ТЕРРИТОРИЯ: ФАКТЫ, ОЦЕНКИ, ПЕРСПЕКТИВЫ

TERRITORY: FACTS, ASSESSMENTS, PROSPECTS

Развитие территорий. 2021. № 4. С. 55—72.

Territory Development. 2021;(4):55—72.

Территория: факты, оценки, перспективы

Научная статья

УДК 338

DOI: 10.32324/2412-8945-2021-4-55-72

НАЦИОНАЛЬНЫЙ ПРОЕКТ «ЗДОРОВЬЕ» В ЮЖНО-СИБИРСКОМ МАКРОРЕГИОНЕ

Ольга Витальевна Молчанова

Агентство инвестиционного развития Новосибирской области, Новосибирск, Российская Федерация, molv@air-nso.ru

Аннотация. В статье представлены и обсуждаются проблемы реализации национальных проектов, направленных на укрепление и сбережение народного здоровья, улучшение деятельности здравоохранения на примере Южно-Сибирского макрорегиона, включающего Новосибирскую, Омскую, Томскую, Кемеровскую области, Алтайский край и Республику Алтай; акцент сделан на сравнительном анализе состояния и динамики основных индикаторов здоровья, показателей развития систем здравоохранения субъектов макрорегиона; в качестве информационной базы использованы открытые данные государственной статистики, информация, размещенная на сайтах органов власти субъектов Российской Федерации, рейтинги территорий, авторские оценки происходящих процессов; сделаны выводы и даны рекомендации.

Ключевые слова: Национальные проекты, Южно-Сибирский макрорегион, здоровье, здравоохранение, система показателей, индикаторы, нормативы

Для цитирования: Молчанова О. В. Национальный проект «Здоровье» в Южно-Сибирском макрорегионе // Развитие территорий. 2021. № 4. С. 55—72. DOI: 10.32324/2412-8945-2021-4-55-72

Territory: facts, assessments, prospects

Original article

NATIONAL PROJECT “HEALTH” IN THE SOUTH SIBERIAN MACROREGION

Olga V. Molchanova

Investment Development Agency of the Novosibirsk Region, Novosibirsk, Russian Federation, molv@air-nso.ru

Abstract. The article presents and discusses the problems of implementing national projects aimed at strengthening and preserving public health, improving healthcare activities on the example of the South Siberian macroregion, including the Novosibirsk, Omsk, Tomsk, Kemerovo regions, Altai Krai and the Altai Republic; emphasis is placed on a comparative analysis of the state and dynamics of the main health indicators, indicators of the development of health systems of the subjects of the macroregion; open data of state statistics, information posted on the websites of the authorities of the subjects of the Russian Federation, ratings of territories, author's assessments of ongoing processes; conclusions and recommendations are made.

Keywords: National projects, South Siberian macroregion, health, healthcare, system of indicators, indicators, standards

For citation: Molchanova O. V. National project “Health” in the South Siberian macroregion. *Territory Development*. 2021;(4):55—72. (In Russ.). DOI: 10.32324/2412-8945-2021-4-55-72

Актуальность, периодизация, объект исследования

Российская Федерация, как и другие страны, в рамках социально-демографической политики уделяет внимание развитию системы здравоохранения, в том числе и в региональном разрезе. Это обусловлено как социально-экономическими,

политическими факторами, так и запросами населения. Особенно актуальной сфера здравоохранения стала в 2020 г. в связи с пандемией. Опрос, проведенный Высшей школой экономики в 59 регионах страны [1], показал, что 65 % респондентов считали необходимым увеличить расходы государства на развитие больниц и повышение зарплаты медперсонала; в 2018 г. приоритет здравоохранению отдали 52 % опрошенных. Участ-

ники опроса высказались за усиление профилактики заболеваний, увеличение численности врачей и повышение их квалификации.

Такие проблемы уже вставали перед Правительством России неоднократно, и для их решения использовали программно-целевой подход. Можно выделить три ключевые временные точки запуска организационных механизмов решения крупных управленческих проектов, в том числе направленных на улучшение народного здоровья, в постсоветский период:

2005 г. — четыре приоритетных национальных проекта: «Здоровье» (ПНПЗ), «Образование», «Развитие АПК», «Доступное и комфортное жилье — гражданам России»;

2012 г. — 11 майских указов Президента Российской Федерации, в том числе указы от 7 мая 2012 г. № 597 «О мероприятиях по реализации государственной социальной политики» [2] и № 598 «О совершенствовании государственной политики в сфере здравоохранения» [3];

2018 г. — 12 национальных проектов, в том числе «Здравоохранение» и «Демография».

Задачами ПНПЗ были определены: укрепление здоровья граждан, повышение доступности и качества медицинской помощи, развитие первичной медицинской помощи, возрождение профилактического направления в здравоохранении, обеспечение населения высокотехнологичной медицинской помощью. В регионах в рамках ПНПЗ осуществлялась дополнительная подготовка и переподготовка медицинских работников, проведено повышение оплаты их труда, поставлено диагностическое и лабораторное оборудование, введены родовые сертификаты. Был создан совет при президенте по реализации национальных проектов, введены специальные строчки по направлениям в бюджетной классификации.

В рамках майских указов 2012 г. в разрезе регионов были установлены задания по повышению продолжительности жизни, снижению заболеваемости и смертности населения по основным классам болезней, повышению заработной платы врачей, среднего и младшего медицинского персонала по отношению к уровню средней зарплаты по региону. Внедрена систематическая обязательная отчетность регионов в системе ГАС «Управление».

Для достижения поставленных национальных целей в 2018 г. было определено использование проектного управления, проведено обучение кадров, предусмотрены разработка и внедрение специального программного обеспечения для контроля хода реализации, поступления и расходования бюджетных средств. Были разработаны и утверждены федеральные и региональные проекты, предполагающие взаимную увязку целей, задач, сроков и финансирования за счет бюджетных и внебюджетных средств.

Каждый последующий этап (2005—2012, 2012—2018, 2018 по настоящее время) учитывал основные достижения и проблемы предыдущих, современные подходы и методики лечения,

управления, финансовые возможности государства и приоритеты домохозяйств.

Большинство авторов, занимающихся этой тематикой, отмечают, что независимо от формата и организационных структур целевые показатели не достигались или не выполнялись сроки достижения [см., например: 2 ; 3]. Вместе с тем необходимость комплексных мер и их положительное влияние (даже в случае неполной реализации) не оспаривались.

Нами собраны, систематизированы и проанализированы имеющиеся в открытых источниках материалы по этим трем этапам (сайты органов государственной власти федерального и регионального уровня, органов государственной статистики, исследования специалистов). В связи с большим объемом результатов наших исследований в данной публикации акцент сделаем на проект третьего этапа (Здравоохранение) в разрезе Южно-Сибирского региона (табл. 1—10).

Национальный проект «Здравоохранение»

Новые национальные проекты были разработаны по единой методике и утверждены в конце 2018 г. на федеральном уровне со сроком реализации 1 января 2019 г. — 31 декабря 2024 г., размещены на сайтах Правительства России, профильных федеральных органов управления. Были подготовлены иллюстративные материалы для граждан, позволяющие охарактеризовать цели и целевые показатели, включая базовые значения и по годам реализации, бюджет национального проекта и его источники. В состав национального проекта «Здравоохранение» включены следующие федеральные проекты: «Развитие системы оказания первичной медико-санитарной помощи», «Борьба с сердечно-сосудистыми заболеваниями», «Борьба с онкологическими заболеваниями», «Развитие детского здравоохранения, включая создание современной инфраструктуры оказания медицинской помощи детям», «Обеспечение медицинских организаций системы здравоохранения квалифицированными кадрами», «Развитие сети национальных медицинских исследовательских центров и внедрение инновационных медицинских технологий», «Создание единого цифрового контура в здравоохранении на основе единой государственной информационной системы здравоохранения (ЕГИСЗ)», «Развитие экспорта медицинских услуг».

В федеральных проектах предусмотрена расшифровка всех показателей по регионам и годам реализации. В соответствии с федеральными проектами в субъектах Российской Федерации были разработаны и утверждены региональные проекты, которые могли предусматривать дополнительные показатели и мероприятия, финансируемые из бюджета субъекта и внебюджетных источников (за исключением федерального проекта по национальным исследовательским центрам, так как они находятся в федеральном подчинении). Региональные проекты также были в основном разработаны по единой методике и размеще-

ны на официальных сайтах регионов и профильных органов исполнительной власти субъектов Российской Федерации. Нами были изучены материалы региональных проектов, проведен анализ их параметров в сравнении с показателями федеральных проектов и других регионов. Рассмотрим данные по каждому проекту, по ряду проектов — выборочные, так как некоторые показатели, по нашему мнению, не представляют значительный интерес за пределами медицинского сообщества. Рассмотрены региональные проекты в первоначальной редакции, утвержденной до начала пандемии COVID-19, которая, безусловно, оказала существенное влияние на реализацию проектов.

В паспорте федерального проекта «Развитие системы оказания первичной медико-санитарной помощи» в качестве целей указаны: обеспечение

оптимальной доступности для населения (в том числе для жителей населенных пунктов, расположенных в отдаленных местностях) медицинских организаций, оказывающих первичную медико-санитарную помощь; обеспечение охвата всех граждан профилактическими медицинскими осмотрами не реже одного раза в год; оптимизация работы медицинских организаций, оказывающих медико-санитарную помощь, сокращение времени ожидания в очереди при обращении граждан в указанные медицинские организации, упрощение процедуры записи на прием к врачу; формирование системы защиты прав пациентов. Содержится два основных и семь дополнительных показателей, они приведены и во всех региональных проектах. Рассмотрим четыре показателя этого проекта (табл. 1).

Таблица 1

Данные региональных проектов по оказанию первичной медицинской помощи в 2017—2024 гг.
Data from regional primary care projects in 2017—2024

Регион	31 дек. 2017	2019	2020	2021	2022	2023	2024
1. Число граждан, прошедших профилактические осмотры, млн человек							
Российская Федерация	58,400	61,390	63,830	66,200	78,600	87,60	102,740
Республика Алтай	0,100	0,102	0,106	0,111	0,119	0,133	0,156
Алтайский край	1,290	1,318	1,328	1,366	1,427	1,464	1,591
Кемеровская область	0,945	1,072	1,119	1,164	1,407	1,561	1,820
Новосибирская область	1,096	1,172	1,213	1,276	1,525	1,710	2,016
Омская область	0,860	0,887	0,916	0,945	1,042	1,160	1,357
Томская область	0,260	0,303	0,325	0,347	0,468	0,600	0,766
2. Доля впервые в жизни установленных неинфекционных заболеваний, выявленных при проведении диспансеризации и профилактическом медицинском осмотре, %							
Российская Федерация	16,0	17,4	18,1	18,9	19,6	20,3	21,1
Республика Алтай	9,5	11,3	13,0	14,8	16,5	18,3	20,0
Алтайский край	12,5	13,8	15,0	16,3	17,5	18,8	20,0
Кемеровская область	8,9	10,8	12,6	14,5	16,3	18,2	20,0
Новосибирская область	10,2	11,8	13,4	15,1	16,7	18,4	20,0
Омская область	24,2	24,2	24,2	24,2	24,2	24,2	24,2
Томская область	15,3	16,1	16,8	17,6	18,4	19,2	20,0
3. Количество медицинских организаций, участвующих в создании и тиражировании «Новой модели медицинской организации, оказывающей первичную медико-санитарную помощь», ед.							
Российская Федерация	307	3 074	5 123	5 594	6 005	6 407	6 864
Республика Алтай	0	6	11	12	13	14	15
Алтайский край	25	132	182	206	206	206	206
Кемеровская область	0	77	102	127	140	153	167
Новосибирская область	0	39	63	66	70	74	85
Омская область	0	13	56	59	62	65	72
Томская область	24	55	74	74	74	74	74
4. Доля записей к врачу, совершенных гражданами без очного обращения в регистратуру медицинской организации, %							
Российская Федерация	17	25	33	40	48	56	63
Республика Алтай	12	21	30	40	49	56	65
Алтайский край	10	19	28	38	47	56	65
Кемеровская область	10	17	23	30	37	43	50
Новосибирская область	10	19	28	38	47	56	65
Омская область	10	19	28	38	47	56	65
Томская область	10	19	28	38	47	56	65

Наиболее высокие темпы роста охвата граждан профилактическими осмотрами предусмотрены в Томской области (295 %), самые низкие — в Алтайском крае (123 %), что обусловлено ис-

ходным уровнем данных регионов. Ранее мы отмечали серьезное отставание по этому показателю Томской области и Республики Алтай [4]. В Омской области очень высокие показатели эф-

фektivности диспансеризации и профосмотров: выявляемость заболеваний в базовом году выше, чем плановое значение по федеральному проекту на 2024 г. Низкие базовые значения по этому показателю у Республики Алтай и Кемеровской области, хотя и у других регионов они ниже среднероссийского уровня; к концу планового периода они должны достичь 20 %. В создании новой модели медицинской организации принимали участие организации Алтайского края и Томской области. Ниже среднероссийского уровня во всех южносибирских регионах доля записей к врачу, совершенных гражданами без очного обращения в регистратуру медицинской организации как в базовом 2017 г., так и в ходе реализации проекта до 2023 г. В Республике Алтай средний показатель будет превышен уже в 2022 г., а в Кемеровской области не будет достигнут даже в 2024 г. При этом доля городского населения в Кемеровской области превышает 80 %, а в Республике Алтай около 30 %.

В паспорте федерального проекта перечислено, сколько должно быть создано/заменено фельдшерских, фельдшерско-акушерских пунктов (ФП, ФАП), врачебных амбулаторий, приобретено мобильных медицинских комплексов, построено вертолетных площадок и осуществлено вылетов санитарной авиации, создано региональных систем диспетчеризации скорой медицинской помощи. Указаны основные направления совершенствования работы медицинских организаций, в том числе страховых медицинских организаций по обеспечению прав граждан на бесплатную медицинскую помощь. Аналогичная информация приведена в паспортах региональных проектов. По данным региональных проектов, должно быть создано/заменено ФАП в Республике Алтай — 10, Алтайском крае — 26, Кемеровской области — 8, Новосибирской области — 191 (ремонт 173 за счет средств консолидированного бюджета области), Омской области — 14, Томской области — 10. Приобретение мобильных комплексов за счет средств трансферта из федерального бюджета: Республика Алтай — 30, Алтайский край — 17, Кемеровская область — 22, Новосибирская область — 13, Омская область — 23, Томская область — 10. Во всех регионах для реализации проектов созданы региональные проектные офисы; в Республике Алтай и Кемеровской области их финансирование указано как отдельное мероприятие (за 6 лет 1,5 млн и 120,0 млн руб. соответственно), в других четырех регионах это в составе проекта не учтено. Есть в региональных проектах и индивидуальные мероприятия. В Кемеровской области запланиро-

вано создание областного центра общественного здоровья и 7 его отделений. В Новосибирской области предусмотрено строительство 7 поликлиник в формате ГЧП, приобретение автомобилей санитарного транспорта для центральных районных больниц (48 единиц), капитальный ремонт и переоснащение медицинским оборудованием амбулаторно-поликлинических организаций. Государственно-частное партнерство обязательно предполагает участие частного капитала в создании объекта, но в паспорте проекта эта информация отсутствует. В Томской области в проект включено проведение медицинских осмотров, финансируемых за счет внебюджетных источников.

Цель федерального проекта «Борьба с сердечно-сосудистыми заболеваниями» — снижение смертности от болезней системы кровообращения (БСК) до 450 случаев на 100 тыс. населения к 2024 г. Предусмотрено две основных и пять дополнительных показателей. При планировании конечных параметров использовано три подхода: одинаковый темп снижения (два показателя); единое значение (три показателя); разная динамика (два показателя). Самый высокий показатель смертности от инфаркта миокарда как в базовом году, так и в плановом периоде, наблюдается в Томской области: превышение среднероссийского уровня на 82 %, уровня Республики Алтай — в 3,7 раза. По Российской Федерации в целом и по рассмотренным регионам показатель должен снизиться к 2024 г. примерно на 24,3—24,5 %. Вместе с тем больничная летальность от этого заболевания во всех регионах и по России должна составлять в 2024 г. только 8 %, при этом в Томской области она должна снизиться в 2,75 раза, а в Республике Алтай — на 14 %. Смертность от острого нарушения мозгового кровообращения должна снизиться тоже на примерно одинаковый уровень 24,3—24,5 %. В базовом году максимальные уровни смертности от этого заболевания наблюдались в Кемеровской и Новосибирской областях, максимальная больничная летальность — в Томской области. К концу периода реализации проекта все должны обеспечить больничную летальность на уровне 14 %. Показатели 5 и 6 имеют одинаковые целевые значения изменения от базового года к 2024 г.; наиболее высокие темпы предусмотрены для Омской и Кемеровской областей, Алтайского края, где наблюдался более низкий уровень по отношению к среднероссийскому показателю. В Республике Алтай в базовом периоде удельный вес рентген-эндоваскулярных вмешательств превышал среднероссийский уровень почти в два раза (табл. 2).

Таблица 2

Данные паспортов региональных проектов по борьбе с сердечно-сосудистыми заболеваниями в 2017—2024 гг.
Passport data of regional projects to combat cardiovascular diseases in 2017—2024

Регион	31 дек. 2017	2019	2020	2021	2022	2023	2024
1. Смертность от инфаркта миокарда на 100 тыс. населения, человек							
Российская Федерация	40,0	37,1	35,7	34,4	33,0	31,6	30,6
Республика Алтай	19,8	18,3	17,7	17,0	16,3	15,6	15,1
Алтайский край	33,7	31,3	30,1	29,0	27,8	26,7	25,8
Кемеровская область	47,7	44,2	42,6	41,0	39,3	37,7	36,5
Новосибирская область	35,1	32,6	31,4	30,2	29,0	27,8	26,9
Омская область	46,7	43,3	41,7	40,1	38,5	36,9	35,8
Томская область	72,8	67,5	65,0	62,6	60,1	57,6	55,7
2. Смертность от острого нарушения мозгового кровообращения, на 100 тыс. населения, человек							
Российская Федерация	92,9	86,2	83,0	79,8	76,7	73,5	71,1
Республика Алтай	68,0	63,1	60,8	58,5	56,2	53,8	52,1
Алтайский край	88,6	82,2	79,2	76,2	73,2	70,1	67,9
Кемеровская область	118,6	110,0	106,0	101,9	97,9	93,8	90,8
Новосибирская область	104,1	96,6	93,0	89,5	85,9	82,4	79,7
Омская область	87,8	81,4	78,4	75,4	72,4	69,5	67,2
Томская область	85,3	79,1	76,2	73,3	70,4	67,5	65,3
3. Больничная летальность от инфаркта миокарда, %							
Российская Федерация	13,2	11,7	11,0	10,2	9,5	8,7	8,0
Республика Алтай	9,3	9,1	9,0	8,8	8,6	8,3	8,0
Алтайский край	12,7	11,6	11,0	10,4	9,6	8,7	8,0
Кемеровская область	15,1	13,9	13,0	12,0	10,0	9,0	8,0
Новосибирская область	14,5	12,6	11,7	10,8	9,9	9,0	8,0
Омская область	17,3	15,5	14,0	12,5	11,0	9,5	8,0
Томская область	22,0	18,5	17,0	15,5	13,0	10,5	8,0
4. Больничная летальность от острого нарушения мозгового кровообращения, %							
Российская Федерация	19,1	17,6	16,9	16,2	15,5	14,7	14,0
Республика Алтай	21,0	18,6	17,4	16,2	15,5	14,7	14,0
Алтайский край	21,2	18,5	16,5	15,5	15,0	14,5	14,0
Кемеровская область	20,5	19,0	18,0	17,0	16,0	15,0	14,0
Новосибирская область	22,9	20,1	18,8	17,4	16,2	15,1	14,0
Омская область	20,8	19,4	18,1	17,0	16,3	15,7	14,0
Томская область	26,1	23,8	22,2	20,4	18,6	16,3	14,0
5. Отношение числа рентген-эндоваскулярных вмешательств в лечебных целях, к общему числу выживших больных, перенесших острый коронарный синдром, %							
Российская Федерация	36,0	43,0	46,5	50,0	53,5	57,0	60,0
Республика Алтай	71,9	73,0	73,5	74,0	74,5	75,0	75,5
Алтайский край	32,8	43,0	46,5	50,0	53,5	57,0	60,0
Кемеровская область	31,7	38,0	42,0	46,0	50,0	55,0	60,0
Новосибирская область	59,5	61,0	62,0	63,0	64,0	65,0	66,0
Омская область	25,9	32,0	37,0	42,0	47,0	53,0	60,0
Томская область	58,8	61,0	62,0	63,0	64,0	65,0	66,0
6. Количество рентген-эндоваскулярных вмешательств в лечебных целях, тыс. ед.							
Российская Федерация	199,700	238,100	257,500	276,900	296,300	315,600	332,300
Республика Алтай	0,310	0,315	0,317	0,319	0,321	0,323	0,326
Алтайский край	2,684	3,517	3,805	4,091	4,378	4,664	4,910
Кемеровская область	4,489	5,381	5,948	6,514	7,080	7,788	8,497
Новосибирская область	6,489	6,653	6,762	6,871	6,980	7,089	7,198
Омская область	2,349	2,902	3,356	3,809	4,263	4,807	5,442
Томская область	2,260	2,345	2,383	2,421	2,460	2,498	2,537
7. Доля профильных госпитализаций пациентов с острыми нарушениями мозгового кровообращения, доставленных автомобилями скорой медицинской помощи, %							
Российская Федерация	72,0	76,0	79,0	83,0	87,0	91,0	95,0
Республика Алтай	0,0	15,8	31,7	47,5	63,3	79,2	95,0
Алтайский край	57,7	63,9	70,1	76,3	82,6	88,8	95,0
Кемеровская область	46,5	54,6	62,7	70,8	78,8	86,9	95,0
Новосибирская область	43,3	51,9	60,6	69,2	77,8	86,4	95,0
Омская область	89,2	90,2	91,1	92,1	93,1	94,0	95,0
Томская область	61,0	66,6	72,3	78,0	83,7	89,3	95,0

В Омской области в базовом периоде наблюдался очень высокий уровень профильной госпи-

тализации пациентов с острым нарушением мозгового кровообращения, доставленных автомоби-

лями скорой медицинской помощи, — 89,2 %, при этом в Республике Алтай — 0 %. К 2024 г. в Республике Алтай, Алтайском крае, Новосибирской и Омской областях смертность от БСК должна составить 450 случаев на 100 тыс. населения, как и в среднем по Российской Федерации, в Кемеровской области — 431 случай и в Томской области — 372,2. Для этого в рамках федерального и региональных проектов предусмотрены переоснащение/дооснащение медицинским оборудованием региональных сосудистых центров (РСЦ) и первичных сосудистых отделений (ПСО) в субъектах Российской Федерации, реализация комплекса мер по совершенствованию первичной профилактики сердечно-сосудистых заболеваний, своевременному выявлению факторов риска, вторичной профилактике осложнений, повышению эффективности оказания медицинской помощи, в том числе организации службы скорой медицинской помощи, увеличению объемов применения высокоэффективных методов лечения, совершенствованию медицинской реабилитации, кадровому обеспечению медицинских организаций. Основные мероприятия всех региональных проектов — переоснащение/дооснаще-

ние региональных сосудистых центров и первичных сосудистых отделений: Республика Алтай — 1 РСЦ, Алтайский край — 2 РСЦ и 5 ПСО, Кемеровская область — 2 РСЦ и 10 ПСО, Новосибирская — 2 РСЦ и 12 ПСО, Омская — 1 РСЦ и 6 ПСО, Томская — 1 РСЦ и 3 ПСО. Дополнительно к федеральным мероприятиям в Новосибирской области планировалось разработать, утвердить и внедрить в практику региональный стандарт по лекарственному обеспечению пациентов, перенесших острый коронарный синдром, ишемический инсульт в течение 12 месяцев после перенесенного сердечно-сосудистого события (финансирование из областного бюджета). В Томской области предусмотрена реализация плана популяционной профилактики развития сердечно-сосудистых заболеваний и сердечно-сосудистых осложнений у пациентов высокого риска.

Цель федерального проекта «Борьба с онкологическими заболеваниями» — снижение смертности от новообразований, в том числе злокачественных, до 185 случаев на 100 тыс. населения. В паспорте федерального и региональных проектов используется три основных целевых показателя (табл. 3).

Таблица 3

Данные паспортов региональных проектов по борьбе с онкологическими заболеваниями в 2017—2024 гг.
Passport data of regional projects to combat cancer in 2017—2024

Регион	31 дек. 2017	2019	2020	2021	2022	2023	2024
1. Доля злокачественных новообразований, выявленных на ранних стадиях, %							
Российская Федерация	55,6	57,9	59	60,1	61,2	62,3	63,0
Республика Алтай	46,3	49,6	51,7	54,2	56,9	59,8	63,0
Алтайский край	58,1	58,3	58,7	59,2	59,8	61,5	62,5
Кемеровская область	55,6	57,0	58,0	59,0	61,0	62,0	63,0
Новосибирская область	53,6	57,9	59	60,1	61,2	62,3	63,0
Омская область	55,6	57,9	59	60,1	61,2	62,3	63,0
Томская область	56,9	57,9	58,9	60,2	61,2	62,2	63,0
2. Удельный вес больных со злокачественными новообразованиями, состоящих на учете 5 лет и более, %							
Российская Федерация	53,9	55,0	55,6	56,1	56,7	57,2	60,0
Республика Алтай	48,2	55,0	55,6	56,1	56,7	57,2	60,0
Алтайский край	55,1	55,3	55,5	56,0	56,5	56,8	57,8
Кемеровская область	53,2	54,0	55,0	56,0	58,0	59,0	60,0
Новосибирская область	54,2	55,0	55,6	56,1	56,7	57,2	60,0
Омская область	51,0	52,0	52,5	53,0	53,5	54,0	55,0
Томская область	50,8	52,6	53,7	55,8	56,9	58,6	60,0
3. Одногодичная летальность больных с злокачественными новообразованиями, %							
Российская Федерация	22,5	21	20,2	19,5	18,8	18,1	17,3
Республика Алтай	13	21	20,2	19,5	18,8	18,1	17,3
Алтайский край	24,6	23,5	23	22,5	21,5	20	19,6
Кемеровская область	21,8	20,5	20	19,5	18,5	17,9	17,3
Новосибирская область	24,6	21	20,2	19,5	18,8	18,1	17,3
Омская область	23,1	22,5	22,2	19,9	19,6	19,3	19,0
Томская область	25,4	23,4	22,2	21	19,8	18,6	17,3

По показателю «Доля злокачественных новообразований, выявленных на ранних стадиях» самый высокий базовый уровень отмечен в Алтайском крае, который превышает среднероссийское значение; вместе с тем к 2024 г. это единственный регион Южной Сибири, который не планирует достичь нового среднероссийского показателя. По второму показателю аналогичная

картина — только Омская область планирует еще большее отставание от российского уровня. Два этих региона не планируют снизить уровень одногодичной летальности больных со злокачественными новообразованиями до среднероссийского показателя. Хотя наибольший базовый уровень по последнему показателю был в Томской области, и она ставит перед собой задачу его

снижения до значения как по Российской Федерации в среднем. Рост по однолетней летальности от базового уровня, значительно более низкого по сравнению с показателем в среднем по Российской Федерации с прогнозируемыми пиковыми параметрами в 2019 и 2020 гг., отмечается по Республике Алтай. Итоговое значение по снижению смертности от новообразований для Республики Алтай, Кемеровской, Новосибирской и Омской областей — 185 случаев на 100 тыс. населения, для Алтайского края — 201,4 и Томской области — 205 (на 11 % выше среднероссийского уровня). В федеральном проекте, как и по проблематике сердечно-сосудистых заболеваний, предусмотрено создание федерального координационного центра для разработки комплекса мер, направленных на совершенствование профилактики и раннего выявления злокачественных новообразований; повышение эффективности диагностики и лечения с использованием новых технологий, включая телемедицину, радиологические, химиотерапевтические и комбинированные хирургические методы лечения на основе клинических рекомендаций; повышение профессиональной квалификации медицинского персонала; развитие реабилитации онкологических больных и программы психосоциальной поддержки. Предусмотрено обеспечение ежегодного трансферта из федерального бюджета бюджету Федерального фонда обязательного медицинского страхования (ФФОМС) на дополнительное финансовое обеспечение оказания медицинской помощи больным с онкологическими заболеваниями в соответствии с клиническими рекомендациями. Запланированы строительство и реконструкция 11 объектов, в том числе онкодиспансер в Томской области. На базе федеральных медицинских учреждений предусмотрено создание 18 референс-центров для решения научно-практических, организационно-методических задач по деятельности иммуногистохимических, патоморфологических, молекулярно-генетических лабораторий и центров анализа и интерпретации данных лучевых методов исследований в Российской Федерации. Запланировано проведение информационно-коммуникационной кампании, направленной на раннее выявление онкологических заболеваний и повышение приверженности к лечению с охватом не менее 70 % аудитории граждан старше 18 лет по

основным каналам: телевидение, радио и Интернет, включая создание специализированного интернет-портала. В рамках проекта должны быть переоснащены медицинским оборудованием не менее 45 федеральных медицинских организаций, имеющих в своей структуре онкологические подразделения, в том числе оборудованием для диагностики и лечения методами ядерной медицины. В субъектах Федерации должно быть организовано не менее 420 центров амбулаторной поликлинической помощи. Субъекты Российской Федерации должны переоснастить медицинским оборудованием не менее 160 региональных медицинских организаций, оказывающих помощь больным онкологическими заболеваниями (диспансеров/больниц). Основные мероприятия региональных проектов — организация центров амбулаторной онкологической помощи (ЦАОП) и переоснащение медицинских организаций. Организация ЦАОП: Республика Алтай — 3, Алтайский край — 4, Кемеровская область — 11, Новосибирская область — 16, Омская — 4, Томская — 1. Переоснащение медицинских организаций: Республика Алтай, Омская и Томская области по 1 организации, Алтайский край, Кемеровская и Новосибирская области по 3 организации. В Новосибирской области предусмотрено строительство онкодиспансера, но финансирование указано только на 2019 г. в незначительном объеме (средства субъекта Федерации). В Томской области запланировано строительство хирургического корпуса на 120 коек и 200 посещений в смену в областном онкологическом диспансере с завершением до 31 декабря 2021 г. и финансированием за счет средств субъекта Федерации. В Республике Алтай, Алтайском крае и Кемеровской области в составе региональных проектов предусмотрено финансовое обеспечение оказания медицинской помощи больным с онкологическими заболеваниями за счет средств ФОМС, в Новосибирской, Омской и Томской областях этих мероприятий нет.

Цель федерального проекта «Развитие детского здравоохранения, включая создание современной инфраструктуры оказания медицинской помощи детям», — снижение младенческой смертности (до 4,5 случая на 1 тыс. родившихся детей) к 2024 г. Всего в проекте 10 показателей: два основных и восемь дополнительных, рассмотрим четыре из них (табл. 4).

Таблица 4

Данные паспортов региональных проектов по развитию детского здравоохранения в 2017—2024 гг.
Passport data of regional projects for the development of children's healthcare in 2017—2024

Регион	31 дек. 2017	2019	2020	2021	2022	2023	2024
1. Снижение младенческой смертности (до 4,5 случая на 1 тыс. родившихся детей), промилле							
Российская Федерация	5,6	5,4	5,2	5,0	4,8	4,60	4,5
Республика Алтай	9,9	9,0	8,8	8,6	8,3	8,05	7,8
Алтайский край	7,1	5,8	5,5	5,4	5,2	5,00	4,8
Кемеровская область	6,9	6,5	6,3	6,0	5,6	5,10	4,5
Новосибирская область	4,9	4,8	4,7	4,6	4,5	4,10	3,8
Омская область	6,9	6,2	5,9	5,8	5,7	5,60	5,5
Томская область	4,3	4,3	4,2	4,1	4,0	3,80	3,4

Регион	31 дек. 2017	2019	2020	2021	2022	2023	2024
2. Доля преждевременных родов (22—37 недель) в перинатальных центрах, %							
Российская Федерация	53	55,0	56,0	57,0	58,0	59,0	60,0
Республика Алтай	86	86,5	87,0	87,0	87,5	87,5	88,0
Алтайский край	42	42,5	43,0	43,5	44,0	45,0	50,0
Кемеровская область	65	65,0	65,5	65,5	66,0	66,5	70,0
Новосибирская область	56	56,5	57,0	57,5	58,0	58,5	59,0
Омская область	68	68,0	68,5	68,5	70,0	70,5	71,0
Томская область	62	62,5	63,0	63,5	64,0	64,5	65,0
3. Смертность детей в возрасте 0—4 года на 1 000 родившихся живыми, промилле							
Российская Федерация	6,9	6,7	6,6	6,5	6,3	6,1	5,9
Республика Алтай	10,8	10,5	10,2	9,9	9,5	9,1	8,8
Алтайский край	8,9	8,0	7,5	7,4	7,1	6,9	6,6
Кемеровская область	8,2	8,2	8,1	7,8	7,0	6,5	5,9
Новосибирская область	6,5	6,3	6,0	5,8	5,6	5,4	5,2
Омская область	6,9	6,2	5,9	5,8	5,7	5,6	5,5
Томская область	5,8	5,6	5,5	5,0	4,8	4,6	4,1
4. Смертность детей в возрасте 0—17 лет на 100 000 детей соответствующего возраста, на 100 тыс. детей							
Российская Федерация	59,8	59,0	58,5	58,0	57,5	57,0	55,0
Республика Алтай	85,4	84,4	83,7	83,0	82,3	81,6	81,0
Алтайский край	68,6	63,9	60,0	59,2	57,0	55,4	53,0
Кемеровская область	66,3	65,8	64,6	63,8	63,1	59,2	55,0
Новосибирская область	64,6	64,0	63,0	61,0	59,0	57,0	55,0
Омская область	68,3	65,0	63,2	61,4	59,6	57,8	56,0
Томская область	56,5	53,1	49,6	47,3	44,0	48,2	44,6

В среднем по Российской Федерации младенческая смертность к 2024 г. должна снизиться почти на 20 %. Более высокие темпы уменьшения этого показателя запланированы в Кемеровской области и Алтайском крае, что позволит Кузбассу выйти на среднероссийский уровень, а Алтайскому краю уменьшить превышение с 26,8 до 6,7 %. Омская область практически сохраняет на одном уровне более высокие показатели младенческой смертности (превышение более 22 %), так же как и Республика Алтай (превышение более 70 %). Только Томская и Новосибирская области сохраняют весь период более низкие показатели по сравнению со средним уровнем. Если сопоставить показатели 1 и 2 из табл. 4, то необходимо обратить внимание на то, что в Кемеровской, Омской областях и особенно в Республике Алтай доля преждевременных родов в перинатальных центрах значительно выше, чем в среднем по Российской Федерации, только в Алтайском крае эта доля ниже уровня и на 2024 г. она прогнозируется также ниже среднего показателя. Смертность детей до четырех лет в базовом периоде значительно превышает среднероссийский уровень в Республике Алтай (на 56,5 %), Алтайском крае (на 29 %), Кемеровской области (на 18,8 %); в Омской области — на уровне Российской Федерации в среднем, в Новосибирской и Томской — ниже этого уровня. Еще хуже ситуация в базовом году по смертности детей до 17 лет: ниже среднего уровня этот показатель только в Томской области. К 2024 г. смертность детей до четырех лет должна снизиться до среднего уровня в Кемеровской области, стать ниже его в Омской области, как и сохраниться ниже в Новосибирской и Том-

ской областях. Смертность детей до 17 лет к 2024 г. прогнозируют выше среднероссийского уровня в Республике Алтай (с ростом превышения) и Омской области; на уровне — в Кемеровской и Новосибирской областях и ниже его — в Алтайском крае и Томской области (с ростом снижения). Еще пять дополнительных показателей проекта характеризуют долю детей в возрасте 0—17 лет с впервые в жизни установленным диагнозом, взятых под диспансерное наблюдение по различным классам болезней. Необходимо отметить тот факт, что в базовом периоде в Томской области везде минимальный показатель. К 2024 г. по всем регионам и классам болезней должно быть обеспечено 90 %.

В федеральном проекте предусмотрено развитие материально-технической базы медицинских организаций, оказывающих помощь детям, развитие профилактического направления медицинской помощи, улучшение репродуктивного здоровья подростков, актуализация схем маршрутизации беременных женщин с преждевременными родами для улучшения помощи недоношенным новорожденным, повышение квалификации врачей. Так, к 2024 г. должно быть построено/реконструировано 40 детских больниц (корпусов), включая перинатальные центры. Это должно повысить качество и доступность специализированной, в том числе высокотехнологичной, медицинской помощи, снизить показатели смертности детского населения и улучшить условия пребывания пациентов в стационаре. В поликлиниках предложено внедрять принципы бережливого производства для сокращения времени ожидания в очереди, облегчения записи к врачу, уменьше-

ния времени ожидания приема, создания понятной системы навигации. Эти меры должны обеспечить комфортное пребывание детей и их родителей при оказании первичной медико-санитарной помощи и увеличить долю посещений с профилактическими целями, что позволит предупредить развитие хронических заболеваний во взрослом возрасте. Предусмотрено увеличение норматива объема медицинской помощи в амбулаторных условиях, оказанной с профилактическими и иными целями, в том числе впервые установлен норматив для проведения профилактических медицинских осмотров и норматив финансовых затрат на их проведение.

Органы государственной власти субъектов Российской Федерации в сфере здравоохранения должны организовывать ежегодно мероприятия по формированию и поддержанию здорового образа жизни детей и их родителей. Раннее взятие на диспансерный учет детей с впервые в жизни установленным диагнозом наиболее распространенной, в том числе «школьно-обусловленной», патологии позволит своевременно провести лечебные и реабилитационные мероприятия, снизить хронизацию заболеваний и переход их в декомпенсированную стадию. Основные мероприятия в региональных проектах: обучение специалистов в симуляционных центрах, дооснащение оборудованием, приобретение медицинских изделий, оказание медицинской помощи женщинам в период беременности, родов и послеродовый период, в том числе за счет средств родовых сертификатов. При этом в Омской области обучение

специалистов не предусмотрено, в Республике Алтай запланировано обучение 77 человек, Алтайском крае — 818, Кемеровской области — 900, Новосибирской — 955, Томской — 1 283 человека. Получают медицинскую помощь за счет родовых сертификатов (тыс. человек): Республика Алтай — 17,1; Алтайский край — 131,9; Кемеровская область — 140,1; Новосибирская — 163,7; Омская — 118,4; Томская — 59,0.

Вместе с тем не указали внебюджетные источники финансирования региональных проектов (средства родовых сертификатов) Новосибирская и Омская области. В Республике Алтай, Алтайском крае и Омской области указаны мероприятия по строительству и вводу в эксплуатацию новых объектов (пристройка, корпус и инфекционный стационар), но в Алтайском крае и Омской области полностью отсутствуют данные об источниках и объемах финансирования, что искажает общую информацию по проектам. В Томской области предусмотрена разработка и реализация плана медицинской профилактики в педиатрии, финансируемого за счет бюджета субъекта Федерации.

Цель федерального проекта «Обеспечение медицинских организаций системы здравоохранения квалифицированными кадрами» — ликвидация кадрового дефицита в медицинских организациях, оказывающих первичную медико-санитарную помощь. В паспорте проекта используются семь целевых показателей (шесть основных и один дополнительный) рассмотрим данные по четырем из них.

Таблица 5

Данные паспортов региональных проектов по обеспечению кадрами (здравоохранение) в 2017—2024 гг.
Passport data of regional human resources projects (healthcare) in 2017—2024

Регион	31 дек. 2017	2019	2020	2021	2022	2023	2024
Укомплектованность должностей среднего медицинского персонала в амбулаторных учреждениях, %							
Российская Федерация	88,8	90,0	91,0	92,0	93,0	94,0	95,0
Республика Алтай	89,5	91,2	92,8	95,7	100,0	100,0	100,0
Алтайский край	68,6	70,0	71,2	73,4	76,8	81,6	95,0
Кемеровская область	64,5	65,8	66,9	69,0	72,6	76,8	95,0
Новосибирская область	76,9	78,4	79,7	82,2	86,0	90,2	95,0
Омская область	81,8	83,4	84,8	87,5	91,6	96,0	100,0
Томская область	70,9	72,3	73,5	75,8	79,4	83,2	95,0
Укомплектованность врачебных должностей в амбулаторных учреждениях, %							
Российская Федерация	79,7	81,0	83,0	86,0	89,0	92,0	95,0
Республика Алтай	72,2	87,0	87,7	89,0	90,4	92,7	95,0
Алтайский край	57,5	70,2	71,3	73,3	75,4	78,7	81,0
Кемеровская область	53,9	65,5	66,3	67,8	69,4	71,8	77,0
Новосибирская область	71,0	85,9	86,7	88,3	90,0	92,7	95,0
Омская область	70,8	85,6	86,4	88,1	89,7	92,5	95,0
Томская область	64,9	79,0	80,1	82,1	84,1	87,4	90,3
Обеспеченность врачами, работающими в государственных и муниципальных медицинских организациях, (человек на 10 000 населения), человек							
Российская Федерация	37,4	37,9	38,4	38,9	39,5	40,1	40,7
Республика Алтай	39,5	39,2	39,5	40,0	40,5	41,2	41,7
Алтайский край	36,9	37,7	38,5	39,1	39,8	40,5	41,1
Кемеровская область	35,0	37,1	38,4	39,8	41,3	42,8	44,6
Новосибирская область	39,6	39,4	39,4	39,3	39,3	39,2	39,2
Омская область	40,2	40,6	41,0	41,3	41,7	42,0	42,2
Томская область	41,5	42,3	42,8	43,4	44,1	44,8	45,7

Регион	31 дек. 2017	2019	2020	2021	2022	2023	2024
Обеспеченность средним медицинским персоналом в государственных и муниципальных медицинских организациях, (человек на 10 000 населения), человек							
Российская Федерация	86,2	86,8	87,8	89,1	90,4	92,3	95,1
Республика Алтай	119,6	119,8	120,6	119,9	122,4	123,0	123,7
Алтайский край	96,2	98,5	100,3	102,1	104,4	107,4	110,4
Кемеровская область	89,7	91,9	93,6	95,4	97,6	100,3	103,1
Новосибирская область	84,1	84,5	85,1	85,7	86,7	88,1	89,5
Омская область	96,2	98,1	99,5	101,0	103,0	105,5	108,0
Томская область	83,0	83,9	84,4	84,7	86,0	87,4	89,6
Ранг							
Республика Алтай	7	7	—	—	—	—	7
Алтайский край	17	17	—	—	—	—	12
Кемеровская область	21	22	—	—	—	—	12
Новосибирская область	12	13	—	—	—	—	15
Омская область	9	10	—	—	—	—	8
Томская область	14	15	—	—	—	—	10
Место							
Республика Алтай	1	1	—	—	—	—	1
Алтайский край	5	5	—	—	—	—	4
Кемеровская область	6	6	—	—	—	—	4
Новосибирская область	3	3	—	—	—	—	5
Омская область	2	2	—	—	—	—	2
Томская область	4	4	—	—	—	—	3

Укомплектованность должностей среднего медицинского персонала в подразделениях, оказывающих медицинскую помощь в амбулаторных условиях (физическими лицами при коэффициенте совместительства 1,2), в базовом году только в Республике Алтай превышала среднероссийский уровень, при этом в Кемеровской области отставала от него на 24 пп. К 2024 г. два региона приняли на себя обязательства обеспечить 100 % укомплектованность кадрами: Республика Алтай и Омская область.

Аналогичный показатель по врачебным должностям в базовом периоде был ниже среднероссийского уровня во всех регионах Южной Сибири; минимальное значение также наблюдалось в Кемеровской области с отставанием на 26 пп. К 2024 г. три региона: Республика Алтай, Новосибирская и Омская области приняли решение достигнуть среднероссийский уровень укомплектованности — 95 %; Кемеровская область, Алтайский край и Томская область сочли этот показатель недостижимым. Обеспеченность врачами, работающими в государственных и муниципальных медицинских организациях, на 10 000 населения (человек) в базовом периоде ниже среднего уровня в Алтайском крае и Кемеровской области, а в 2024 г. — только в Новосибирской области: в пяти регионах этот показатель ежегодно увеличивается и только в Новосибирской области снижается. В Томской области обеспеченность врачами выше среднего уровня более чем на 10 %. Обеспеченность средним медицинским персоналом, работающим в государственных и муниципальных медицинских организациях, на 10 000 населения (человек) в базовом периоде ниже среднего значения в Новосибирской и Томской областях

с сохранением этой тенденции в дальнейшем; в Республике Алтай на 39 % выше, что обусловлено, на наш взгляд, высоким удельным весом сельского населения, проживающего в труднодоступных местностях. В Алтайском крае, Кемеровской и Омской областях средний уровень также превышен в базовом периоде и планируется его ежегодный рост во время реализации проекта.

В федеральном проекте предусмотрено создание отраслевого центра компетенций и организации подготовки квалифицированных кадров для системы здравоохранения на базе РНИМУ им. Пирогова. Центр по каждому субъекту Российской Федерации должен провести анализ фактически сложившейся ситуации по обеспечению населения медицинскими кадрами в разрезе специальностей с учетом сложившейся нагрузки на врачей и средний медицинский персонал и на основе потребности разработать рекомендации для органов исполнительной власти по ликвидации дефицита кадров.

Субъекты Федерации на этой основе должны в региональных программах предусмотреть меры по переобучению и переквалификации медицинских работников, стимулированию и закреплению на рабочих местах, увеличению мер социальной поддержки, увеличению цифр целевого приема. Для отдельных регионов возможно даже использование «вахтового метода работы». Увеличены для медицинских вузов контрольные цифры приема и государственные задания для образовательных организаций, осуществляющих подготовку средних медицинских работников. Анализ и корректировка потребности в специалистах и соответствующих контрольных цифр приема предусмотрены ежегодно. Минтруд России

ской Федерации поручено разработать профессиональные стандарты для специалистов с высшим и средним медицинским образованием. Первый МГМУ им. И. М. Сеченова должен осуществить организационно-методическое обеспечение проведения процедуры аккредитации специалистов. На базе вузов и научных организаций предусмотрено формирование аккредитационных комиссий. В 2021 г. было предусмотрено, что из 114 действующих аккредитационно-симуляционных центров Минздрава Российской Федерации будет проведен отбор организаций, аккредитационно-симуляционные центры которых будут перепрофилированы в восемь независимых аккредитационных центров (по одному центру в каждом федеральном округе Российской Федерации). Для повышения квалификации должны использоваться портал непрерывного медицинского образования (не менее 5 000 интерактивных образовательных модулей, постоянно актуализируемых), специально дооснащенные симуляционные центры образовательных и научных организаций Минздрава Российской Федерации. Отдельно предусмотрено проведения обучения по программам профессиональной переподготовки специалистов по профилям первичной медико-санитарной помощи, детского здравоохранения, онкологии (в том числе по паллиативной медицинской помощи) и сердечно-сосудистых заболеваний.

В региональных проектах всех шести регионов отсутствует информация о потребности в кадрах различной квалификации и специальностей, ежегодном приеме на работу молодых специалистов или количестве работников, прошедших переподготовку и повышение квалификации. Только в трех региональных проектах указано финансирование, но также без расшифровки по количеству получателей средств. В Кемеровской области указаны за счет средств бюджета Кемеровской области суммарно за 6 лет: единовременные компенсационные выплаты медицинским работникам (врачи, фельдшеры) в возрасте до

50 лет, прибывшим или переехавшим в сельские населенные пункты, рабочие поселки или поселки городского типа либо города численностью до 50 000 человек (107,4 млн руб.), единовременное социальное пособие молодым специалистам, заключившим трудовой договор с медицинской организацией государственной системы здравоохранения Кемеровской области, расположенной в сельском населенном пункте, рабочем поселке, поселке городского типа (10,8 млн руб.), социальная поддержка медицинских работников, включенных в перечень должностей дефицитных специальностей для государственной системы здравоохранения Кемеровской области (60,0 млн руб.). В Новосибирской области указан результат — увеличена численность врачей, работающих в государственных медицинских организациях, без указания их количества, с суммарными затратами за 6 лет — 521,42 млн руб. средств бюджета Новосибирской области. Аналогично в Омской области — общие затраты составят 615,82 млн руб.

Цель федерального проекта «Создание единого цифрового контура в здравоохранении на основе единой государственной информационной системы в сфере здравоохранения (ЕГИСЗ)» — повышение эффективности функционирования системы здравоохранения путем создания механизмов взаимодействия медицинских организаций на основе единой государственной системы в сфере здравоохранения и внедрения цифровых технологий и платформенных решений до 2024 г. В паспорте федерального проекта используется три основных показателя и один дополнительный (табл. 6). В региональных проектах Республики Алтай и Алтайского края всего по четыре показателя, в Кемеровской области — 27, из них 25 названы основными и 2 — дополнительными; в Новосибирской и Омской областях — по 40 показателей, из них 4 — основные, совпадающие с федеральным проектом; в Томской области — 28 показателей, из них 4 — основные, как и федеральные.

Таблица 6

Данные региональных проектов по созданию единого цифрового контура в здравоохранении в 2018—2024 гг.
Data from regional projects to create a single digital circuit in health care in 2018—2024

Регион	31 окт. 2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024
Число граждан, воспользовавшихся услугами (сервисами) в Личном кабинете пациента «Мое здоровье» на Едином портале государственных услуг и функций в отчетном году, тыс. человек							
Российская Федерация	3 700,00	6 400,00	12 000,00	18 000,00	24 000,00	32 000,00	38 000,00
Республика Алтай	4,65	8,32	15,91	24,35	33,1	44,98	54,41
Алтайский край	29,13	57,44	119,74	197,68	287,66	415,66	531,73
Кемеровская область	33,38	82,3	171,58	314,75	412,24	595,72	802,22
Новосибирская область	81,8	140,56	258,45	380,02	496,5	648,39	753,81
Омская область	43,19	76,86	146,41	223,05	301,97	408,73	492,61
Томская область	47,82	79,17	139,82	196,79	245,14	303,88	333,56
Доля медицинских организаций государственной и муниципальной систем здравоохранения, использующих медицинские информационные системы для организации и оказания медицинской помощи гражданам, обеспечивающих информационное взаимодействие с ЕГИСЗ, %							
Российская Федерация	40	63	82	94	100	100	100
Республика Алтай	76	89	100	100	100	100	100
Алтайский край	30	70	90	94	100	100	100

Регион	31 окт. 2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024
Кемеровская область	21	49	79	91	100	100	100
Новосибирская область	33	81	94	97	100	100	100
Омская область	23	56	58	100	100	100	100
Томская область	44	83	100	100	100	100	100
Доля медицинских организаций государственной и муниципальной систем здравоохранения, обеспечивающих преемственность оказания медицинской помощи гражданам путем организации информационного взаимодействия с централизованными подсистемами государственных информационных систем в сфере здравоохранения субъектов Российской Федерации, %							
Российская Федерация	0	24	65	84	100	100	100
Республика Алтай	0	28	65	91	100	100	100
Алтайский край	0	25	64	81	100	100	100
Кемеровская область	0	31	63	85	100	100	100
Новосибирская область	0	28	64	77	100	100	100
Омская область	0	29	63	84	100	100	100
Томская область	0	21	67	90	100	100	100
Доля медицинских организаций государственной и муниципальной систем здравоохранения, обеспечивающих доступ гражданам к электронным медицинским документам в Личном кабинете пациента «Мое здоровье» на Едином портале государственных услуг и функций, %							
Российская Федерация	0	4	20	36	58	84	100
Республика Алтай	0	7	14	25	40	60	100
Алтайский край	0	2	26	47	75	100	100
Кемеровская область	0	3	26	47	76	100	100
Новосибирская область	0	4	24	44	70	100	100
Омская область	0	4	21	37	59	89	100
Томская область	0	8	21	38	60	90	100

По показателю 1 в базовом периоде максимальное количество пользователей отмечалось в Новосибирской области, вместе с тем наиболее амбициозные обязательства к 2024 г. приняли Кемеровская область и Алтайский край (рост в 24 и 18 раз соответственно). В Республике Алтай не только самый высокий среди регионов Южной Сибири удельный вес медицинских организаций государственной и муниципальной формы собственности, взаимодействующих с ЕГИСЗ, он на 36 пп. выше среднероссийского уровня в базовом периоде, и должен достигнуть 100 % охвата на два года раньше, чем в среднем по стране. По показателям 3 и 4 все регионы стартуют с нулевой отметки. Для реализации проекта было предусмотрено создание на базе ФГБУ «Центральный научно-исследовательский институт организации и информатизации здравоохранения» Минздрава Российской Федерации центра компетенций цифровой трансформации сферы здравоохранения, обеспечивающего в том числе методическую поддержку, координацию реализации мероприятий федерального проекта в субъектах Российской Федерации, разработку и актуализацию нормативно-справочной информации для функционирования единого цифрового контура в здравоохранении. В 2019 г. была предусмотрена разработка методических рекомендаций по проведению оценки (включая методики и критерии) уровня информатизации медицинских организаций в части использования технологий цифрового здравоохранения и уровня информатизации систем здравоохранения субъектов Российской Федерации. Во всех 85 субъектах должны быть проведены работы по обследованию и оцен-

ке медицинских информационных систем, их модернизация и развитие для соответствия требованиям Минздрава Российской Федерации. В 2021 г. запланировано создание и обеспечение функционирования защищенной сети передачи данных, с подключением не менее 80 % территориально-выделенных структурных подразделений медицинских организаций государственной и муниципальной систем здравоохранения субъектов Российской Федерации, в том числе фельдшерские и фельдшерско-акушерские пункты, подключенные к сети Интернет. В 2022 г. все медицинские организации государственной и муниципальной систем здравоохранения субъектов Российской Федерации второго и третьего уровня должны быть подключены к единой подсистеме «Телемедицинские консультации», что позволит обеспечить для врачей возможность получения консультаций по сложным клиническим случаям. Государственные информационные системы в сфере здравоохранения субъектов Федерации будут включать централизованные системы (подсистемы): управление скорой и неотложной медицинской помощью (в том числе санитарной авиации); управление льготным лекарственным обеспечением; управление потоками пациентов; ведение интегрированных электронных медицинских карт пациентов; телемедицинские консультации; лабораторные исследования; центральный архив медицинских изображений; организация оказания медицинской помощи больным онкологическими заболеваниями; организация оказания медицинской помощи больным сердечно-сосудистыми заболеваниями; организация оказания медицинской помощи по профилям «Акушерство и гине-

кология» и «Неонатология» (мониторинг беременных); организация оказания профилактической медицинской помощи (диспансеризация, диспансерное наблюдение, профилактические осмотры). Для граждан в личном кабинете пациента «Мое здоровье» на Едином портале государственных услуг и функций будут доступны: запись на прием к врачу; запись на профилактический медицинский осмотр и диспансеризацию; вызов врача на дом (по решению субъекта Российской Федерации); получение информации о прикреплении к медицинской организации; получение сведений о полисе ОМС и страховой медицинской организации; получение сведений об оказанных медицинских услугах и их стоимости; доступ к электронным медицинским документам; оценка удовлетворенности граждан качеством работы медицинских организаций. Большинство регионов увеличило количество показателей за счет выделения различных видов учреждений по оказанию медицинской помощи. Во всех региональных проектах указано создание к 2022 г. ав-

томатизированных рабочих мест в государственных и муниципальных учреждениях, обеспечивающих взаимодействие с подсистемами ЕГИСЗ, для медицинских работников: Республика Алтай — 1 363, Алтайский край — 14 319, Кемеровская область — 23 172, Новосибирская область — 23 982, Омская область — 24 815, Томская область — 6 060. Кемеровская и Новосибирская области указали количество врачей, которые должны ежегодно обеспечиваться сертификатами усиленной квалифицированной электронной подписи для работы в ЕГИСЗ — не менее 9 372 и 10 000 соответственно. Количество ФАП и ФП, подключенных к сети Интернет: Кемеровская область — 459, Новосибирская — 911, Омская — 527, Томская — 244.

Цель федерального проекта «Развитие экспорта медицинских услуг» — увеличение объема экспорта медицинских услуг не менее чем в 4 раза по сравнению с 2017 г. (до 1 млрд долл. США) на период до 2024 г. В паспорте проекта один основной показатель (табл. 7).

Таблица 7

Данные паспортов региональных проектов по экспорту медицинских услуг по количеству пролеченных иностранных граждан, тыс. человек в 2017—2024 гг.
Passport data of regional projects for the export of medical services by the number of foreign citizens treated, thousand people in 2017—2024

Регион	31 дек. 2017	2019	2020	2021	2022	2023	2024
Российская Федерация	300,00	564,00	696,00	828,00	960,00	1 080,00	1 200,00
Республика Алтай	0,08	0,15	0,18	0,20	0,26	0,29	0,33
Алтайский край	0,47	0,85	1,03	1,24	1,46	1,68	1,91
Кемеровская область	0,07	0,09	0,12	0,16	0,19	0,22	0,27
Новосибирская область	0,58	0,79	1,00	1,33	1,67	2,00	2,33
Омская область	0,26	21,00	21,50	22,00	22,50	23,00	24,00
Томская область	0,42	0,58	0,67	0,75	0,83	0,92	1,00

Республика Алтай, Алтайский край, Кемеровская и Новосибирская области предусмотрели в региональных проектах темпы роста количества пролеченных иностранных граждан примерно на среднероссийском уровне; Томская область при значительно более высокой обеспеченности врачами — только в 2,4 раза; Омская область прогнозирует рост более, чем в 90 раз (начиная с 2019 г. сразу в 81 раз!). Такие темпы, на наш взгляд, не обеспечены ни мощностью учреждений здравоохранения, ни медицинскими кадрами, с одной стороны, ни известностью и популярностью у зарубежных граждан — с другой. Об этом свидетельствуют весьма скромные данные за базовый год даже по сравнению с другими регионами Южной Сибири.

В 2019 г. Минздрав Российской Федерации совместно с АО «Российский экспортный центр» наметили провести мониторинг существующих барьеров развития экспорта медицинских услуг, на его основе совместно с Министерством экономического развития Российской Федерации и Ростуризмом разработать и утвердить программу коммуникационных мероприятий по повышению

уровня информированности иностранных граждан о медицинских услугах, оказываемых на территории Российской Федерации. Для повышения полноты статистической информации было предусмотрено внесение изменений в формы статистической отчетности как государственных и муниципальных, так и частных медицинских организаций. На одно из подведомственных Минздраву Российской Федерации учреждений было решено возложить функции координирующего центра, регулирующего вопросы разработки и внедрения системы мониторинга статистических данных, разработки и внедрения программы коммуникационных мероприятий, анализа структуры международного экспорта медицинских услуг, осуществление межсекторального взаимодействия по оценке потенциала наращивания экспорта медицинских услуг и разработки комплекса мер по его увеличению. Все регионы запланировали разработку программ коммуникационных мероприятий, как и в федеральном проекте. Кемеровская и Омская области предусмотрели финансирование мероприятий региональных проектов в размере 1,0 млн руб. средств из об-

ластного бюджета и 9,9 млн руб. внебюджетных средств соответственно. Перечень запланированных мероприятий очень краток, особенно в Омской области. Например, предусмотрено размещение рекламных материалов в средствах массовой информации Омской области, которые в основном могут донести информацию до иностранных граждан, являющихся трудовыми мигрантами или студентами, проживающими в Омской области. Более продуман подход к реализации этого проекта в Томской области: предусмотрено создать проектный офис, разработать стратегию на основе анализа потенциала Томской области и международного рынка медицинских услуг, методические рекомендации по наращиванию экспорта медицинских услуг для медицинских организаций, включая вопросы международной сертификации, адаптации услуг, обучения персонала, в том числе менеджеров, страхования рисков и организации сопутствующих услуг. При

этом финансирование мероприятий в составе проекта не предусмотрено.

Учитывая, что международный рынок медицинских услуг является высококонкурентным и высокотехнологичным, такой подход, на наш взгляд, не приведет к успешным результатам. Целесообразно объединить усилия нескольких регионов для совместного продвижения проекта за рубежом, сформировать единый бренд «За здоровьем — в Сибирь!», открывающий широкие перспективы не только лечения, но и реабилитации, различных видов отдыха в экологически благоприятных условиях (активный, семейный, для старшего поколения).

Для реализации большинства мероприятий региональных проектов необходимо финансирование. Средства между проектами по Российской Федерации в целом и по регионам Южной Сибири распределены следующим образом (табл. 8).

Таблица 8

Структура финансирования по проектам и регионам
Financing structure by projects and regions

№ п/п	Проект	Российская Федерация	Республика Алтай	Алтайский край	Кемеровская область	Новосибирская область	Омская область	Томская область
1	Развитие системы оказания первичной медико-санитарной помощи: Всего	62,5	517,45	761,46	604,849	14 913,14	831,28	3 754,36
	Удельный вес проекта в общем объеме финансирования по субъекту, %	3,6	13,4	4,0	1,6	45,5	12,8	14,5
2	Борьба с сердечно-сосудистыми заболеваниями: Всего	75,2	149,18	1 420,05	1 444,740	4 460,87	952,14	533,80
	Удельный вес проекта в общем объеме финансирования по субъекту, %	4,4	3,9	7,4	3,8	13,6	14,7	2,0
3	Борьба с онкологическими заболеваниями: Всего	969,0	2 009,57	15 020,48	32 993,860	6 647,10	2 220,16	20 532,84
	Удельный вес проекта в общем объеме финансирования по субъекту, %	56,1	52,1	78,1	85,9	20,3	34,3	79,3
4	Развитие детского здравоохранения: Всего	211,2	743,25	1 038,35	1 462,450	1 736,28	392,20	302,21
	Удельный вес проекта в общем объеме финансирования по субъекту, %	12,2	19,2	5,4	3,8	5,3	6,1	1,2
5	5. Обеспечение медицинских организаций системы здравоохранения медицинскими кадрами: Всего	166,1	0,00	0,00	178,200	521,42	615,82	0,00
	Удельный вес проекта в общем объеме финансирования по субъекту, %	9,6	0,0	0,0	0,4	1,6	9,5	0,0
6	Развитие экспорта медицинских услуг: Всего	0,2	0,00	0,00	1,000	0,00	9,90	0,00
	Удельный вес проекта в общем объеме финансирования по субъекту, %	—	0,0	0,0	0,0	0,0	0,1	0,0

№ п/п	Проект	Российская Федерация	Республика Алтай	Алтайский край	Кемеровская область	Новосибирская область	Омская область	Томская область
7	Создание единого цифрового контура в здравоохранении: Всего	177,7	441,94	989,47	1 722,070	4 506,29	1 456,04	767,96
	Удельный вес проекта в общем объеме финансирования по субъекту, %	10,3	11,4	5,1	4,5	13,7	22,5	3,0
	ИТОГО: млн руб.	—	3 861,39	19 229,81	38 407,170	32785,10	64 77,54	25 891,17
	%	—	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
8	Развитие сети национальных медицинских исследовательских центров и внедрение инновационных медицинских технологий: Всего	63,9	—	—	—	—	—	—
	Удельный вес проекта в общем объеме финансирования, %	3,7	—	—	—	—	—	—

Примечание. Объемы финансирования по Российской Федерации указаны в млрд руб., по субъектам Российской Федерации — в млн руб.

В среднем по России максимальные расходы предусмотрены на проект по борьбе с онкологическими заболеваниями, его удельный вес составляет 56,1 %. Аналогичная ситуация наблюдается в пяти из шести южносибирских регионов (кроме Новосибирской области). В Кемеровской области на этот проект направлено 85,9 % всех средств; также значительно выше других проектов и среднероссийского показателя удельный вес этого проекта в Томской области и Алтайском крае; минимальный удельный вес в Новосибирской области — 20,3 %. Прямо противоположная ситуация по проекту, связанному с развитием системы оказания первичной медицинской помощи: максимум в Новосибирской (45,5 %) и минимум — в Кемеровской (1,6 %) областях. Это коррелирует с данными таблиц по обеспеченности, заболеваемости и смертности (см. табл. 3, 5). Максимальный удельный вес расходов на проект по борьбе с сердечно-сосудистыми заболеваниями значительно выше средних показателей отмечается в Омской и Новосибирской областях; минимальный — в Томской области. Максимальный удельный вес расходов на проект развития детского здравоохранения планируется в Республике Алтай (19,2 %), минимальный — в Томской области (1,2 %). На обеспечение медицинских организаций медицинскими кадрами в трех регионах вообще не предусмотрено средств; в Омской области — на уровне, близком к среднероссийскому (9,5 %); также запланированы расходы в Новосибирской и Кемеровской

областях (1,6 и 0,4 % соответственно). На развитие экспорта медицинских услуг планировали направить средства в Омской и Кемеровской областях. Создание единого цифрового контура в здравоохранении наиболее затратно в Омской области (22,5 %), наименее — в Томской (3,0 %). Если сравнить суммарные расходы по регионам, то максимальная сумма была запланирована в Кемеровской области — 38,4 млрд руб., в Новосибирской — 32,8 млрд руб., Томской — 25,9 млрд руб., в Алтайском крае — 19,2 млрд руб., в Омской области — 6,5 млрд руб. и минимальная сумма в Республике Алтай — 3,9 млрд руб.

Для дополнительного количественного анализа рассмотрим данные по финансированию в расчете на одного жителя, исходя из численности населения на 1 января 2020 г., чтобы исключить смертность, обусловленную пандемией COVID-19. В среднем по России на национальный проект «Здоровье» в расчете на жителя приходится 11 760 руб., в Томской области — в два раза больше, в Республике Алтай — в полтора раза больше, в Кемеровской области — на 23 % больше, в Новосибирской области — на 0,4 % меньше, в Алтайском крае — на 29,4 % меньше и Омской области — более чем в три раза меньше. Разница между максимальным и минимальным значением по регионам Южной Сибири составляет семь раз (Томская и Омская области). Дополним эту информацию анализом финансирования по источникам (табл. 9).

Суммарные объемы финансирования проектов 2019—2024 гг.
Total project financing volumes 2019—2024

Проект	Российская Федерация	Республика Алтай	Алтайский край	Кемеровская область	Новосибирская область	Омская область	Томская область
1. Развитие системы оказания первичной медико-санитарной помощи							
Всего	—	517,45	761,46	604,85	14 913,14	831,28	3 754,36
В том числе:							
федеральный бюджет	—	463,44	670,76	273,58	469,52	689,24	423,16
бюджет субъекта	—	54,01	90,68	331,27	14 443,62	142,01	282,70
внебюджетные источники	—	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	3048,50
2. Борьба с сердечно-сосудистыми заболеваниями							
Всего	—	149,18	1 420,05	1 444,74	4460,87	952,14	533,80
В том числе:							
федеральный бюджет	—	149,18	1 420,05	1 340,74	757,34	933,29	482,41
бюджет субъекта	—	0,00	0,00	104,00	3 703,53	18,85	51,39
3. Борьба с онкологическими заболеваниями							
Всего	—	2 009,57	15 020,48	32 993,86	6 647,10	2 220,16	2 0532,84
В том числе:							
федеральный бюджет	—	275,45	3 054,03	2 157,46	1 926,27	2 220,16	1 049,34
бюджеты государственных внебюджетных фондов	—	1 734,12	11 966,45	2 9841,40	0,00	0,00	0,00
бюджет субъекта	—	0,00	0,00	995,00	4 720,82	0,00	3 941,49
внебюджетные источники	—	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	15 542,01
4. Развитие детского здравоохранения							
Всего	—	743,25	1 038,35	1 462,45	1 736,28	392,2	302,21
В том числе:							
федеральный бюджет	—	60,87	491,04	465,54	413,93	337,29	172,15
бюджеты государственных внебюджетных фондов	—	0,00	0,00	825,03	0,00	0	0,00
бюджет субъекта	—	481,96	20,96	171,88	1 322,35	54,92	50,26
внебюджетные источники	—	200,40	526,35	0,00	0,00	0,00	79,80
5. Обеспечение медицинских организаций системы здравоохранения медицинскими кадрами							
Всего	—	0,00	0,00	178,20	521,42	615,82	0,00
В том числе:							
федеральный бюджет	—	0,00	0,00	0,00	0,00	0	0,00
бюджет субъекта	—	0,00	0,00	178,20	521,42	615,82	0,00
6. Развитие экспорта медицинских услуг							
Всего	—	0,00	0,00	1,00	0,00	9,90	0,00
В том числе:							
федеральный бюджет	—	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
бюджет субъекта	—	0,00	0,00	1,00	0,00	0,00	0,00
внебюджетные источники	—	0,00	0,00	0,00	0,00	9,90	0,00
7. Создание единого цифрового контура в здравоохранении							
Всего	—	441,94	989,47	1 722,07	4 506,29	1 456,04	767,96
В том числе:							
федеральный бюджет	—	299,98	979,88	1 656,15	1 961,31	1 426,92	629,80
бюджет субъекта	—	141,95	9,59	65,92	2 544,98	29,14	138,15
Всего	1 725,8	3 861,39	19 229,81	38 407,17	3 2785,10	6 477,54	25 891,17
В том числе:							
федеральный бюджет	1 366,7	1 248,92	6 615,76	5 893,47	5 528,37	5 606,90	2 756,86
бюджеты государственных внебюджетных фондов	94,0	1 734,12	11 966,45	30 666,43	0,00	0,00	0,00
бюджет субъекта	265,0	677,92	121,23	1 847,27	27 256,72	860,74	4 463,99
внебюджетные источники	0,1	200,40	526,37	0,00	0,00	9,90	18 670,32
Справочно:							
Структура финансирования — всего, %	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
В том числе:							
федеральный бюджет	79,2	32,30	34,40	15,30	16,90	86,60	10,6
бюджеты государственных внебюджетных фондов	5,4	44,90	62,20	79,80	0,00	0,00	0
бюджет субъекта	15,4	17,60	0,60	4,80	83,10	13,30	17,2
внебюджетные источники	0,0	5,20	2,70	0,00	0,00	0,10	72,1

Примечание. По Российской Федерации объемы указаны в млрд руб., по субъектам Российской Федерации — в млн руб.

По России в целом на средства федерального бюджета приходится 79,2 %, на бюджеты субъектов Российской Федерации — 15,4 %, на государственные внебюджетные фонды — 5,4 %. В Новосибирской, Омской и Томской областях не предусмотрено средств из государственных внебюджетных фондов, в Кемеровской и Новосибирской областях нет внебюджетных источников. Максимальный удельный вес средств федерального бюджета — в Омской области (86,6 %), минимальный — в Томской (10,6 %). Максимальный удельный вес средств государственных внебюджетных фондов в Кемеровской области — 79,8 %, Алтайском крае — 62,2 % и Республике Алтай — 44,9 %. Максимальный удельный вес средств бюджета субъекта Российской Федерации — в Новосибирской области (83,1 %), минимальный — в Алтайском крае (0,6 %). Макси-

мальный удельный вес внебюджетных источников в Томской области — 72,1 %.

На наш взгляд, это обусловлено разными подходами разработчиков региональных проектов. Принципы организации бюджетного финансирования проекта «Здравоохранение» публично не обсуждались, регионы включили в состав проектов разные мероприятия, как мы указывали, например финансирование родовых сертификатов за счет средств Фонда социального страхования. Это делает проекты не в полной мере сопоставимыми. Если на период до 2024 г. использовать подход по присвоению баллов и рангов регионам по планируемым показателям, то итоговые показатели будут следующими (табл. 10) (наилучшее значение по сравнению со среднероссийским значением получает 1).

Таблица 10

Суммарные ранги регионов по региональным проектам
Total ranks of regions by regional projects

№ п/п	Региональный проект	Республика Алтай		Алтайский край		Кемеровская область		Новосибирская область		Омская область		Томская область	
		31 дек. 2017 г.	2024 г.	31 дек. 2017 г.	2024 г.	31 дек. 2017 г.	2024 г.	31 дек. 2017 г.	2024 г.	31 дек. 2017 г.	2024 г.	31 дек. 2017 г.	2024 г.
1	Оказание первичной медицинской помощи	20	20	17	17	23	16	18	15	14	11	14	17
2	Борьба с сердечно-сосудистыми заболеваниями	13	9	19	12	25	17	23	13	21	13	25	13
3	Борьба с онкологическими заболеваниями	12	4	6	9	8	4	10	4	10	7	12	6
4	Развитие детского здравоохранения	49	29	37	24	25	19	30	18	25	24	41	16
5	Обеспечение медицинских организаций квалифицированными кадрами	7	7	17	12	21	12	12	15	9	8	14	10
6	Экспорт медицинских услуг	5	5	2	3	6	6	1	2	4	1	3	4
7	Сумма рангов	106	71	98	77	108	74	94	67	83	64	109	66
8	Место региона	4	4	3	6	5	5	2	3	1	1	6	2

Примечания:

1. По Кемеровской области отсутствует один показатель по региональному проекту оказания первичной медицинской помощи.
2. По Омской области в региональном проекте по экспорту медицинских услуг указано заведомо недостижимое значение показателя количества пролеченных иностранных граждан.

При этом следует отметить, что в расчеты не включен проект по цифровизации здравоохранения, так как из четырех показателей, используемых всеми регионами, один представляет численность пользователей, что прямо зависит от численности населения; два других показателя у всех регионов и по Российской Федерации

в базовом периоде равны 0, а в 2024 г. должны быть у всех 100 %. По планируемым параметрам лучших показателей состояния здоровья и развития здравоохранения должна достичь Омская область. Но необходимо сделать следующее замечание: в региональном проекте Омской области по экспорту медицинских услуг указано недо-

стижимое значение показателя, по Кемеровской области отсутствует один показатель по региональному проекту оказания первичной медицинской помощи. С учетом этого одинаковые минимальные (лучшие) баллы будут у Новосибирской и Томской областей. Как и в предыдущие периоды, реализация национального проекта призвана улучшить состояние здравоохранения в регионах, но не стирает различия между ними.

Выводы и предложения

В настоящее время в открытых источниках, в том числе на сайтах органов власти, отсутствуют официальные отчеты регионов о ходе реализации проектов за 2019—2020 гг. Значительные коррективы в этот процесс внесла пандемия COVID-19, обусловившая в 2020 и 2021 гг. значительный рост заболеваемости и смертности, изменение работы стационаров, станций скорой медицинской помощи и поликлиник, в том числе перепрофилирование, приостановку проведения профилактических осмотров и диспансеризации, плановой госпитализации и оказания высокотехнологичной медицинской помощи, перераспределение ресурсов. В 2020 г. Правительство Российской Федерации увеличило субсидии регионам на меры по борьбе с инфекцией, включая дополнительные выплаты сотрудникам, приобретение оборудования, материалов и медикаментов. В 2021 г. увеличено финансирование не только

текущих затрат, но и капитальных вложений, например на строительство современных инфекционных больниц. Региональные органы власти тоже увеличили финансирование здравоохранения. Но одного этого недостаточно. Необходимо дорабатывать методики разработки и реализации национальных проектов на региональном уровне, в том числе предусматривать регулярную сводную отчетность о ходе реализации для населения и медицинского сообщества, возможность публичного обсуждения и подготовки предложений по корректировке проектов, активное привлечение частных медицинских организаций для реализации мероприятий проекта, используя созданную ими современную материально-техническую базу и кадровый состав. Это позволит достичь поставленные результаты с меньшими затратами или в более короткие сроки.

Как показывает мировая практика, здоровье каждого человека является многофакторной системой, включающей в себя наследственность и образ жизни, своевременность и качество оказания медицинской помощи, состояние окружающей среды, включая место проживания, работы и отдыха. Мы рассмотрели только небольшую часть этих факторов, которые свидетельствуют о правильных целях, существующих недостатках в действующих подходах и методиках и необходимости продолжения работы по совершенствованию развития регионального здравоохранения.

Список источников

1. *Россияне назвали приоритеты расходов государства в кризис*. URL: <https://www.rbc.ru/economics/18/02/2021/602d2ed59a79472bb92b71b4>
2. Бедняков А. С., Миэринь Л. А. Национальные проекты России: проблемы и решения // Изв. Санкт-Петербург. гос. эконом. ун-та. 2019. № 4. С. 20—25.
3. Запорожан А. Я. К вопросу о реализации национальных проектов // Управлен. консультирование. 2019. № 5. С. 18—23.
4. Молчанова О. В. Здравоохранение и качество жизни в Южно-Сибирском макрорегионе: сравнительный анализ // Вестн. НГУЭУ. 2021. № 1. С. 191—220.

References

1. Rossijane nazvali priorityety rashodov gosudarstva v krizis [The Russians named the priorities of state spending in the crisis]. Available at: <https://www.rbc.ru/economics/18/02/2021/602d2ed59a79472bb92b71b4>
2. Bednjakov A.S., Mijerin' L.A. Nacional'nye proekty Rossii: problemy i reshenija [National projects of Russia: problems and solutions], *Izv. Sankt-Peterburg. gos. jekonom. un-ta* [Izv. St. Petersburg. State economy. Univ.], 2019, no. 4, pp. 20—25.
3. Zaporazhan A.Ja. K voprosu o realizacii nacional'nyh proektov [On the issue of the implementation of national projects], *Upravlen. konsul'tirovanie* [Managed. Consulting], 2019, no. 5, pp. 18—23.
4. Molchanova O.V. Zdravooxranenie i kachestvo zhizni v Juzhno-Sibirskom makroregione: sravnitel'nyj analiz [Healthcare and quality of life in the South Siberian macroregion: comparative analysis], *Vestn. NGUJeU* [Vestn. NSUEM], 2021, no. 1, pp. 191—220.

Информация об авторе

Молчанова Ольга Витальевна — кандидат экономических наук, доцент, Агентство инвестиционно-го развития Новосибирской области, Новосибирск, Российская Федерация. E-mail: molv@air-nso.ru

Information about the author

Olga V. Molchanova — Candidate of Economic Sciences, Associate Professor, Investment Development Agency of the Novosibirsk Region, Novosibirsk, Russian Federation. E-mail: molv@air-nso.ru

Статья поступила в редакцию 12.10.2021; одобрена после рецензирования 29.10.2021; принята к публикации 05.11.2021.

The article was submitted 12.10.2021; approved after reviewing 29.10.2021; accepted for publication 05.11.2021.