

УДК 614.2

DOI: 10.25742/NRIPH.2021.02.004

ГОСУДАРСТВЕННЫЕ ГАРАНТИИ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ И НОРМЫ ТРУДА В ЗДРАВООХРАНЕНИИ

Щепин В.О.¹, Шипова В.М.¹, Миргородская О.В.¹

¹ *Национальный научно-исследовательский институт общественного здоровья имени Н.А. Семашко, Москва, Российская Федерация*

Ключевые слова:

общественное здоровье, государственные гарантии медицинской помощи, территориальная программа, объем медицинской помощи, планово-нормативные показатели.

Аннотация

Проведенный анализ нормативных правовых документов, касающихся вопросов планирования основных показателей объема медицинской помощи в амбулаторных и стационарных условиях, по различным специальностям и профилям коек на 2020 и 2021 гг., выявил изменения по отдельным профилям и нововведения в нормативно-плановые показатели объемов медицинской помощи. Впервые был установлен объем ряда диагностических исследований, что актуализирует вопросы кадрового обеспечения вспомогательной лечебно-диагностической службы. Выделены ошибочные положения в территориальной программе и положения, противоречащие утвержденным ведомственным приказом по нормам труда. Проведены расчеты планового числа коек по профилям медицинской помощи «акушерское дело», «гериатрия» и «медицинская реабилитация» в Российской Федерации и сопоставление их планируемого и фактического числа. Показано, что для плановых показателей характерны резкие ежегодные перепады, а динамика фактической обеспеченности коечным фондом развивается плавно с сохранением общей тенденции во все годы наблюдений. Таким образом, отсутствует координация планово-нормативных показателей по труду, а практика здравоохранения развивается независимо от них, что свидетельствует о глубоком кризисе в системе планирования объема медицинской помощи.

STATE GUARANTEES OF HEALTH CARE AND WORK STANDARDS IN HEALTHCARE

Shchepin V.O.¹, Shipova V.M.¹, Mirgorodskaya O.V.¹

¹ *N.A. Semashko National Research Institute of Public Health, Moscow, Russian Federation*

Keywords:

public health, state guarantees of medical care, territorial program, scope of medical care, planned and normative indicators.

Abstract

The analysis of regulatory legal documents concerning the planning of the main indicators of the volume of medical care in outpatient and inpatient conditions, for various specialties and profiles of beds for 2020 and 2021, identified changes in individual profiles and innovations in the normative-planned indicators of the volume of medical care. Including for the first time, the volume of a number of diagnostic studies was established, which actualizes the issues of staffing the auxiliary treatment and diagnostic service. The erroneous provisions in the territorial program and provisions that contradict the approved departmental order on labor standards are highlighted. Calculations were made of the planned number of beds for the profiles of medical care of "obstetrics", "geriatrics" and "medical rehabilitation" in the Russian Federation and a comparison of their planned and actual number. It is shown that the planned indicators are characterized by sharp annual drops, and the dynamics of the actual provision of bed capacity develops smoothly with the preservation of the general trend in all years of observation. Thus, there is no coordination of planned and normative labor indicators, and health care practice develops independently of them, which indicates a deep crisis in the system of planning the scope of medical care.

Планово-нормативные показатели объема медицинской помощи используются для определения финансирования здравоохранения, проектирования кадрового обеспечения, развития сети медицинских организаций, определения государственных (муниципальных) заданий, составления штатных расписаний медицинских организаций.

Планирование общего объема медицинской помощи в России осуществляется в последние десятилетия на основе Программы государственных гарантий бесплатного оказания медицинской помощи, утверждаемой постановлением Правительства Российской Федерации на очередной год и плановый период (в дальнейшем изложении – постановление Правительства России)¹, а дифференциация этих данных приводится в письмах Минздрава России², регулирующих вопросы формирования и экономического обоснования территориальных программ государственных гарантий (в дальнейшем изложении – территориальная программа).

Цель исследования

Цель проведенного исследования – анализ нормативно-правовых документов по вопросам планирования объемов медицинской помощи, расчета численности медицинских работников на основе Программы государственных гарантий.

Материал и методы исследования

Материал исследования – нормативно-правовые документы, статистические сборники Министерства здравоохранения России за 2015–2020 гг. «Ресурсы и деятельность медицинских организаций здравоохранения» [1], научная литература. В ходе работы применялись такие методы исследования, как информационно-аналитический, статистический, изучение и обобщение опыта.

Результаты и обсуждение

В данной публикации рассматриваются вопросы, непосредственно связанные с планированием объема медицинской помощи, то есть дан-

ными, используемыми при расчетах численности медицинских работников.

Общий объем медицинской помощи определяется в постановлениях Правительства России на 2020³ и 2021 гг.¹ Следует отметить, что существенных изменений в планируемом объеме медицинской помощи на 2021 г. в соответствии с Программой государственных гарантий не произошло, лишь несколько увеличился объем медицинской помощи в рамках базовой программы обязательного медицинского страхования: число планируемых комплексных посещений для проведения профилактических медицинских осмотров увеличено на 2,6%, число обращений в связи с заболеваниями – на 1% и число случаев лечения в условиях дневных стационаров – на 0,5 %.

В постановлении Правительства России на 2020 г. впервые был установлен объем ряда диагностических исследований. Число этих исследований, планируемых на 2021 г., значительно увеличено по сравнению с 2020 г. (табл. 1).

Увеличение числа магнитно-резонансных томографических исследований в 2,4 раза связано, по-видимому, с заболеванием COVID-19, а увеличение числа молекулярно-генетических исследований для выявления онкологических заболеваний в 1,7 раза обусловлено пристальным вниманием к диагностике этой патологии, особенно на ранней стадии.

Впервые определен объем тестирования на выявление новой коронавирусной инфекции.

При таком увеличении объема диагностических исследований актуальными становятся вопросы кадрового обеспечения вспомогательной лечебно-диагностической службы. При этом прежде всего должны быть разработаны и утверждены нормы времени на соответствующие исследования, поскольку в настоящее время действуют данные, разработанные в прошлом веке и не отвечающие современной оснащенности медицинских организаций современным оборудованием [2, с. 201–219].

¹ Постановление Правительства России от 28.12.2020 № 2299 «О Программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2021 год и на плановый период 2022 и 2023 годов» // Собрание законодательства Российской Федерации. – 2021. – № 2 (часть I). – Ст. 384.

² Письмо Минздрава России от 31.12.2020 № 11-7/И/2-20700 «О направлении разъяснений по вопросам формирования и экономического обоснования территориальных программ государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2021 год и на плановый период 2022 и 2023 годов, включая подходы к определению дифференцированных нормативов объема медицинской помощи». Архив Министерства здравоохранения Российской Федерации. 2020.

³ Постановление Правительства России от 07.12.2019 № 1610 «О Программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2020 год и на плановый период 2021 и 2022 годов». // Собрание законодательства Российской Федерации. – 2019. – № 51 (часть I). – Ст. 7606.

Таблица 1

Гарантированный объем исследований
(на 1 застрахованного) на 2020 и 2021 гг.

Наименование исследования	Число исследований		
	на 2020	на 2021	2021 / 2020, %
КТ	0,0275	0,02833	102,9
МРТ	0,0119	0,02833	238,1
УЗИ сердечно-сосудистой системы	0,1125	0,11588	103,0
Эндоскопические исследования (диагностические)	0,0477	0,04913	103,0
Гистологические (выявление онкологических заболеваний)	0,0501		
Молекулярно-генетические (выявление онкологических заболеваний)	0,0007	0,001184	169,1
Патологоанатомическое исследование биопсийного (операционного) материала (диагностика онкологических заболеваний)		0,01431	
Тестирование на выявление COVID-19	-	0,12441	

Дифференциация плано-нормативных данных объема медицинской помощи по специальностям и профилям отделений, а также по крупным возрастным группам населения (взрослые, дети) представляется в территориальных программах. Так, традиционным показателем объема медицинской помощи в амбулаторных условиях было «посещение». С 2013 г. в качестве основного плано-нормативного показателя было провозглашено «обращение» в связи с заболеванием, а «посещения» использовались только при планировании профилактической деятельности (с 2019 г. и этот показатель исчез из территориальных программ). С 2013 г. и по настоящий период времени плано-нормативные данные в территориальных программах не приводятся по отдельным специальностям ни в числе посещений, ни в числе обращений.

В территориальных программах указано среднее число посещений по поводу заболеваний при одном обращении, т.е. данные, которые могут быть использованы в нормировании труда для перерасчета затрат времени на посещения в затраты времени на обращение по поводу заболевания. Показатели приводятся в Приложении 11 к территориальной программе на 2020 г. и в таком же Приложении к территориальной программе на 2021 г.

Судьба таблицы, в которой представлены эти данные, весьма интересна и поучительна. Впер-

вые она была представлена в Рекомендациях Минздрава и ФФОМС в конце 2012 г.⁴

В пояснениях к этой таблице указано, что «при расчете относительного коэффициента стоимости обращения по поводу заболеваний к специалистам учтены относительные коэффициенты стоимости одного посещения по специальностям, рекомендуемые письмом Минздравсоцразвития России от 22.12.2011 № 20-2/10/1-8234 «О формировании и экономическом обосновании территориальной программы государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи на 2012 год»³. Таким образом, если расчеты проводятся на основе показателей, рекомендуемых территориальной программой на 2012 г., то структура посещений должна также соответствовать плано-нормативным данным этой программы. В этом случае среднее число посещений при одном обращении должно быть взвешено по этой структуре и должно составлять не 2,9, как представлено в таблице, а 3,1. Такая ошибка влечет за собой и дальнейшие ошибочные данные в финансовых нормативах.

В последующем данная таблица без изменений стала приводиться во всех территориальных программах, но уже без объяснений того, какие

⁴ Письмо Минздрава России от 20.12.2012 № 14-6/10/2-5305 «О направлении рекомендаций "Способы оплаты медицинской помощи в рамках программы государственных гарантий на основе групп заболеваний, в том числе клинико-статистических групп болезней (КСГ)"» Архив Министерства здравоохранения Российской Федерации. 2012.

данные при этом применялись. И теперь у пользователя этой таблицы, не знающего историю ее составления, может сложиться ложное впечатление о новых данных, используемых в этой таблице. Неоднократно отмечаемые недостатки этой таблицы, приводимые в литературе [3, с. 64–67] и состоящие в методических и арифметических ошибках, не учтены авторами территориальных программ, и в последних по датам утверждения территориальных программ данная таблица приведена без изменений, в том числе и в анализируемых в данной публикации территориальных программах на 2020 г. и на 2021 г.

В территориальных программах приводятся и другие данные по амбулаторно-поликлинической помощи, противоречащие утвержденным ведомственным приказом по нормам труда. В частности, это касается типовых норм времени на посещение. В территориальных программах, начиная с письма Минздрава России на 2014 г.⁵, указывается, что «рекомендуемый норматив времени на 1 посещение участкового терапевта, врача общей практики (в соответствии с номенклатурой – врач общей практики (семейный врач. – Авторы)), участкового педиатра составляет в среднем 20 мин.». Эти данные являлись актуальными для того периода времени, когда отсутствовали типовые нормы времени на посещения. В середине 2015 г. отдельным приказом⁶ были утверждены типовые нормы времени на указанные посещения. Но, величина показателей не совпадает с данными в территориальной программе. Однако, несмотря на этот новый приказ и замечания, высказываемые по этому поводу в литературе [4, с. 21–23], указания относительно норм времени на посещения полностью повторяются во всех последующих территориальных программах, в том числе и в документах на 2020 г. и на 2021 г.

В отношении больничной помощи, начиная с документов на 2014 год, был введен в качестве основного новый планово-нормативный пока-

⁵ Письмо Минздрава России от 08.11.2013 № 11-9/10/2-8309 «О формировании и экономическом обосновании территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2014 год и на плановый период 2015 и 2016 годов». Архив Министерства здравоохранения Российской Федерации. 2013.

⁶ Приказ Минздрава России от 02.06.2015 № 290н «Об утверждении типовых отраслевых норм времени на выполнение работ, связанных с посещением одним пациентом врача-педиатра участкового, врача-терапевта участкового, врача общей практики (семейного врача), врача-невролога, врача-оториноларинголога, врача-офтальмолога и врача-акушера-гинеколога». Архив Министерства здравоохранения Российской Федерации. 2015.

затель - случай госпитализации (законченный случай лечения). Однако в территориальных программах по-прежнему объемы специализированной медицинской помощи в условиях стационара приводятся в виде рекомендуемого числа случаев госпитализации, числа койко-дней и средней длительности пребывания пациента. Такое решение вполне обосновано, поскольку показатель госпитализации – лишь одно звено общей цепи планирования медицинской помощи, оказываемой в стационаре.

Сравнительные данные по территориальным программам на 2020 г. и на 2021 г. приведены в табл. 2.

Обращает на себя внимание достаточно большое количество арифметических ошибок в территориальной программе на 2021 год. Так, приводимое число койко-дней, как результат умножения рекомендуемого показателя случаев госпитализации на среднюю длительность пребывания в стационаре, выполнено с арифметическими ошибками по подавляющему числу профилей медицинской помощи, поэтому в таблице 4 в скобках приведены истинные результаты проведенных нами умножений. Такие ошибки создают впечатление о том, что в таблицу документа включены какие-то черновики расчетов, не исправленные, к сожалению, и к настоящему времени.

Общее число койко-дней в планах на 2021 г. уменьшилось по сравнению с 2020 г. примерно на 4%. По изменениям, которые произошли по отдельным профилям, можно выделить следующие группы:

- увеличение показателя примерно на 10–15%. К этой группе относятся: урология, торакальная хирургия, сердечно-сосудистая хирургия, пульмонология, ревматология;

- примерно такое же уменьшение показателя. В эту группу входят: педиатрия, хирургия, онкология, нефрология;

- изменения показателя составляют более значительные цифры. Эта группа состоит из следующих профилей медицинской помощи: уменьшение числа койко-дней по профилю «акушерское дело» с 40,88 до 8,33 койко-дней на 1000 населения; уменьшение числа койко-дней по профилю «медицинская реабилитация» с 82,5 до 46,13 на 1 000 нас.; увеличение числа койко-дней по профилю «гериатрия» с 3,60 до 8,57 на 1 000 нас.

Таблица 2

Рекомендуемые объемы специализированной медицинской помощи
в стационарных условиях по профилям медицинской помощи на 2021 г. в сравнении с 2020 г.

Профиль	Рекомендуемое число случаев госпитализации (на 1 000. нас.) на:		Используемая при расчете сред. длит-ть госпитализации 1 пациента (дн.) на:		Рекомендуемое число койко-дней (<i>круглосут. пребывания</i>) на 1 000 нас. на:		
	2021	2020	2021	2020	2021	2020	2021/2020, %
Акушерское дело	1,5	7,30	5,6	5,6	8,33 (8,4)	40,88	20,4
Акушерство и гинекология	26,5	26,53	6,6	6,6	174,93 (174,90)	175,1	99,9
Аллергология и иммунология	0,5	0,45	10,1	10,1	4,55 (5,05)	4,55	100
Гастроэнтерология	2,2	2,10	10,8	10,8	22,68 (23,76)	22,68	100
Гематология	0,8	0,80	13,0	13,0	10,13 (10,4)	10,40	97,4
Гериатрия	0,6	0,20	14,0	14,0	8,57 (8,4)	3,60	238,5
Дерматовенерология (дерматолог. койки)	0,9	1,00	12,3	12,3	11,55 (11,07)	12,30	93,9
Инфекционные болезни	11,7	12,0	7,1	7,1	83,06 (83,07)	85,20	97,5
Кардиология	9,7	10,0	10,8	10,8	104,97 (104,76)	108,0	97,2
Колопроктология	1,0	0,8	9,9	9,9	9,95 (9,90)	7,92	125,6
Медицинская реабилитация	2,8	5,00	16,5	16,5	46,13 (46,2)	82,50	55,9
Неврология	12,2	11,70	12,1	12,1	147,81 (147,62)	141,57	104,4
Нейрохирургия	2,7	2,42	10,7	10,7	28,89	25,89	100
Неонатология	1,9	2,10	12,1	12,1	23,47 (22,99)	25,41	92,4
Нефрология	1,1	1,18	11,5	11,5	12,42 (12,65)	13,57	91,5
Онкология, радиология, радиотерапия	9,1	10,01	10,8	10,8	98,41(98,28)	108,11	91,0
Оториноларингология	3,9	4,1	7,6	7,6	29,76 (29,64)	31,16	95,5
Офтальмология	4,8	5,35	6,8	6,8	32,78 (32,64)	36,38	90,1
Педиатрия	7,2	8,70	8,6	8,6	61,79 (61,92)	74,82	82,6
Пульмонология	3,3	3,0	11,3	11,3	37,67(37,29)	33,90	111,1
Ревматология	1,1	1,0	13,1	13,1	14,82 (14,41)	13,10	113,1
Сердечно-сосудистая хирургия (кардио-хирург. койки)	1,5	1,34	9,7	9,7	14,52 (14,55)	13,0	111,7
Сердечно-сосудистая хирургия (койки сосудистой хирургии)	1,4	1,26	10,3	10,3	14,52 (14,42)	12,98	111,9
Терапия	18,8	18,97	10,1	10,1	190,28 (189,88)	190,28	100
Травматология и ортопедия	8,4	8,10	11,1	11,0	93,05 (93,24)	89,91	103,5

Профиль	Рекомендуемое число случаев госпитализации (на 1 000. нас.) на:		Используемая при расчете сред. длительность госпитализации 1 пациента (дн.) на:		Рекомендуемое число койко-дней (круглосут. пребывания) на 1 000 нас. на:		
	2021	2020	2021	2020	2021	2020	2021/2020, %
Урология (в т.ч. детская урология-андрология)	5,8	5,05	8,9	8,9	51,74 (51,62)	44,95	115,1
Хирургия (комбустиология)	0,3	0,35	13,5	13,5	4,28 (4,05)	4,73	90,5
Торакальная хирургия	0,4	0,40	13,3	13,3	5,94 (5,32)	5,32	111,7
Хирургия (в т.ч. абдом. хирургия, трансплантация органов и тканей, костного мозга и гемопоэт. стволовых клеток, пластическая хирургия)	19,8	21,75	8,9	8,9	175,79 (176,22)	193,58	90,8
Челюстно-лицевая хирургия, стоматология	1,3	1,25	7,7	7,7	9,83 (10,01)	9,63	102,1
Эндокринология	2,2	1,90	11,6	11,6	25,04 (25,52)	25,04	100,0
Всего по базовой программе ОМС	165,59	176,71	9,4	9,2	1559,93 (1556,55)	1652,35	94,4
в т.ч. для фед. мед. организаций 3 уровня							
Психиатрия	4,80	4,80	66,2	66,2	317,76	317,76	100,0
Психиатрия-наркология	5,00	5,00	14,5	14,5	72,50	72,50	100,0
Фтизиатрия	1,50	1,50	92,9	92,9	139,35	139,35	100,0
Дерматовенерология (венерол. койки)	0,50	0,50	15,0	15,0	7,50	7,50	100,0
Прочие профили, незастр. лица	2,8	2,80	8,0	8,0	22,40	22,40	100,0
Всего за счет бюджета субъекта РФ	14,6	14,60	38,3	38,8	559,51	559,51	100,0
Всего по специал. мед. помощи в стационарных условиях	180,19	191,31	11,8	11,6	2 119,04 (2126,24)	2211,86	95,8

Такие значимые изменения показателей в течение одного года могут быть связаны либо с резкими скачками заболеваемости населения, что возможно только в условиях возникновения чрезвычайных ситуаций, либо внедрением новых технологий в лечение и диагностику заболеваний, переносом акцентов в процессе лечения пациентов со стационарного этапа на амбулаторный или стационарзамещающие технологии, либо с ошибками в планировании.

Для изучения причин изменения планово-нормативных показателей нами проведен анализ динамики этих данных. Эти показатели по профилям «гериатрия» и «медицинская реабилитация» на фоне изменения общего числа койко-дней по базовой программе ОМС отражены на рис. 1.

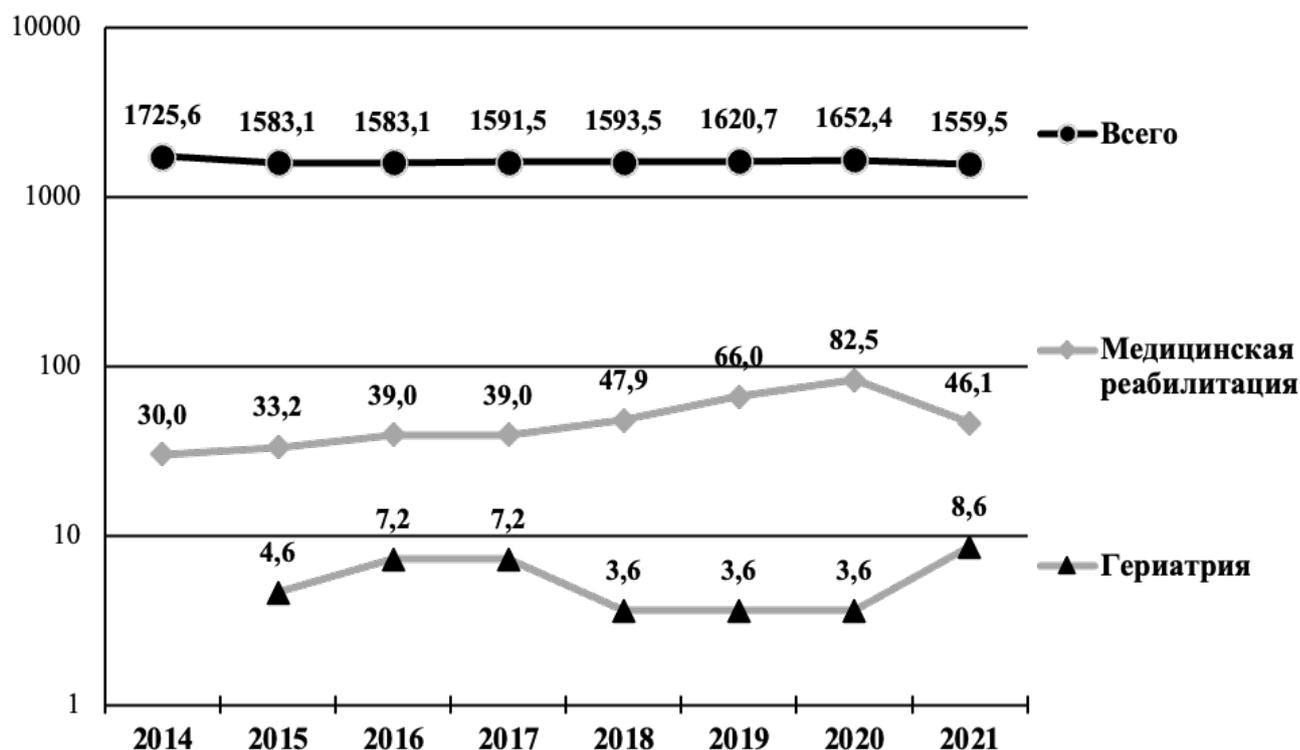


Рис. 1. Динамика планового числа койко-дней по профилям «медицинская реабилитация», «гериатрия» и всего (в рамках базовой программы ОМС) на 1 000 населения.

Как видно на рисунке, при общем довольно стабильном плановом числе койко-дней за весь период наблюдения (уменьшение составило менее 10%), число койко-дней по медицинской реабилитации неуклонно нарастало ежегодно, при этом наиболее высокими темпами с 2017 г. Медицинской реабилитации придается в последние годы важное значение. Этому способствует и специально изданный приказ⁷, увеличивающий штатно-нормативное обеспечение медицинским персоналом. Значимость медицинской реабилитации повышается и в связи с необходимостью проведения соответствующих реабилитационных мероприятий, в том числе и в стационарных условиях, после перенесенной коронавирусной инфекции. Более того, в постановлениях Правительства России в рамках базовой программы ОМС рекомендуется показатель 0,005 случая госпитализации на 1 застрахованное лицо для медицинской реабилитации в специализированных медицинских организациях, оказывающих медицинскую помощь по профилю «медицинская реабилитация», и реабилитационных отделениях. Однако, это положение оказалось невыполненным территориальной про-

⁷ Приказ Минздрава России от 31.07.2020 № 788н «Об утверждении Порядка организации медицинской реабилитации взрослых». Архив Министерства здравоохранения Российской Федерации. 2020.

граммой на 2021 г., и совершенно неожиданным образом, число койко-дней уменьшено, причем за счет уменьшения числа случаев госпитализации с 5,0 в 2020 г. до 2,8 на 1000 жителей, в 2021 г.

Гериатрия, как профиль медицинской помощи, была выделена впервые в территориальной программе на 2015 г. Число койко-дней первоначально составляло 4,6 койко-дня на 1 000 нас., затем было увеличено до 7,2, в дальнейшем в планах на 2018 и в последующих территориальных программах – уменьшено до 3,6 койко-дней на 1 000 жит., а в планах на 2021 г. – увеличено до 8,6, то есть в 2,4 раза.

Особого рассмотрения требует снижение планово-нормативного числа случаев госпитализации по акушерскому делу. Этот показатель неразрывно связан с уровнем рождаемости, который претерпевает значительные изменения в последние годы (рис. 2).

Как видно из данных на рисунке 2, отмечается увеличение уровня рождаемости, начиная с 2005 г. и до 2012 г., затем – стабилизация до 2016 г. При этом планово-нормативный уровень госпитализации оставался неизменным до 2014 г. и составлял 7,8 на 1000 населения. В 2015 г. вместо ожидаемого увеличения планово-нормативного уровня

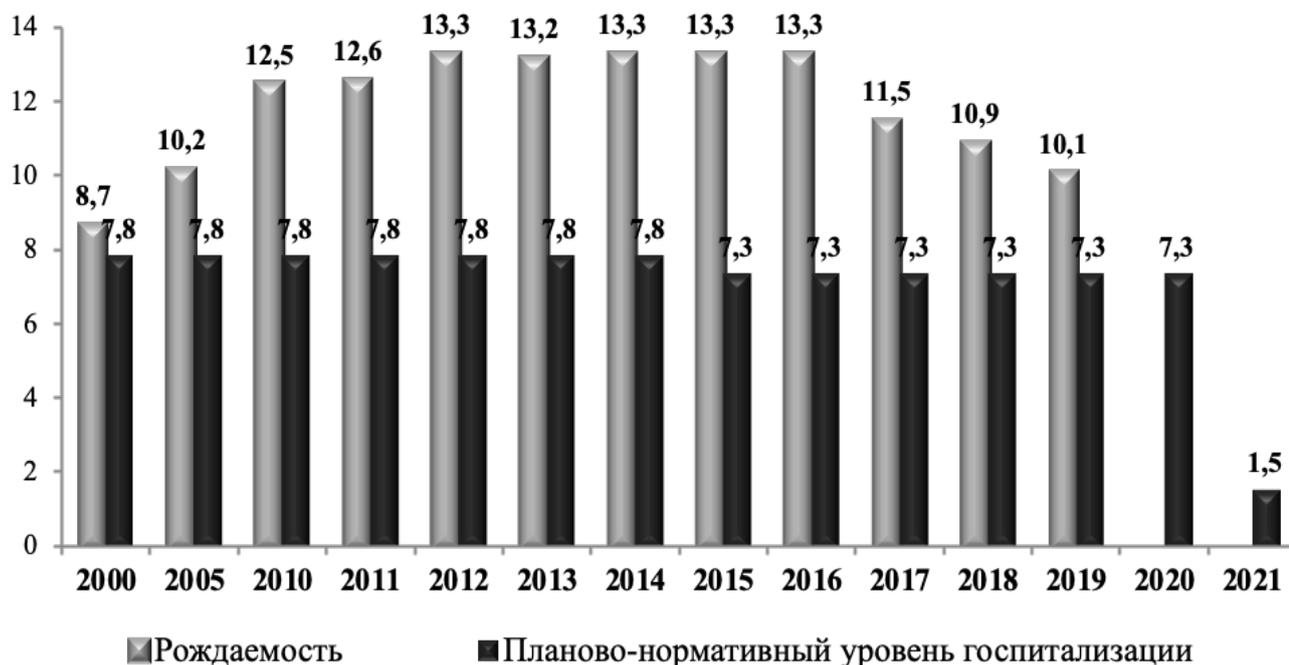


Рис. 2. Уровень рождаемости в России и планово-нормативный показатель госпитализации по профилю «акушерство и гинекология» (койки для беременных и рожениц) на 1 000 населения.

госпитализации этот показатель снизился до 7,3. Основной причиной снижения рождаемости, наблюдаемой с 2017 г., является вступление в репродуктивный возраст тех, кто родился в годы низкой рождаемости в стране. Однако в планах до 2020 г. уровень госпитализации оставался прежним – 7,3 случая на 1000 населения. Планируемый уровень госпитализации на 2021 г. обозначен как 1,5, то есть показатель по непонятным причинам уменьшен почти в 5 (!) раз, что вряд ли можно объяснить снижением репродуктивной активности, связанной с пандемией COVID-19.

Характер изменения числа планируемых койко-дней, скачкообразный и трудно объяснимый какими-либо объективными причинами, определяет целесообразность их сравнения с фактическими показателями обеспеченности коечным фондом. Как известно, статистика здравоохранения содержит фактические данные по абсолютному числу коек и в расчете на 10 тыс. населения. Следовательно, в целях получения сопоставимых показателей, плановое число койко-дней необходимо пересчитать в число коек. Основы для таких пересчетов были сформулированы в Методических рекомендациях Минздрава СССР⁸.

⁸ Письмо Минздрава СССР от 08.04.1974 № 02-14/19 «О направлении "Методических рекомендаций по повышению эффективности и анализу использования коечного фонда стационаров лечебно-профилактических учреждений"». Архив Министерства здравоохранения Российской Федерации. 1974.

В настоящее время алгоритмы этих действий представлены в территориальных программах. Итоги проведенных расчетов планового числа коек в сопоставлении с фактическими данными на примере гериатрии представлены на рис. 3. Представленные изменения фактического коечного фонда определены на основании данных из сборников статистических материалов ФГБУ «ЦНИИОИЗ» Минздрава России [1].

Исходя из представленных на рисунке 3 данных, фактическое число коек во все годы наблюдений превышает планируемые данные. Практика здравоохранения не ответила на планируемое уменьшение коечного фонда в 2018 г. по сравнению с 2017 г. Напротив, именно в этот период времени темпы роста обеспеченности коечным фондом увеличились, такая тенденция сохранилась и в последующем. Поступательное развитие коечного фонда продолжилось.

Таким образом, проведенные сравнения расчетного планируемого по территориальным программам коечного фонда и фактических данных подтверждают ранее высказанный тезис о том, что для плановых показателей характерны резкие ежегодные перепады, не обусловленные ни показателями заболеваемости, ни новыми технологиями лечебно-диагностического процесса, а динамика фактической обеспеченности коечным

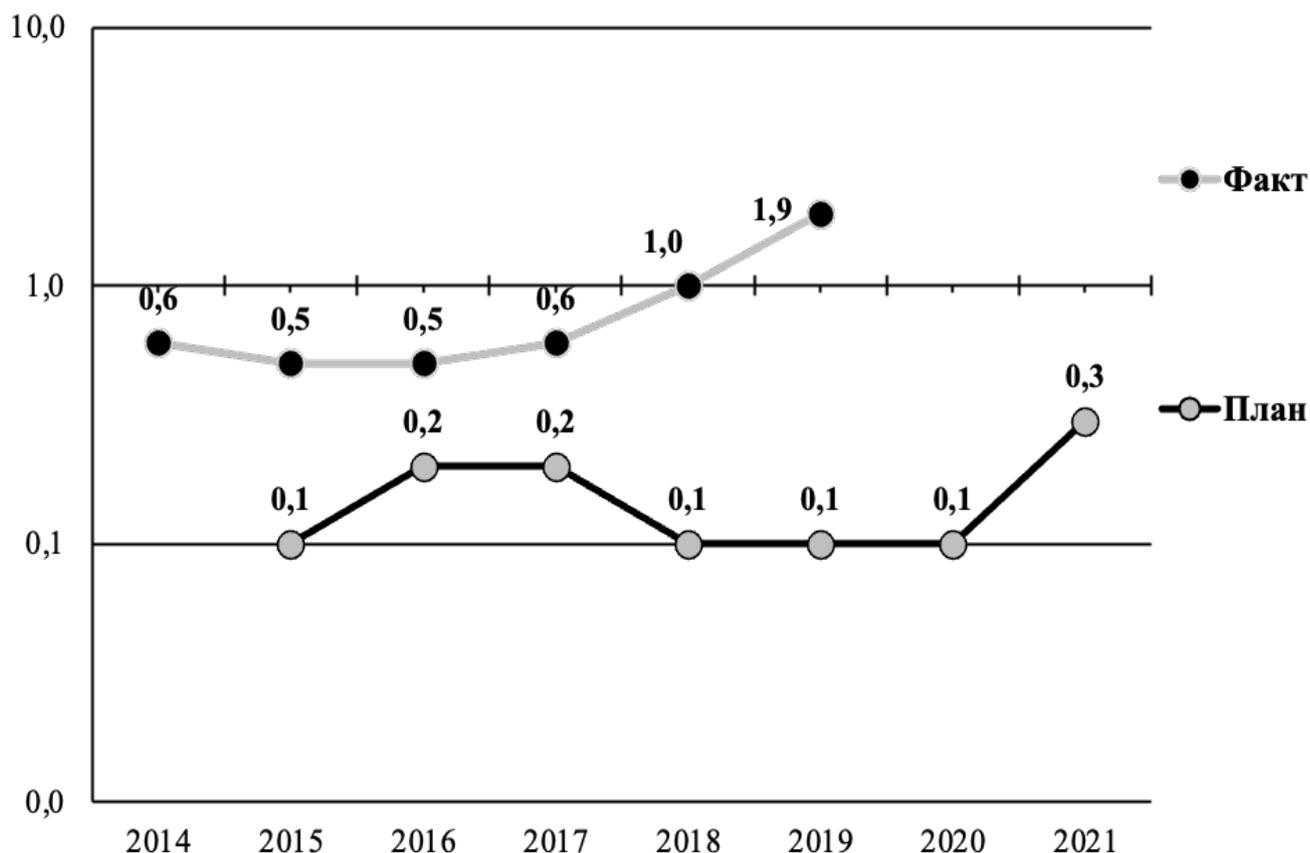


Рис. 3. Динамика планового и фактического числа коек по профилю «гериатрия» на 10000 населения.

фондом развивается плавно с сохранением общей тенденции во все годы наблюдений. Практика здравоохранения не реагирует на резкие ежегодные колебания планово-нормативных данных [5, с. 83–84].

Заключение

Проведенный анализ выявил ряд противоречий между разными документами по гарантированному государством объему медицинской помощи на краткосрочную перспективу, представленными постановлениями Правительства России и территориальными программами. Отсутствует координация этих документов и с планово-нормативными данными по труду. Практика здравоохранения развивается независимо от планово-нормативных показателей. Все это свидетельствует о глубоком кризисе в системе планирования объема медицинской помощи.

СПИСОК ИСПОЛЬЗУЕМОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

1. Ресурсы и деятельность медицинских организаций здравоохранения (статистические материалы). – М.: ЦНИИОИЗ, 2020. – 56 с.
2. Шипова В.М. Организация и технология нормирования труда в здравоохранении / В.М. Шипова. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2018. – 312 с.
3. Хабриев Р.У. Государственные гарантии медицинской помощи / Р.У. Хабриев, В.М. Шипова, В.С. Маличенко. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2017. – 232 с.
4. Шипова В.М. Нормы труда медицинских работников поликлиник: иллюзии и реальность / В.М. Шипова. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2018. – 168 с.
5. Шипова В.М. Современные проблемы планирования численности медицинских работников больничных учреждений / В.М. Шипова. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2019. – 96 с.

REFERENCES

1. *Resursy i deyatel'nost' meditsinskikh organizatsiy zdavookhraneniya (Statisticheskie materialy)* [Resources and activities of medical healthcare organizations (Statistical materials)]. Moscow, Federal Research Institute for Health Organization and Informatics, 2020. 56 p. (in Russian).
2. Shipova V.M. *Organizatsiya i tekhnologiya normirovaniya truda v zdavookhraneni* [Organization and technology of labor rationing in health care]. Moscow, GEOTAR-Media, 2018. 312 p. (in Russian).
3. Khabriev R.U., Shipova V.M., Malichenko V.S. *Gosudarstvennye garantii meditsinskoy pomoshchi* [State guarantees of medical care]. Moscow, GEOTAR-Media, 2017. – 232 p. (in Russian).
4. Shipova V.M. *Normy truda meditsinskikh rabotnikov poliklinik:illyuzii i real'nost'* [Labor standards of medical workers in polyclinics: illusions and reality]. Moscow: GEOTAR-Media, 2018. 168 p. (in Russian).
5. Shipova V.M. *Sovremennye problemy planirovaniya chislennosti meditsinskikh rabotnikov bol'nichnykh uchrezhdeniy* [Modern problems of planning the number of medical workers in hospital institutions]. Moscow, GEOTAR-Media, 2019. 96 p. (in Russian).

ИНФОРМАЦИЯ ОБ АВТОРАХ

Щепин Владимир Олегович – главный научный сотрудник, Национальный научно-исследовательский институт общественного здоровья имени Н.А. Семашко, член-корреспондент Российской Академии Наук, доктор медицинских наук, профессор, Москва, Российская Федерация;
e-mail: shchepin131@mail.ru
ORCID: 0000-0002-0657-7623
Author ID 485589

Шипова Валентина Михайловна – главный научный сотрудник, Национальный научно-исследовательский институт общественного здоровья имени Н.А. Семашко, доктор медицинских наук, профессор, Москва, Российская Федерация; e-mail: vschipova@yandex.ru
ORCID: 0000-0002-8957-921X
Author ID 481681

Миргородская Ольга Владимировна – старший научный сотрудник, Национальный научно-исследовательский институт общественного здоровья имени Н.А. Семашко, кандидат медицинских наук, Москва, Российская Федерация; e-mail: omirgorodskaya@mail.ru
ORCID: 0000-0002-4327-148X
Author ID 718602

AUTHORS

Vladimir Shchepin – Chief Researcher, N.A. Semashko National Research Institute of Public Health, Moscow, Russian Federation, Corresponding Member of the Russian Academy of Sciences, Doctor habil. in Medicine, Professor, Moscow, Russian Federation; e-mail: shchepin131@mail.ru
ORCID: 0000-0002-0657-7623
Author ID 485589

Valentina Shipova – Chief Researcher, N.A. Semashko National Research Institute of Public Health, Doctor habil. in Medicine, Professor, Moscow, Russian Federation; e-mail: vschipova@yandex.ru
ORCID: 0000-0002-8957-921X
Author ID 481681

Olga Mirgorodskaya – Senior Researcher, N.A. Semashko National Research Institute of Public Health, PhD in Medicine, Moscow, Russian Federation; e-mail: omirgorodskaya@mail.ru
ORCID: 0000-0002-4327-148X
Author ID 718602