уровнях. Установлено, что Методика позволяет оценивать не только структурные подразделения по субъекту Российской Федерации, но и обособленные структурные подразделения в каждой медицинской организации

8. Апробация разработанной Методики определения и повышения доступности медицинских организаций, оказывающих ПМСП населению, позволили сформировать мероприятия по повышению доступности первичной медико-санитарной помощи в населенных пунктах с численностью жителей до 20 тыс. человек. Методика определения и повышения доступности медицинских организаций, оказывающих ПМСП населению, позволила разработать алгоритмы по оценке «сохранения» существующей сети медицинских организаций, не соответствующих нормативному правовому регулированию в части территориального размещения, не только на территориях с низкой плотностью населения, для малочисленных и труднодоступных местностей, но и для всех регионов и муниципальных образований при формировании первичной медико-санитарной помощи.

9. Для повышения доступности первичной медико-санитарной помощи требуется совершенствовать основы нормативного правового регулирования, в первую очередь связанные с конкретизацией мероприятий для муниципалитетов, по созданию условий для оказания медицинской помощи населению, а именно развитием транспортной инфраструктуры, расширением сети автомобильных дорог общего пользования, обеспечением безопасности дорожного движения, наличием парковочного пространства вблизи медицинских организаций, гарантированным наличием пассажирского транспорта общего пользования, обеспечением медицинских работников жилыми помещениями, социальными гарантиями детям медицинских работников.

## **ПРЕДЛОЖЕНИЯ**

### **На федеральном уровне**

1. Включение в основные профессиональные образовательные программы уровня специалитета и подготовки кадров высшей квалификации (уровень ординатуры) высших образовательных организаций изучения вопросов, посвященных основам

территориального планирования системы здравоохранения, информационных систем, позволяющих определять территориальное размещение медицинских организаций на территории субъекта Российской Федерации, позволит обеспечить надлежащий уровень знаний организаторами здравоохранения принципов территориального размещения медицинских организаций в субъектах Российской Федерации.

2. Внесение изменений и дополнений в нормативную правовую базу различных ведомств позволит устранить несогласованности, противоречия и пробелы нормативного регулирования территориального планирования, что позволит повысить качество и доступность медицинской помощи населению.

3. Использование подходов к планированию размещения медицинских организаций при формировании сети на основе Методики определения и повышения доступности медицинских организаций, оказывающих первичную медико-санитарную помощь населению, с учетом критериев будет способствовать повышению доступности первичной медико-санитарной помощи населению.

#### **На региональном уровне:**

1. Органы исполнительной власти субъектов Российской Федерации в сфере охраны здоровья могут использовать методику определения доступности медицинских организаций, оказывающих первичную медико-санитарную помощь населению в малочисленных и труднодоступных населенных пунктах, для формирования первоочередных мероприятий, при разработке программ развития регионального здравоохранения;

2. При формировании мероприятий, направленных на повышение доступности оказания первичной медико-санитарной помощи населению, рекомендуется привлекать органы местного самоуправления субъектов Российской Федерации, с целью создания дополнительных условий, направленных на повышения доступности медицинской помощи.

**СПИСОК РАБОТ, ОПУБЛИКОВАННЫХ ПО ТЕМЕ ДИССЕРТАЦИИ:****Работы, опубликованные в изданиях, рекомендованных ВАК**

1. Поликарпов А.В. Геоинформационная система как элемент территориального планирования в здравоохранении / **А. В. Поликарпов**, Н.А. Голубев, Ю.С. Левахина, В.А. Махов // Вестник Росздравнадзора. – 2022. – № 6. – С. 68-74. (0,44 п.л., авт. – 0,11 п.л.)
2. Поликарпов, А. В. Анализ нормативного регулирования территориального планирования в здравоохранении / **А. В. Поликарпов**, Е.В.Огрызко, И.В. Курсекова // Современные проблемы здравоохранения и медицинской статистики. – 2022. – № 4. – С. 610-628. (1,19 п.л., авт. – 0,34 п.л.)
3. Руголь, Л.В. Динамика первичной заболеваемости сельского населения в Дальневосточном федеральном округе / Л. В. Руголь, **А. В. Поликарпов**, Н.А. Голубев, Е.В. Огрызко // Современные проблемы здравоохранения и медицинской статистики. – 2022. – № 4. – С. 663-688. (1,63 п.л., авт. – 0,41 п.л.)
4. Поликарпов, А.В. Анализ территориального размещения медицинских организаций и их структурных подразделений в субъектах Дальневосточного федерального округа / **А.В. Поликарпов**, П.В. Митрошин, С.В. Моравская, О.В. Миргородская // Современные проблемы здравоохранения и медицинской статистики. – 2022. – № 5. – С. 762-783. (1,4 п.л., авт. – 0,35 п.л.)
5. Левахина, Ю.С. Профилактические аспекты организации оказания первичной медико-санитарной помощи / Ю. С. Левахина, **А. В. Поликарпов**, Н.А. Голубев, А.И. Себелев // Волгоградский научно-медицинский журнал. – 2023. – Т. 20, № 4. – С. 51-57. (0,44 п.л., авт. – 0,11 п.л.)
6. Каракулина, Е.В. Развитие инфраструктуры сельского здравоохранения регионов дальневосточного федерального округа / Е. В. Каракулина, **А. В. Поликарпов**, Н.А. Голубев, Н.В. Тарасова, А.А. Латышова // Современные проблемы здравоохранения и медицинской статистики. – 2023. – № 2. – С. 625-647. (1,44 п.л., авт. – 0,29 п.л.)
7. Каракулина, Е.В. Анализ становления первичной медико-санитарной помощи и оценка тенденций ее развития / Е. В. Каракулина, **А. В. Поликарпов**, Н.А. Голубев, Е.В. Огрызко, Ф.И. Страдымов, В.В. Люцко // Современные проблемы здравоохранения и медицинской статистики. – 2023. – № 3. – С. 712-737. (1,63 п.л., авт. – 0,27 п.л.)
8. Поликарпов, А.В. Динамика медицинско-демографических показателей в Дальневосточном федеральном округе за 2015-2021 годы / **А. В. Поликарпов**, Н. А. Голубев, Е.В. Огрызко, В. В. Люцко // Современные проблемы здравоохранения и медицинской статистики. – 2023. – № 3. – С. 993-1014. (1,38 п.л., авт. – 0,35 п.л.)
9. Климко, В.И. Методика определения доступности первичной медико-санитарной помощи в малочисленных и труднодоступных населенных пунктах / В. И. Климко, И.М. Сон, **А.В. Поликарпов**, Д.С. Тюфилин // Современные проблемы здравоохранения и медицинской статистики. – 2023. – № 4. – С. 837-853. (1,1 п.л., авт. – 0,3 п.л.)
10. Поликарпов, А. В. Территориальное планирование и нормативное регулирование. Результаты опроса организаторов здравоохранения / **А. В. Поликарпов** // Современные проблемы здравоохранения и медицинской статистики. – 2023. – № 4. – С. 991-1005. (0,94 п.л., авт. – 0,94 п.л.)
11. Левахина, Ю.С. Профилактические аспекты организации оказания первичной медико-санитарной помощи сельскому населению/ Ю. С. Левахина, **А. В. Поликарпов**, Н.А. Голубев, А.И. Себелев // Волгоградский научно-медицинский журнал. – 2024. – Т. 21, № 1. – С. 56-62. (0,44 п.л., авт. – 0,11 п.л.)
12. Поликарпов, А. В. Оценка показателей состояния здоровья сельского населения Амурской области за 2021-2022гг / **А. В. Поликарпов** // Современные проблемы здравоохранения и медицинской статистики. – 2024. – № 1. – С. 455-464. (0,56 п.л., авт. – 0,56 п.л.)



13. Поликарпов, А. В. К вопросу о территориальном планировании в здравоохранении / **А. В. Поликарпов** // Современные проблемы здравоохранения и медицинской статистики. – 2024. – № 2. – С. 758-772. (0,94 п.л., авт. – 0,94 п.л.)
14. Поликарпов, А.В. Немедицинские аспекты доступности медицинской помощи при территориальном планировании в здравоохранении / **А.В. Поликарпов**, И.М. Сон, О.В. Миргородская, И.В. Курсекова // Менеджер здравоохранения. – 2024. – №6. – С.13-22. (0,63 п.л., авт. – 0,16 п.л.)

#### Работы, опубликованные в журналах из Белого списка

15. Lebedev. G. The geographic information system of the russian ministry of health / G. Lebedev, **A. Polikarpov**, N.A. Golubev, A.A. Lisnenko, K.A. Koshechkin // Smart Innovation, Systems and Technologies. – 2020. – Vol. 193. – P. 403-411. (0,13 п.л., авт. – 0,03 п.л.)
16. Миргородская, О.В. К вопросу об организации медицинской помощи населению и ее ресурсном обеспечении во время пандемии новой коронавирусной инфекции COVID-19 в Российской Федерации / О. В. Миргородская, **А. В. Поликарпов**, Н.А. Голубев, Е.В. Огрызко, Е.А. Шелепова // Профилактическая медицина. – 2022. – Т. 25, № 5. – С. 28-36. (0,5 п.л., авт. – 0,1 п.л.)
17. Деев, И.А. Оценка критериев, влияющих на размещение медицинских организаций в малочисленных и труднодоступных населенных пунктах / И.А. Деев, **А.В. Поликарпов**, Н.А. Голубев, С.В. Моравская, О.С. Кобякова // Кардиоваскулярная терапия и профилактика. – 2023. – Т. 22, № 9. – С. 29-36. (0,5 п.л., авт. – 0,1 п.л.)
18. Руголь, Л.В. Анализ общей заболеваемости сельского населения Дальневосточного федерального округа / Л. В. Руголь, **А. В. Поликарпов**, Н.А. Голубев, Е.В. Огрызко // Профилактическая медицина. – 2023. – Т. 26, № 9. – С. 39-48. (0,63 п.л., авт. – 0,16 п.л.)
19. Поликарпов А.В. Комплексный подход при территориальном планировании первичной медико-санитарной помощи / **А.В. Поликарпов**, И.А. Деев, С.В. Моравская, О.С. Кобякова, Профилактическая медицина. -2024. -Т.27, №4. -С. 7-11. (0,32 п.л., авт. – 0,08 п.л.)

#### Основные работы, опубликованные в других изданиях

20. Михайлова Ю.В. Оценка качества оказания и доступности медицинской помощи с использованием индексов благополучия медицинских организаций, оказывающих первичную медико-санитарную помощь и имеющих прикрепленное население / Ю.В. Михайлова, И.М. Сон, **А.В. Поликарпов**, И.Б. Шикина, В.И. Вечорко, И.В. Иванов, Н.А. Голубев // Социальные аспекты здоровья населения. – 2016. – № 5(51). – С. 1-8. (0,5 п.л., авт. – 0,08 п.л.)
21. Михайлова Ю.В. Экспертные методы при выборе показателей для независимой оценки качества медицинской помощи в медицинских организациях, оказывающих амбулаторную помощь / Ю. В. Михайлова, И.В. Иванов, И.Б. Шикина, **А.В. Поликарпов**, Н.А. Голубев, В.И. Вечорко // Вестник Росздравнадзора. – 2016. – № 4. – С. 74-77. (0,3 п.л., авт. – 0,05 п.л.)
22. Михайлова Ю.В. Независимая оценка качества оказания и доступности медицинской помощи в первичном секторе здравоохранения / Ю. В. Михайлова, В.И. Стародубов, В.И. Вечорко, И.Б. Шикина, **А.В. Поликарпов** // Восточно-Европейский научный журнал. – 2016. – Т. 12, № 1. – С. 112-118. (0,44 п.л., авт. – 0,09 п.л.)
23. Бойко. Е.Л. Геоинформационная система как инструмент управления здравоохранением / Е. Л. Бойко, **А. В. Поликарпов**, Г.С.Лебедев, Н.А. Голубев, Е.М. Тюрина // Экосистемы Центральной Азии: исследование, сохранение, рациональное использование : Материалы XV Убсунурского международного симпозиума, Кызыл, 05–08 июля 2020 года / Под редакцией Ч.Н. Самбыла. – Красноярск: ООО РИЦ "Офсет", 2020. – С. 374-375. (0,13 п.л., авт. – 0,03 п.л.)
24. Поликарпов А.В. История развития геоинформационных систем в мире и их использование

в здравоохранении / **А.В. Поликарпов**, Н.А. Голубев, Е.В. Огрызко, Л.В. Руголь // Врачи и информационные технологии. – 2023. – № 4. – С. 4-13. (0,63 п.л., авт. – 0,16 п.л.)

#### Список опубликованных справочников

25. Заболеваемость всего населения России в 2021 году: статистические материалы /Е.Г. Котова, О. С. Кобякова, **А.В.Поликарпов** [и др.]. Том Часть II. – Москва : Центральный научно-исследовательский институт организации и информатизации здравоохранения, 2022. – 146 с. – ISBN 978-5-94116-072-3.
26. Заболеваемость всего населения России в 2021 году с диагнозом, установленным впервые в жизни: статистические материалы / Е. Г. Котова, О. С. Кобякова, **А.В.Поликарпов** [и др.]. Том Часть I. – Москва : Центральный научно-исследовательский институт организации и информатизации здравоохранения, 2022. – 144 с. – ISBN 978-5-94116-071-6.
27. Ресурсы и деятельность медицинских организаций здравоохранения. Основные показатели здравоохранения: статистические материалы / Е. Г. Котова, О. С. Кобякова, **А.В.Поликарпов** [и др.]. Том Часть 6. – Москва : Центральный научно-исследовательский институт организации и информатизации здравоохранения, 2022. – 50 с.
28. Сельское здравоохранение России в 2021 году: статистические материалы /Е.Г.Котова, О.С.Кобякова, **А.В.Поликарпов** [и др.]. – Москва : Центральный научно-исследовательский институт организации и информатизации здравоохранения, 2022. – 86 с. – ISBN 978-5-94116-093-8.

#### Список сокращений:

|      |   |
|------|---|
| ПГГ  | Программа государственных гарантий                |
| ТП   | Территориальное планирование                      |
| ПМСП | Первичная медико-санитарная помощь                |
| МО   | Медицинские организации                           |
| СП   | Структурные подразделения медицинских организаций |
| ОПЖ  | Ожидаемая продолжительность жизни при рождении    |
| НПА  | Нормативный правовой акт                          |
| ГИС  | Геоинформационная система                         |
| ДФО  | Дальневосточный Федеральный округ                 |
| ОВП  | Отделение врача общей практики                    |
| ВА   | Врачебная амбулатория                             |
| ЦРБ  | Центральная районная больница                     |
| РБ   | Районная больница                                 |
| ФАП  | Фельдшерско-акушерский пункт                      |
| ФП   | Фельдшерский пункт                                |
| ДХ   | Домовое хозяйство                                 |
| ОИВ  | Орган исполнительной власти                       |
| МИАЦ | Медицинский информационно-аналитический центр     |
| РФ   | Российская Федерация                              |
| ПМК  | Передвижной медицинский комплекс                  |
| ФСН  | Форма федерального статистического наблюдения     |
| ВОП  | Врач общей практики                               |
| НП   | Населенный пункт                                  |
| УБ   | Участковая больница                               |
| ГБ   | Городская больница                                |