

Сельское здравоохранение России. Состояние, проблемы, перспективы

В.М. Чернышев^{1,3}, М.И. Воевода², О.В. Стрельченко³, И.Ф. Мингазов⁴

¹ Новосибирский государственный медицинский университет Минздрава России
630091, г. Новосибирск, Красный просп., 52

² ФИЦ фундаментальной и трансляционной медицины
630060, г. Новосибирск, ул. Тимакова, 2

³ Сибирский окружной медицинский центр ФМБА России
630007, г. Новосибирск, ул. Каинская, 15

⁴ Новосибирский НИИ гигиены Роспотребнадзора
630108, г. Новосибирск, ул. Пархоменко, 7

Резюме

Проводимые в последние три десятилетия преобразования отечественного здравоохранения не привели к планируемым результатам, а по некоторым направлениям последствия оказались негативными. Наиболее существенно пострадало сельское здравоохранение. Цель настоящей работы – на основе анализа ситуации, сложившейся в сельском здравоохранении страны, предложить меры по его совершенствованию. **Материал и методы.** Используются статистические данные Минздрава России, Росстата, ЦНИИ организации и информатизации здравоохранения, а также данные по Сибирскому федеральному округу в 1990–2020 гг. Изучены научные публикации по рассматриваемой проблеме. **Результаты и их обсуждение.** Взятый в начале 90-х годов прошлого столетия курс на коммерциализацию медицины сохраняется. Так, за период с 2005 по 2018 г. в структуре медицинских кадров страны количество занятых в государственном секторе сократилось с 93,6 до 86,8 % (на 237 000), в то время как в частных медицинских организациях увеличилось в 2,3 раза. В 2020 г. уже 38,4 % медицинских организаций являлись частными. Наиболее существенные изменения произошли в сельском здравоохранении. Количество фельдшерско-акушерских пунктов сократилось на 21,1 %, обеспеченность койками в стационарах в 2 раза ниже, чем в среднем по стране, а врачами – в 3 раза меньше, чем в городах. В возрастной структуре доля докторов старше 60 лет увеличилась с 13,5 % (2017 г.) до 18,1 % (2020 г.). Реализация программ «Земский доктор» и «Земский фельдшер» не привела к росту обеспеченности сельской местности медицинскими работниками. Сегодня врачебная помощь территориально доступна только 49 % сельчан, для 40 % – труднодоступна, для 9 % – практически недоступна (2 % респондентов не смогли ответить на вопрос). Это привело к тому, что средняя продолжительность предстоящей жизни сельчан на 1,5 года меньше, чем у горожан, а общая смертность на 1,2 % больше, чем в среднем по стране. **Заключение.** Проблема доступности медицинской помощи сельскому населению в последние три десятилетия обострилась. Реализуемые программы, направленные на повышение ее доступности и качества, в том числе жителям села, не привели к значимому положительному результату.

Ключевые слова: преобразования, организация медицинской помощи, здравоохранение, сельское население.

Конфликт интересов. Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

Автор для переписки: Чернышев В.М., e-mail: chernyshevladimir@yandex.ru

Для цитирования: Чернышев В.М., Воевода М.И., Стрельченко О.В., Мингазов И.Ф. Сельское здравоохранение России. Состояние, проблемы, перспективы. *Сибирский научный медицинский журнал.* 2022;42(4):4–14. doi:10.18699/SSMJ20220401

Rural healthcare of Russia. Status, problems, prospects

V.M. Chernyshev^{1,3}, M.I. Voevoda², O.V. Strelchenko³, I.F. Mingazov⁴

¹ Novosibirsk State Medical University of Minzdrav of Russia
630091, Novosibirsk, Krasny ave., 52

² Federal Research Center of Fundamental and Translational Medicine
630117, Novosibirsk, Timakov str., 2

³ Siberian District Medical Center of the FMBA of Russia
630007, Novosibirsk, Kainskaya str., 15

⁴ Novosibirsk Research Institute of Hygiene of Rospotrebnadzor
630108, Novosibirsk, Parkhomenko str., 7

Abstract

The transformations of domestic healthcare carried out in the last three decades have not led to the planned results, and in some areas the consequences have turned out to be negative. Rural healthcare suffered the most significantly. The aim of the study was based on the analysis of the situation in the rural health care of the country to propose measures to improve it. **Material and methods.** The statistical data of the Ministry of Health of Russia, Rosstat, Central Research Institute of Organization and Informatization of Healthcare, as well as data on the Siberian Federal District for the period from 1990 to 2020 were used. Scientific publications on the problem under consideration have been studied. **Results and their discussion.** The course taken in the early 90s of the last century towards the commercialization of medicine remains. So for the period from 2005 to 2018 in the structure of the country's medical personnel, the number of people employed in the public sector decreased from 93.6 to 86.8 % (by 237 000), whereas in private medical organizations it increased by 2.3 times. In 2020, 38.4 % of medical organizations were already private. The most significant changes have occurred in rural healthcare. The number of paramedic and obstetric stations decreased by 21.1 %, the provision of beds in hospitals is 2 times lower than the national average, and doctors are 3 times fewer than in cities. In the age structure, the share of doctors over the age of 60 increased from 13.5 % (2017) to 18.1 % (2020). The implementation of the programs "Zemsky Doctor" and "Zemsky paramedic" did not lead to an increase in the provision of medical workers in rural areas. Today, medical care is geographically available only to 49 % of villagers, for 40 % it is difficult to access, and 9 % is practically inaccessible (2 % of respondents could not answer the question). This has led to the fact that the average life expectancy of the villagers is 1.5 years lower than that of the townspeople, and the total mortality is 1.2 % higher than the national average. **Conclusion.** The problem of accessibility of medical care to the rural population has worsened in the last three decades. The implemented programs aimed at improving its accessibility and quality, including for rural residents, have not led to a significant positive result.

Key words: transformation, organization, medical care, healthcare, population, rural.

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

Correspondence author: Chernyshev V.M., e-mail: chernyshevladimir@yandex.ru

Citation: Chernyshev V.M., Voevoda M.I., Strelchenko O.V., Mingazov I.F. Rural healthcare of Russia. Status, problems, prospects. *Sibirskiy nauchnyy meditsinskiy zhurnal = Siberian Scientific Medical Journal*. 2022;42(4):4–14. [In Russian]. doi: 10.18699/SSMJ20220401

*Как бы ни хороша была стратегия, но лишние
время от времени посмотреть и на то, какие она
приносит результаты.*

Уинстон Черчилль

Проводимые в последние три десятилетия преобразования отечественного здравоохранения предусматривали в конечном счете повышение доступности и качества медицинской помощи населению. Сегодня очевидно, что к планируемым результатам они не привели, а по некоторым направлениям были получены негативные

последствия. По мнению многих организаторов здравоохранения, это явилось следствием недостаточной научной обоснованности принимаемых мер, а нередко и недостатком финансовых средств для их реализации. Наиболее существенно пострадало сельское здравоохранение, в котором во все времена хватало проблем.

Россия с 1990-х годов взяла курс на коммерциализацию медицины. Сложилась модель, в которой перемешаны фрагменты бюджетной, страховой и рыночной систем. Это повлекло

Таблица 1. Динамика численности врачей, среднего медицинского персонала и коек в России**Table 1.** Dynamics of the number of doctors, nursing staff and beds in Russia

Специалисты	1990	1995	2000	2005	2010	2015	2016	2017	2018	2019
Занятые в здравоохранении, тыс. чел.	3639	3713	3734	3607	3692	3630	3633	3521	3589	3570
Врачи, тыс. чел.	694	654	680	690	716	673	681	697	704	715
в системе МЗ РФ	602	566	609	608	626	544	544	548	549	552
в негосударственном секторе	Н.д.	Н.д.	Н.д.	Н.д.	Н.д.	Н.д.	68	76	81	87
Средний медперсонал, тыс. чел.	1844	1629	1564	1530	1509	1550	1538	1525	1491	1491
в системе МЗ РФ	1478	Н.д.	1397	1351	1328	1310	1292	1266	1266	1259
в негосударственном секторе	Н.д.	Н.д.	Н.д.	Н.д.	Н.д.	148	154	172	171	177
Младший медперсонал (государственный сектор), тыс. чел.	Н.д.	Н.д.	Н.д.	Н.д.	Н.д.	599	547	424	287	265
Коек, тыс. ед.	2038	1851	1672	1575	1340	1222	1197	1183	1152	1124

Примечание: Н.д. – нет данных.

серьезные изменения в структуре отечественного здравоохранения и медицинских кадров страны. Количество занятых в государственном секторе сократилось с 93,6 до 86,8 % (на 237 000), а в частных медицинских организациях (МО) увеличилось в 2,3 раза (табл. 1). В 2010 г. в частном секторе трудилось 5 % медработников, в 2018 г. – уже 11 % из числа занятых в здравоохранении страны. В 2019 г. в негосударственном секторе работало 29 % всех стоматологов, 31 % гастроэнтерологов, половина мануальных терапевтов. В 2020 г. уже 38,4 % МО являлись частными [1, 2].

Численность медицинских работников, занятых в здравоохранении в 2018 г., по сравнению с 1990 г. сократилось на 1,4 %, в государственном секторе врачей в 2019 г. стало меньше на 8,3 %, а специалистов со средним медицинским образованием – на 14,8 % (табл. 1). При этом количество заболевших в течение года за этот же период уве-

личилось с 96 до 115 млн человек, т.е. на 16,5 %, а на одного врача – со 160 до 208 человек (на 30 %). Еще существенней изменилась нагрузка на 1 койку в стационарах с круглосуточным пребыванием: с 47 до 102 человек, т.е. на 117 %, а уровень летальности вырос на 53,8 % (табл. 2). В определенной степени это обусловлено постарением населения, а также тем, что госпитализировать стали более тяжелый контингент. Вместе с тем, вероятно, сказалась и возросшая нагрузка на персонал. К сожалению, глубокого анализа такой динамики очень важного показателя авторы статьи не встретили.

В России дефицит врачей первичного звена в поликлиниках, наиважнейшей задачей которых является профилактика, наиболее выражен. Доля участковых в общей численности российских врачей не превышает 13 %, в то время как в Канаде и Франции их почти половина (по 48 %), в

Таблица 2. Некоторые показатели, характеризующие состояние здоровья населения и деятельность здравоохранения России (1990–2019 гг.)**Table 2.** Some indicators characterizing the health status of the population and the health care activities of Russia (1990–2019)

Показатель	1990	1995	2000	2005	2010	2015	2016	2017	2018	2019	Δ
Заболевшие, млн чел.	96	100	106	106	111	114	115	114	115	115	119,8
Заболевших на 1 врача, чел.	160	177	175	174	178	201	212	209	209	208	130,0
Заболевших на 1 койку, чел.	47	54	64	67	83	93	96	97	100	102	217,0
Летальность, %*	Н.д.	Н.д.	1,3	1,4	1,5	1,7	1,8	1,8	1,9	2,0	153,8**

Примечание: Н.д. – нет данных; Δ – доля показателя (%) от величины в 1990 г.; * – среди выбывших из больницы (в подчинении Минздрава РФ); ** – доля показателя (%) от величины в 2000 г.

странах Организации экономического сотрудничества и развития (ОЭСР) – в среднем треть. Из-за дефицита врачей первичного звена их нагрузка зачастую в 1,5–2 раза превышает нормативную. Естественно, при этом очень трудно обеспечить как доступность, так и качество медицинской помощи, тем более уделять должное внимание первичной медицинской профилактике. Проблема кадрового дефицита особенно актуальна для сельского здравоохранения. В России в сельской местности обеспеченность врачами составляет лишь 13,6 в расчете на 10 000 жителей, а в городах – более 45,0.

Принятие и реализация государственных программ «Земский доктор» и «Земский фельдшер» не дали ожидаемого результата. За период 2012–2017 гг. фактическая численность участников программы врачей составила 28 968 человек, в то время как их общее количество в сельских МО увеличилось всего на 6955 человек, а в Сибирском федеральном округе (СФО) даже сократилось на 318 человек. Причин тому несколько, одна из них в том, что свыше 26 % врачей, работающих на селе, это лица пенсионного возраста, и выход их на заслуженный отдых не удается компенсировать специалистами, привлекаемыми для работы в сельских МО; в определенной степени еще и в том, что некоторые специалисты отказались работать в сельской местности и вернули полученные суммы, однако официальные данные об этом отсутствуют.

Подтверждением того, что принимаемые Правительством меры недостаточно научно обоснованы, а при их формировании не используется прогнозирование и не изучается мнение тех, на кого они рассчитаны, является расширение действия Программ «Земский доктор» и «Земский фельдшер» на города с населением до 50 тыс. человек. Это обусловило уменьшение общего числа врачей, работающих непосредственно в сельской местности, на 2 % (с 14,9 до 14,6 на 10 тыс. населения), а средним медицинским персоналом – на 2,1 % (с 53,4 до 52,3 на 10 тыс. населения) [3].

Дефицит и перегруженность врачей первичного звена особенно остро ощущаются на фоне сокращения коечного фонда. Как следует из данных Росстата, по сравнению с 1990 г. число больничных коек уменьшилось с 2,03 до 1,1 млн, т.е. со 130 до 80 на 10 000 человек). Изменения существенные, но совершенно необходимые, так как коек по сравнению с европейскими странами было много. Экономичнее становилось лечить больных на дому, причем с таким же результатом, но если на Западе сначала усиливали амбулаторное звено, после чего часть коек в стационарах становились невостребованными, то у нас сде-

лали ровно наоборот: сначала сократили число коек [1]. Не был учтен не только зарубежный, но и отечественный опыт, полученный в ходе проведения эксперимента по изменению порядка финансирования МО, который был назван «новым хозяйственным механизмом» и был основан на подушном финансировании территориальных поликлиник и наделяния их функцией полного фондодержания. У сотрудников этих учреждений появилась заинтересованность в неформальном отношении к проведению профилактических мероприятий, более активном внедрении стационар-замещающих технологий, что обеспечивало более экономное использование финансовых средств, позволило укрепить материально-техническую базу МО и повысить зарплату персоналу. В результате часть коечного фонда в стационарах с круглосуточным пребыванием оказалась невостребованной и была сокращена без ущерба для госпитализации всех нуждающихся.

В новейшей истории России, начиная с 1997 г. до настоящего времени, реализовано и реализуется не менее шести всевозможных государственных (федеральных) программ, проектов, концепций по совершенствованию организации оказания медицинской помощи населению, но, как отмечает академик РАН А.Г. Аганбегян, значительная часть показателей осталась недостигнутой. Смертность среди людей трудоспособного возраста в 2019 г. должна была составить 437 на 100 000 человек, а фактически по данным Росстата была 470 на 100 000 населения соответствующего возраста. Не удалось снизить смертность от онкологических заболеваний, инфарктов, инсультов, повысить обеспеченность врачами и средним медперсоналом, прежде всего в участковой службе и в сельской местности. Показатели нацпроектов зачастую не выполняются потому, что государство выделяет недостаточно средств, либо они тратятся не очень эффективно. Программы часто существуют сами по себе, а организация и механизмы их реализации слабые [1].

В ежегодном докладе Всемирный банк назвал расходы России на здравоохранение неэффективными, так как основная ставка делается на специализированную и высокотехнологичную помощь, а не на улучшение здоровья населения через укрепление первичного звена. Текущий уровень государственных расходов на здравоохранение в России (3,3 % ВВП в 2018 г., 3,2 % – в 2019 г.) значительно отстает от средних показателей по странам ЕЭС (7,2 % ВВП) и ОЭСР (6,5 % ВВП) [4].

Недостаток финансирования приводит и к дефициту кадров, повышенной нагрузке на медиков и, самое главное, неравенству в доступе к качественной охране здоровья населения в разных

Таблица 3. Некоторые показатели, характеризующие здоровье населения России (1990–2019 гг.)

Table 3. Some indicators characterizing the health of the population in Russia (1990–2019)

Год	Общая смертность на 1000 населения				Средняя продолжительность предстоящей жизни (лет)		
	РФ	Село	Город	$\Delta 2$	РФ	Село	$\Delta 3$
1990	11,2	13,2	10,5	125,7	69,19	67,97	101,8
2000	15,3	17,1	14,6	117,1	65,34	64,34	101,6
2010	14,2	16,1	13,5	119,3	68,94	66,92	103,0
2019	12,3	13,1	11,9	110,1	73,40	72,21	101,6
$\Delta 1$	109,8	99,2	113,3		106,1	106,2	

Примечание: $\Delta 1$ – доля показателя (%) от величины в 1990 г.; $\Delta 2$ – доля показателя в селе (%) от величины в городе; $\Delta 3$ – доля показателя в селе (%) от величины в РФ.

регионах. Чем беднее регион, тем сложнее получить бесплатную медицинскую помощь и меньше возможностей решить проблему, обратившись в частные клиники [1].

На фоне общих для отрасли проблем особого внимания заслуживает организация медицинской помощи сельскому населению, которая пострадала наиболее существенно.

Разрушение сельскохозяйственной инфраструктуры, изменение видов хозяйственных связей, существовавших ранее между различными территориями, привели к высокой безработице на селе, снижению жизненного уровня, деформации социальной структуры населения, росту численности социально дезадаптированной популяции. Все эти неблагоприятные факторы обострили ситуацию с доступностью сельской медицины. По данным анкетирования, проведенного А.А. Калининской и др. [5], сегодня врачебная помощь территориально доступна только 49 % селян, для 40 % – труднодоступна, 9 % – практически недоступна (2 % респондентов не смогли ответить на вопрос), это обуславливает плохое состояние здоровья сельского населения и стойкую тенденцию к его ухудшению [6].

Общая заболеваемость населения растет, но у селян она постоянно ниже, чем у горожан. В 2019 г. она составила 124 539,4 на 100 000 населения в селе, в то время как в городе достигла 164 881,4 (табл. 3). Следует предположить, что приведенные цифры не отражают действительность, скорее всего это обусловлено меньшей доступностью медицинской помощи в сельской местности. Более объективны другие показатели, указывающие на то, что здоровье у проживающих в сельской местности хуже, чем у жителей городов. Средняя продолжительность предстоящей жизни у проживающих в сельской местности короче, чем у городского населения, в 1990 г. разница составляла 1,22 года, а в 2019 – 1,19 (см. табл. 3). Более существенна разница в показателях общей

смертности населения, которая в сельской местности была на 2,5 на 1000 населения выше, чем у жителей городов, и только в 2019 г. она сократилась более чем в 2 раза, до 1,2 (см. табл. 3) [7].

Еще в 1990-е годы в Российской Федерации произошла существенная деформация системы сельского здравоохранения. Резко сократилось финансирование, были закрыты многие сельские больницы и фельдшерско-акушерские пункты (ФАП), осложнилась проблема медицинских кадров. Число ФАП с 43,1 тыс. (2005 г.) уменьшилось до 34,0 тыс. (2016 г.), т.е. на 21,1 %, 17,5 тыс. сельских населенных пунктов вообще не имеют учреждений здравоохранения [7].

Главной и отличительной особенностью системы организации МО сельского населения в СССР была ее этапность, когда лечебно-профилактическая помощь жителям села оказывалась от ФАП до областной больницы. Сущность такой организации заключалась в том, что на каждом из этапов пациенты получали медицинскую помощь, которая не могла быть обеспечена на предыдущем. В результате реформирования отрасли последовательность оказалась нарушенной из-за выпадения отдельных «медицинских звеньев». На сегодняшний день сельскую медицину кратко можно охарактеризовать как ограниченно доступную и низкоэффективную в силу ряда нерешенных проблем. С каждым годом становится все острее проблема несопоставимости уровня сельской и городской доступности медицинского обслуживания [4, 8, 9].

Изменения, подтверждающие несостоятельность мер, принимаемых государством по совершенствованию сельского здравоохранения, очевидны на примере СФО. Только за последние 5 лет произошли существенные перемены в кадровом обеспечении его сельского здравоохранения (табл. 4). За период с 2016 по 2020 г. обеспеченность врачами сократилась с 15,1 до 13,5 в расчете на 10 000 населения, т.е. на 10,6 %.

Таблица 4. Обеспеченность медицинским персоналом сельского здравоохранения СФО (2016–2020 гг.)

Table 4. Provision of medical personnel for rural healthcare in the Siberian federal district (2016–2020)

Показатель	2016	2017	2018*	2019	2020
Врачи					
Всего	7898	7914	6364	6105	5965
Обеспеченность на 10 000 населения	15,1	15,1	14,3	13,8	13,5
Укомплектованность физическими лицами, %	Н.д.	64,0	60,9	59,2	56,0
В возрасте старше 61 года, %	Н.д.	13,5	12,7	17,2	18,1
Средний медицинский персонал					
Всего	30982	30336	25064	24437	23877
Обеспеченность на 10 000 населения	59,1	58,6	56,3	55,4	54,2
Укомплектованность физическими лицами, %	Н.д.	77,0	76,0	75,6	72,7
В возрасте старше 61 года, %	Н.д.	7,7	9,1	11,4	12,2

Примечание: Н.д. – нет данных; * – в 2018 г. из состава СФО вышли Республика Бурятия и Забайкальский край [10].

В возрастной структуре более чем на треть (с 13,5 до 18,1 %) увеличилась доля докторов в возрасте старше 60 лет.

Аналогичная динамика и у специалистов со средним медицинским образованием (см. табл. 4). За указанный период обеспеченность ими сократилась с 59,1 до 54,2 в расчете на 10 000 населения, т.е. на 8,3 %. Укомплектованность физическими лицами снизилась с 77,0 до 72,7 %. За этот же период доля сотрудников в возрасте старше 60 лет увеличилась с 7,7 до 12,2 %, т.е. более чем в 1,5 раза. Частично это обусловлено реформой пенсионной системы, но сам факт постарения медицинских работников, занятых в сельском здравоохранении, заслуживает самого пристального внимания [11].

Дефицит «узких» специалистов в сельских МО ведет к тому, что на прием к ним записываются за 1–1,5 месяца, в связи с чем возрастает роль платных медицинских услуг. Однако не все могут их себе позволить, учитывая, что в сельской местности мало рабочих мест и низкая заработная плата, а самих платных медицинских услуг в селе предоставляется гораздо меньше, чем в городах. Низкая заработная плата не позволяет медицинским работникам работать только в одном месте, и они вынуждены подрабатывать нередко в платных поликлиниках. Таким образом, государство данной реформой подталкивает значительную часть населения в частную платную медицину. Тут кроется и еще одна проблема – это переход квалифицированных кадров из государственного здравоохранения в частный сектор, в том числе в частные учреждения здравоохранения других стран [10].

Реструктуризация стационаров в селе тоже не лучшим образом отразилась на состоянии службы, но несмотря на это, процесс «оптимизации» продолжается. Инициаторы ее стремятся сделать

все в отрасли по европейским меркам, зачастую без учета основных особенностей нашей страны, одной из которых является низкая плотность населения, которая в России составляет 8,54 человека на 1 км² (на Чукотке – 0,07 человека/км²), в то время как в зарубежной Европе она равна 100 человек/км² (от 16 в Норвегии до 406 в Голландии). В среднем в мире этот показатель (численность людей, деленное на площадь суши) равен 52 чел/км².

В 2020 г. обеспеченность койками в стационарах с круглосуточным пребыванием в сельских МО была почти в 2 раза меньше, чем в среднем по стране (соответственно 42,7 и 80,0 на 10 000 населения); по сравнению с 2005 г. уменьшились уровень и без того низкой госпитализации (соответственно 6,4 и 6,7 на 100 сельских жителей), количество участковых больниц (соответственно 29 и 2631) и коек в них (соответственно 900 и 62,3 тыс.).

Недостаток или отсутствие ФАП и врачей общей практики сочетается еще с одним видом неравенства – невозможностью приобретения лекарственных средств. В этих медицинских структурах не только предоставлялась медицинская помощь, на их базе существовали аптечные пункты, позволяющие жителям приобрести необходимые лекарства. В ряде малочисленных и отдаленных населенных пунктов нет ни одной аптечной организации, и вопрос лекарственного обеспечения сельских жителей является одним из самых болезненных. Процессы реформирования и модернизации здравоохранения повлекли за собой снижение качества и доступности медицинской помощи, отсутствие или текучесть профессиональных кадров. Неэффективность организационно-функциональной системы управления здравоохранения, удаленность районных (городских) медицинских центров от населенно-

го пункта, зачастую недостаточная техническая оснащённость сельских медицинских учреждений, отчужденность значительной части сельских жителей от системы платных услуг подтверждают ухудшающейся медико-демографической ситуацией, высоким уровнем смертности именно в сельской местности, ростом числа болезней системы кровообращения и т. д. [8, 9, 12].

В связи с систематическим недофинансированием отрасли продолжает ухудшаться материальная база сельского здравоохранения. В 2019 г. по сравнению с 2018 г. доля зданий, находящихся в аварийном состоянии, увеличилась с 2,27 до 4,93 %, а требующих капитального ремонта – с 9,1 до 15 %.

На сегодняшний день сельскую медицину кратко можно охарактеризовать как ограниченно доступную и низкоэффективную в силу ряда нерешенных проблем. С каждым годом становится все существенней несопоставимость уровня доступности медицинской помощи для жителей сельской местности и горожан [4]. Это нашло отражение в изменившемся в последнее время мнении населения и оценке им состояния отечественного здравоохранения, которое считают самой важной проблемой 34 % жителей России, как показал опрос IPSOS (сентябрь 2018 г.). Тогда лишь 17 % опрошенных сказали, что имеют доступ к лучшей медпомощи (в мире таковых в среднем существенно больше – 45 %), 27 % сообщили, что получают ее в необходимом объеме. При этом трое из четырех жителей нашей страны заявили, что не имеют доступа к качественному здравоохранению. Данные IPSOS коррелируют с проведенными в сентябре 2020 г. опросами фонда «Общественное мнение»: 49 % уверены, что дела в медицине обстоят плохо, полностью довольны нашей медициной только 10 %. Любопытно, что, по данным Центрального статистического управления СССР, в 1989 г. лишь 10 % населения высказывали недовольство качеством медицины [1].

К основным причинам неудовлетворенности медицинской помощи на селе опрошенные относят несоответствие графика приема врача с графиком рабочего времени (39,2 %), невозможность попасть на прием в выходные дни (22 %), отсутствие приема после 15 часов (15,3 %), недостаточную обеспеченность районных поликлиник врачами – «узкими» специалистами (от 18,5 до 59,8 %, в зависимости от региона), высокую стоимость лекарств (67,1 %), недостаточное количество хорошо оснащенных поликлиник, больниц, станций скорой медицинской помощи (43,8 %), увеличение объема платных услуг (34,5 %), отсутствие правовой защиты пациента (15,5 %), невысокую квалификацию медицинско-

го персонала (13,2 %), недоброжелательное и невнимательное отношение медицинского персонала (10,6 %), 4,5 % не доверяют врачам [13].

Исходя из вышеизложенных проблем в организации медицинской помощи селянам, необходимо принятие мер по сохранению сельского здравоохранения, обеспечения жителей села необходимым объемом медицинской помощи, приближение его к потребителям.

Анализ международного и отечественного опыта показывает, что организация медицинской помощи сельскому населению должна реализовываться в рамках комплексных программ, в которых следует учитывать риски со стороны внешней среды, особенности развития региона и стратегические направления административных реформ. Формирование и реализация совместных, федеральных и региональных программ требуют соблюдения единства в решении проблем. При планировании коечной мощности МО вне пределов крупных городов нередко не учитываются особенности расселения на определенной территории, половозрастного состава населения, структуры заболеваемости, этапности при организации медицинской помощи, что порождает структурные диспропорции, влияющие на ее доступность для населения и качество [6].

Сельское население по состоянию на 01.01.2021 составляет 25,44 % населения страны (более 37 млн человек), в четверти субъектов Российской Федерации – 40 % населения. Продолжается процесс измельчания сельских поселений, увеличивается дефицит медицинских работников, проблема доступности медицинской помощи сельскому населению в последнее десятилетие обостряется, и пока она не приняла необратимый характер, необходимо принятие мер по ее решению.

Основными направлениями развития здравоохранения в сельской местности в настоящее время является обеспечение медицинскими кадрами и совершенствование организации медицинской помощи населению с учетом сохраняющихся особенностей нашей страны. Это прежде всего малое количество обслуживаемого населения, проживающего на достаточно большой территории; неравномерный характер расселения сельских жителей; отсутствие у населения сельского района возможности полной реализации права выбора как врача, так и медицинского учреждения. Сохраняется и даже продолжает увеличиваться дефицит врачей первичного звена, врачей и средних медицинских работников, подготовленных к проведению целевой профилактики, слабая лечебно-диагностическая база, низкий уровень диагностики и лечения больных. Поло-

жение усугубляют низкая материально-техническая оснащенность, невысокий уровень развития информационных технологий, дефицит санитарного транспорта, часть учреждений не телефонизирована. Существенное влияние на своевременность оказания медицинской помощи оказывают неудовлетворительное состояние транспортных коммуникаций и большой радиус обслуживания населенных пунктов, преобладание среди сельских жителей пенсионеров и др. [13].

Наиболее актуальной для сельского здравоохранения остается кадровая проблема. Отсутствие потенциально необходимого числа и оптимального структурного состава высококвалифицированных врачей и средних медицинских работников не позволяет обеспечить население востребованной равнодоступной и качественной медицинской помощью, независимо от места проживания [14, 15].

Вместе с тем, как уже отмечалось выше, в последние 20–25 лет проблема кадрового обеспечения в государственном секторе здравоохранения не только сохраняется, но становится все более ощутимой, прежде всего в сельской местности, и имеет достаточно стабильный характер. По оценкам экспертов, кроме естественной убыли в связи с выходом специалистов на пенсию, эти цифры свидетельствуют о масштабе сокращения самих медицинских организаций, снижении привлекательности работы в государственном здравоохранении и переходе части врачей в частные МО, отказе от распределения выпускников медицинских учебных заведений после их окончания.

С переходом к рыночным отношениям сложившаяся десятилетиями старая система подготовки и насыщения здравоохранения кадрами уже давно не работает, а новая не создана. А лозунг «кадры решают все» по-прежнему актуален. Конечно, одна из важнейших причин «кадрового голода» – это то, что государство, тратя огромные деньги на подготовку медицинских работников, лишило себя права распоряжаться ими после окончания медицинского учебного заведения [9].

Не способствует решению кадровой проблемы и пассивность медицинских организаций, недостаточная активность их в организации профориентации совместно с общеобразовательными организациями. Анализ деятельности сельских школ и МО в трех сибирских субъектах РФ (Республика Хакасия, Алтайский край и Новосибирская область) свидетельствует о том, что, несмотря на существующие проблемы с обеспеченностью медицинскими работниками сельских лечебных учреждений, работа по профориентации в сельской местности практически не организована. Специализированные медицинские классы функцио-

нируют менее чем в 1 % школ, кружки по изучению основ медицинских знаний имеются лишь в 3,1 % общеобразовательных организаций, только в 4,1 % школ проводятся встречи медицинских работников со школьниками. Менее чем в 20 % общеобразовательных организаций осуществляется дополнительная подготовка выпускников, изъявивших желание поступать в медицинские учебные заведения. Вместе с тем многолетний опыт свидетельствует о том, что школьники, направленные на учебу и вернувшиеся в родные края после ее окончания, в большинстве своем остаются там надолго или навсегда [15].

Очевидно, что возврат к распределению выпускников медицинских учебных заведений после их окончания тоже не в состоянии решить кадровую проблему, потому что часть специалистов покидает места распределения в связи с отсутствием необходимых условий для проживания и работы. В связи с этим обязательным условием для региональных и муниципальных органов власти должно стать создание благоприятных условий для жизни и работы молодым специалистам. Руководители указанных органов власти должны нести ответственность за дефицит медицинских кадров, но это никак не отражено в указе Президента о новых критериях оценки эффективности работы глав регионов. В него включено много пунктов, которые скорее определяют направления их деятельности и носят слишком общий характер, а расчет этих критериев требует либо проведения специальных исследований, либо социологических опросов, а вот обеспеченности региона «бюджетниками», т.е. медицинскими работниками, учителями, работниками культуры, среди критериев нет. Именно этот показатель напрямую зависит от глав администраций субъектов РФ и муниципальных образований. Это и организация профориентации, направление на учебу в высшие и средние специальные учебные заведения, и создание благоприятных условий для молодых специалистов, приехавших на работу в регион. Главы администраций субъектов РФ или муниципального образования должны нести ответственность за неукомплектованность соответствующих учреждений специалистами.

Кроме решения кадрового вопроса необходимы и серьезные изменения в сложившемся порядке оказания медицинской помощи жителям села. Нужны достаточно радикальные изменения в организации оказания медицинской помощи населению и управлении отраслью. По мнению академика РАН А.Г. Аганбегяна, управление должно быть более централизованным: в государственном секторе здравоохранения — директивные

методы, а в частном – индикативные (рекомендательные). Необходимо пересмотреть принципы и переломить тенденцию коммерциализации здравоохранения, считает профессор ВШЭ В.В. Власов: «Медицина будущего – это система бесплатная в точке доступа». Акцент должен быть сделан на предупреждении и профилактике заболеваний, а для этого нужен легкий свободный доступ к первичному звену, в частности к своему семейному (участковому) врачу [1, 8].

Особого внимания заслуживает диспансеризация населения, позволяющая контролировать состояние здоровья людей, выявлять заболевания на ранних стадиях и оказывать при этом эффективную помощь. Вместе с тем полноценное проведение ее в сельской местности осложнено рядом факторов: бездорожье, удаленность от медицинских организаций, дефицит медицинских работников, недостаточная оснащенность учреждений здравоохранения и др. В связи с этим традиционный порядок проведения профилактических медицинских осмотров следует заменить на скрининг.

Опыт других стран, да и отечественный, показывает, что эффективность полноценного скрининга по выявлению заболеваний не ниже эффективности традиционных профилактических медицинских осмотров, при этом высвобождается достаточно много времени у медицинских работников. Основное назначение скрининга – это выявление отклонений в состоянии здоровья у пациентов, которые и будут подвергнуты исследованиям, им понадобятся консультации, но это будут далеко не все, кто должен проходить профилактические медицинские осмотры ежегодно. Скрининг могут проводить специалисты со средним медицинским образованием и даже лица, не имеющие его, так как от них лишь требуется знание того, как правильно заполнить анкету и ввести данные в компьютер. Более того, заполнение анкет можно осуществлять дистанционно с использованием современных технических возможностей (телемедицина, скайп и др.) или просто по телефону. Это удобно диспансеризуемым, которые смогут заполнить анкеты, не выходя из дома, частично освободит от этой работы участковую и диагностическую службы, которые станут заниматься только лицами, у которых обнаружены отклонения в здоровье.

В связи с вышеизложенным, наверное, будет правильным возврат к здравоохранению, основанному на принципах, заложенных Н.А. Семашко много лет назад и на которых основано оказание медицинской помощи гражданам в немалом количестве стран мира: бесплатность и общедоступность медицинской помощи, профилактика

заболеваний, санитарная грамотность населения, государственный характер здравоохранения, единство медицинской науки и практики. Возврат будет безболезненным для населения, «пострадают» только сотрудники страховых медицинских организаций, впрочем, они смогут активнее заниматься добровольным медицинским страхованием, спрос на которое будет расти по мере роста благосостояния народа, либо заняться врачебной практикой.

Заключение

Проблема доступности медицинской помощи сельскому населению после введения в стране обязательного медицинского страхования обострилась. Ее обуславливают две группы основных факторов: одна связана с особенностями расселения на определенной территории, транспортной доступностью, своеобразием сельского быта, другая – с особенностями организации медицинской помощи, обусловленными недостаточным ресурсным обеспечением организаций здравоохранения. Реализуемые в последние десятилетия программы, направленные на повышение доступности и качества медицинской помощи, не привели к значимому положительному результату. В связи с этим вновь планируемыми программами должны быть научно обоснованы, достаточно профинансированы, а лица, подготовившие и обеспечивающие реализацию этих программ, должны нести ответственность в случае их невыполнения.

Список литературы

1. Соколов А. Деньги не лечат: к чему ведет реформа здравоохранения. Режим доступа: <https://www.vedomosti.ru/society/articles/2020/10/14/843300-dengi-lechat>
2. Здравоохранение в России. 2021: Стат. сб. М.: Росстат, 2021. 171 с.
3. Об итогах работы Министерства здравоохранения Российской Федерации в 2018 году и задачах на 2019 год. Режим доступа: https://static-0.minzdrav.gov.ru/system/attachments/attachments/000/044/284/original/Доклад_об_итогах_работы_Министерства_здравоохранения_Российской_Федерации_в_2018_году_и_задачах_на_2019_год.pdf?1555703257
4. Полухина М.Г. Формирование доступности медицинского обслуживания на селе как ключевого элемента устойчивого развития. *Национальные интересы: приоритеты и безопасность*. 2020; 382(1):162–185. doi: 10.24891/ni.16.1.162
5. Калининская А.А., Маликова Л.М. Проблемы и пути реформирования здравоохранения

села. Социальные аспекты здоровья населения. 2015;44(4):3.

6. Ермолаева О.В., Еругина М.В., Кром И.Л., Ковалев Е.П., Бочкарева Г.Н. Современные проблемы организации медицинской помощи сельскому населению. *Соврем. пробл. науки и образ.* 2016; (5):76.

7. Сельское здравоохранение России в 2019 году: Статистические материалы. М.: ЦНИИОИЗ Минздрава РФ, 2020. 83 с.

8. Власов С.Д. Сельское здравоохранение на рубеже XX–XXI веков. *Вестник Саратовского государственного социально-экономического университета.* 2013;45(1):117–120.

9. Хасанов Ф.З. Проблемы реформирования и оптимизации здравоохранения в сельской местности. *Актуальные проблемы государства и общества в области обеспечения прав и свобод человека и гражданина.* 2017;(1):118–121.

10. Стрельченко О.В., Чернышев В.М., Мингазов И.Ф. Основные показатели здоровья населения и здравоохранения Сибирского федерального округа в 2018 году. Сборник статистических и аналитических материалов. Вып. 18. Новосибирск: Сибирское университетское издательство, 2019. 277 с.

11. Стрельченко О.В., Чернышев В.М., Мингазов И.Ф. Основные показатели здоровья населения и здравоохранения Сибирского федерального округа в 2020 году. Сборник статистических и аналитических материалов. Вып. 20. Новосибирск: Сибирское университетское издательство, 2021. 256 с.

12. Колесников А.В. Здравоохранение в сельской местности. *Вестник сельского развития и социальной политики.* 2019;3(23):30–37.

13. Шаманова Л.В., Маслаускене Т.П. Проблемы медицинской помощи сельскому населению. *Сиб. мед. ж. (Иркутск).* 2010;97(6):19–24.

14. Щепин В.О. Обеспеченность населения Российской Федерации основным кадровым ресурсом государственной системы здравоохранения. *Пробл. соц. гигиены, здравоохран. и ист. мед.* 2013;(6):24–28.

15. Чернышев В.М., Воевода М.И., Айзман Р.И., Юданов А.В., Стрельченко О.В., Домахина С.В. Профорентация как приоритетное направление в решении кадровой проблемы в здравоохранении. *Сиб. науч. мед. ж.* 2021;(1):130–139. doi 10.18699/SSMJ20210114

References

1. Sokolov A. Money does not cure: what the healthcare reform leads to. Available at: <http://www.demoscope.ru/weekly/2020/0875> [In Russian].

2. Healthcare in Russia. 2021: Statistical compendium. Moscow: Rosstat, 2021. 171 p. [In Russian].

3. On the results of the work of the Ministry of Health of the Russian Federation in 2018 and tasks

for 2019. Available at: https://static-0.minzdrav.gov.ru/system/attachments/attaches/000/044/284/original/Доклад_об_итогах_работы_Министерства_здравоохранения_Российской_Федерации_в_2018_году_и_задачах_на_2019_год.pdf?1555703257 [In Russian].

4. Polukhina M.G. Arrangement of available medical services in rural areas as a key element of sustainable development. *Natsional'nye interesy: priority i bezopasnost' = National Interests: Priorities and Security.* 2020;382(1):162–185. [In Russian]. doi: 10.24891/ni.16.1.162

5. Kalininskaya A.A., Malikova L.M. Current problems and ways to reform rural healthcare. *Social Aspects of Public Health.* 2015;44(4):3. [In Russian].

6. Ermolaeva O.V., Erugina M.V., Krom I.L., Kovalev E.P., Bochkareva G.N. Modern problems of the organization of health care to rural population. *Sovremennye problemy nauki i obrazovaniya = Modern Problems of Science and Education.* 2016;(5):76. [In Russian].

7. Rural healthcare in Russia in 2019: Statistical materials. Moscow: Central Research Institute of Organization and Informatization of Healthcare of the Ministry of Health of Russia, 2020. 83 p. [In Russian].

8. Vlasov S.D. Rural healthcare at the turn of the XX–XXI centuries. *Vestnik Saratovskogo gosudarstvennogo socialno-ekonomicheskogo universiteta = Bulletin of the Saratov State Socio-Economic University.* 2013;45(1):117–120. [In Russian].

9. Khasanov F.Z. Problems of reforming and optimizing healthcare in rural areas. *Aktualnye problemy gosudarstva i obshchestva v oblasti obespecheniya prav i svobod cheloveka i grazhdanina = Actual Problems of the State and Society in the Field of Ensuring Human and Civil Rights and Freedoms.* 2017;1:118–121.

10. Strelchenko O.V., Chernyshev V.M., Mingazov I.F. The main indicators of public health and healthcare of the Siberian Federal District in 2018. Collection of statistical and analytical materials. Issue 20. Novosibirsk: Siberian University Publishing House LLC, 2019. 277 p. [In Russian].

11. Strelchenko O.V., Chernyshev V.M., Mingazov I.F. The main indicators of public health and healthcare of the Siberian Federal District in 2020. Collection of statistical and analytical materials. Issue 20. Novosibirsk: Siberian University Publishing House LLC, 2021. 256 p. [In Russian].

12. Kolesnikov A.V. Healthcare in rural areas. *Vestnik selskogo razvitiya i sotsialnoy politiki = Bulletin of Rural Development and Sotsial Policy.* 2019;3(23):30–37. [In Russian].

13. Shamanova L.V., Maslauskene T.P. Problems of medical assistance to village population. *Sibirskiy meditsinskiy zhurnal (Irkutsk) = Siberian Medical Journal (Irkutsk).* 2010;97(6):19–24. [In Russian].

14. Shchepin V.O. The provision of population of the Russian Federation with basic personnel resource

of public health care system. *Problemy sotsial'noy gigieny, zdravookhraneniya i istorii meditsiny = Problems of Social Hygiene, Public Health and History of Medicine*. 2013;6:24–28. [In Russian].

15. Chernyshev V.M., Voevoda M.I., Aizman R.I., Yudanov A.V., Strel'chenko O.V., Domakhina S.V.

Career guidance as a priority in solving the personnel problem in healthcare. *Sibirskiy nauchnyy meditsinskiy zhurnal = Siberian Scientific Medical Journal*. 2021;1:130–139. [In Russian]. doi: 10.18699/SSMJ20210114

Сведения об авторах:

Владимир Михайлович Чернышев, д.м.н., проф., ORCID: 0000-0002-8929-8485,

e-mail: chernyshevladimir@yandex.ru

Михаил Иванович Воевода, д.м.н., проф., академик РАН, ORCID: 0000-0001-9425-413X,

e-mail: mvoevoda@ya.ru

Оксана Владимировна Стрельченко, к.м.н., e-mail: some@fmbansk.ru

Ильдар Файзрахманович Мингазов, ORCID: 0000-0003-1412-4461, e-mail: mif2050@mail.ru

Information about the authors:

Vladimir M. Chernyshev, doctor of medical sciences, professor, ORCID: 0000-0002-8929-8485,

e-mail: chernyshevladimir@yandex.ru

Mikhail I. Voevoda, doctor of medical sciences, professor, academician of the RAS, ORCID: 0000-0001-9425-413X,

e-mail: mvoevoda@ya.ru

Oksana V. Strelchenko, candidate of medical sciences, e-mail: some@fmbansk.ru

Ildar F. Mingazov, ORCID: 0000-0003-1412-4461, e-mail: mif2050@mail.ru

Поступила в редакцию 29.04.2022

После доработки 16.06.2022

Принята к публикации 01.07.2022

Received 29.04.2022

Revision received 16.06.2022

Accepted 01.07.2022