



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

# ТЕНДЕНЦИИ В СОСТОЯНИИ ЗДОРОВЬЯ НАСЕЛЕНИЯ И ПЕРСПЕКТИВЫ РАЗВИТИЯ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

*Стародубов Владимир Иванович*

Москва, 2015

# Внутрироссийский ракурс

- ➔ Для такой огромной страны как Россия, с разнообразием климато-географических, социально-экономических, этно-культурных и конфессиональных особенностей, - продолжительность жизни населения, как показатель степени однородности страны по комплексу условий жизни, является важнейшим индикатором стабильности федеративного государства;
- ➔ В России сохраняются значительные абсолютные различия продолжительности жизни населения:  
до **14,7** лет для мужчин и до **10,4** лет для женщин;
- ➔ Региональный разброс смертности в России сопоставим с масштабами отставания страны в целом от сообщества развитых стран.

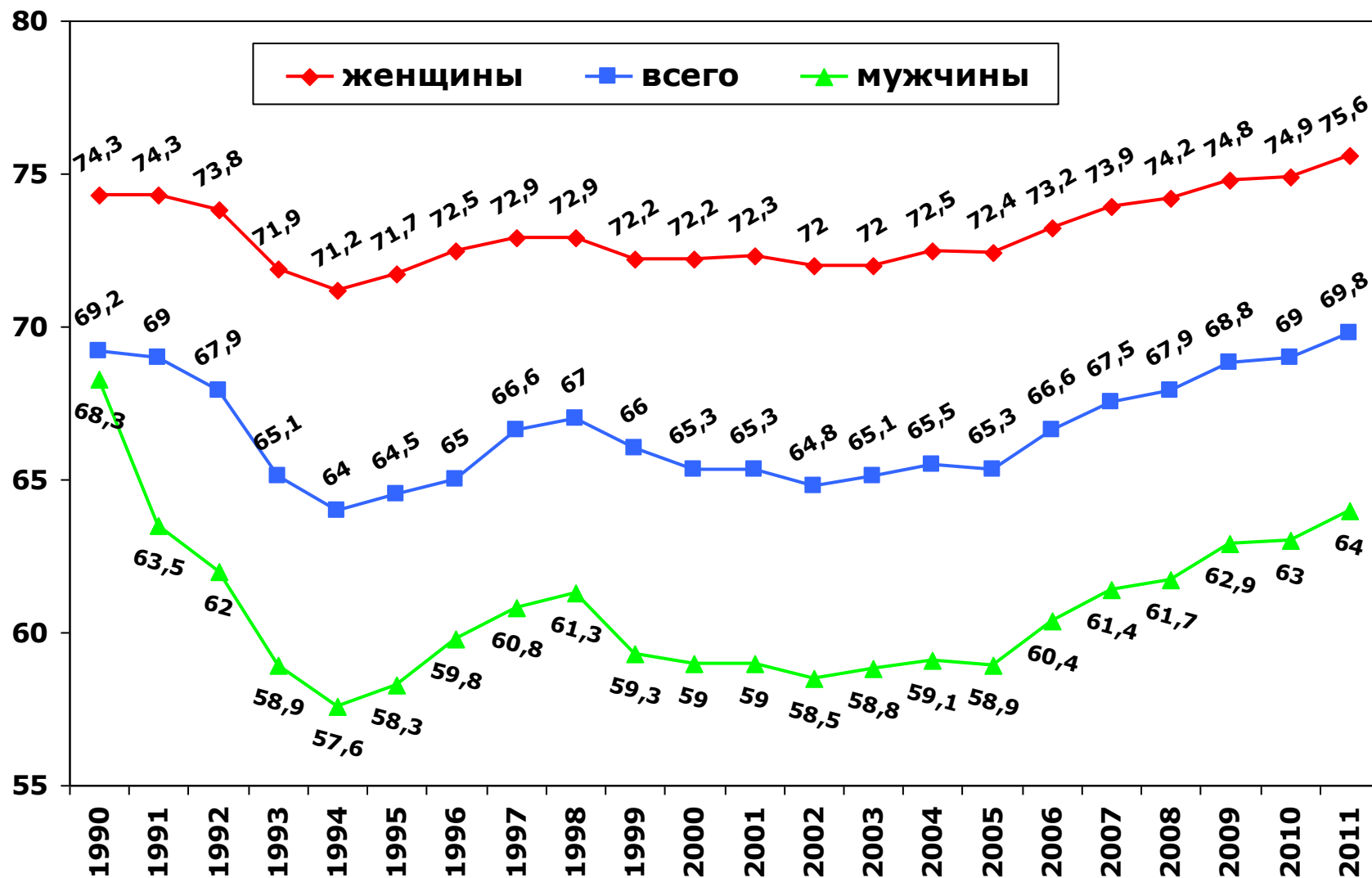
# Средняя продолжительность жизни российского населения

- ➔ В 2013 году по сравнению с 2012 годом средняя продолжительность жизни российского населения увеличилась с 70,2 до 70,8 года.
- ➔ Мужчины стали жить на полгода дольше, а женщины — на 0,3 года (до 65,2 и 76,2 года соответственно).
- ➔ По словам Министра здравоохранения Российской Федерации В.И.Скворцовой продолжительность жизни в России (по результатам восьми месяцев 2014г.) составляет 71,6.
- ➔ При этом, "женщины перешли границу 77 лет, у них продолжительность жизни составила 77,2, у мужчин она ниже - 65,6".

# Различия в продолжительности жизни населения в субъектах Российской Федерации с высокой и низкой продолжительностью жизни, лет

	Смоленская область		Ханты-Мансийский АО	
	мужчины	женщины	мужчины	женщины
<b>Максимальный показатель по муниципальным образованиям</b>	<b>59,8</b>	<b>75,5</b>	<b>68,2</b>	<b>78</b>
<b>Минимальный показатель по муниципальным образованиям</b>	<b>46,8</b>	<b>64,6</b>	<b>53,8</b>	<b>68,5</b>
<b>Различия</b>	<b>13,0</b>	<b>10,9</b>	<b>14,4</b>	<b>9,5</b>

# Ожидаемая продолжительность жизни в Российской Федерации



77,2

71,6

65,6

2014

# Основные медико-демографические показатели

Показатели	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
Рождаемость	10,2	10,4	10,2	10,4	11,3	12,1	12,4	12,5	12,5	13,3	13,2	13,3 +0,8%
Смертность	16,4	16,0	16,1	15,2	14,6	14,6	14,2	14,2	13,4	13,3	13,1	13,1
Младенческая смертность	12,5	11,6	11,0	10,2	9,4	8,5	8,1	7,5	7,3	8,6	8,2	7,4 -9,8%
Естественный прирост	-6,2	-5,6	-5,9	-4,8	-3,3	-2,5	-1,8	- 1,7	-0,9	0,0	0,2	0,2

# Рождаемость

- Рост рождаемости отмечен в 42 субъектах Российской Федерации (наибольший рост рождаемости наблюдался в г. Севастополе - на 8,5%, Сахалинской области - на 4,6%, Ростовской области - на 4,3%, Московской области - на 4,1%, Республике Карелия - на 3,3%).
- Снижение рождаемости отмечается в 30 субъектах (наибольшее снижение рождаемости отмечено в Республике Ингушетия - на 3,3%, Республике Тыва - на 3,1%, Кемеровской области - на 2,9%, Курганской области - на 2,9%, Чеченской Республике - на 2,8%).
- В 13 субъектах Российской Федерации показатель рождаемости не изменился.
- Наиболее высокие показатели рождаемости отмечаются в Республике Тыва - 25,3; Чеченской Республике - 24,2; Республике Алтай - 20,9; Республике Ингушетия - 20,7; Республике Дагестан - 19,1 на 1 000 населения.
- Самые низкие показатели рождаемости отмечены в Ленинградской области - 9,1; Тамбовской области - 9,8; Тульской области - 10,0; Республике Мордовия - 10,1; Смоленской области - 10,8 на 1 000 населения.

# Смертность

- Снижение смертности отмечается в **34** субъектах Российской Федерации, наиболее существенное - в Ненецком автономном округе - на **16,8%**, Республике Мордовия - на **3,4%**, Новгородской области - на **2,8%**, Республике Бурятия - на **2,5%**, г. Санкт-Петербурге - на **2,5%**.
- В **18** субъектах Российской Федерации показатель смертности не изменился.
- Рост показателя смертности отмечается в **33** субъектах Российской Федерации.
- Самые низкие показатели смертности наблюдаются в Республике Ингушетия - **3,5**; Чеченской Республике - **5,0**; Ямало-Ненецком автономном округе - **5,1**; Республике Дагестан - **5,6**; Ханты-Мансийском автономном округе - **6,4** на 1 000 населения.
- Наиболее высокие показатели смертности отмечаются в Псковской обл. - **18,5**; Тверской обл. - **17,8**; Новгородской обл. - **17,3**; Тульской обл. - **17,1**; Курской обл. - **16,6** на 1 000 населения.



# Структура и динамика смертности, 2014г.

- В структуре причин смерти первое место занимают **болезни системы кровообращения** - 49,9% или 653,7 на 100 тыс. населения **(- 6,6%)**, на втором месте - **новообразования** - 15,4% или 201,1 на 100 тыс. населения **(- 0,2%)**, на третьем месте - **внешние причины** - 9,1% или 118,8 на 100 тыс. населения **(- 0,6%)**, в том числе **дорожно-транспортные происшествия** - 14,0 на 100 тыс. населения **(не изменился)**, далее следуют **болезни органов пищеварения** - 5,0% или 66,1 на 100 тыс. населения **(+ 8,4%)**, **болезни органов дыхания** - 4,0% или 53,0 на 100 тыс. населения **(+ 6,2%)**.
- Смертность от **туберкулеза снизилась на 11,7%** и составила за январь - декабрь 2014 года 9,8 на 100 тыс. населения.

# Структура причин смерти, Россия, 1939-2012 (%)

Причины	годы						
	1939	1959	1971	1981	1991	2010	2014
Болезни системы кровообращения	11.3	36.4	46.9	52.6	54.5	56.8	49,9
Новообразования	4.4	18.2	18.7	15.2	17.2	14.5	15,4
Внешние причины	4.8	10.9	8.6	15.0	12.5	10.7	9,1
Болезни органов дыхания	6.8	9.5	8.5	7.9	4.9	3.7	4,0
Болезни органов пищеварения	18.5	4.4	3.0	2.7	2.5	4.5	5,0
Прочие	54.2	20.6	14.3	6.6	8.4	9.8	16,6
Итого	100	100	100	100	100	100	100

# Младенческая смертность

- За 12 месяцев 2014 года снижение младенческой смертности отмечается в 62 субъектах Российской Федерации, в Брянской области, Мурманской области показатель не изменился.
- Наиболее низкие показатели младенческой смертности наблюдаются в г. Санкт-Петербурге - 4,3; Чувашской Республике - 4,4; Тамбовской области - 4,5; Кировской области - 4,5; Ханты-Мансийском автономном округе - 4,5 на 1 000 родившихся живыми.
- Наиболее высокие показатели младенческой смертности отмечаются в Чукотском автономном округе - 22,3; Чеченской Республике - 15,5; Еврейской автономной области - 15,3; Республике Тыва - 14,9; Республике Ингушетия - 14,7 на 1 000 родившихся живыми.

# Ракурс здравоохранения

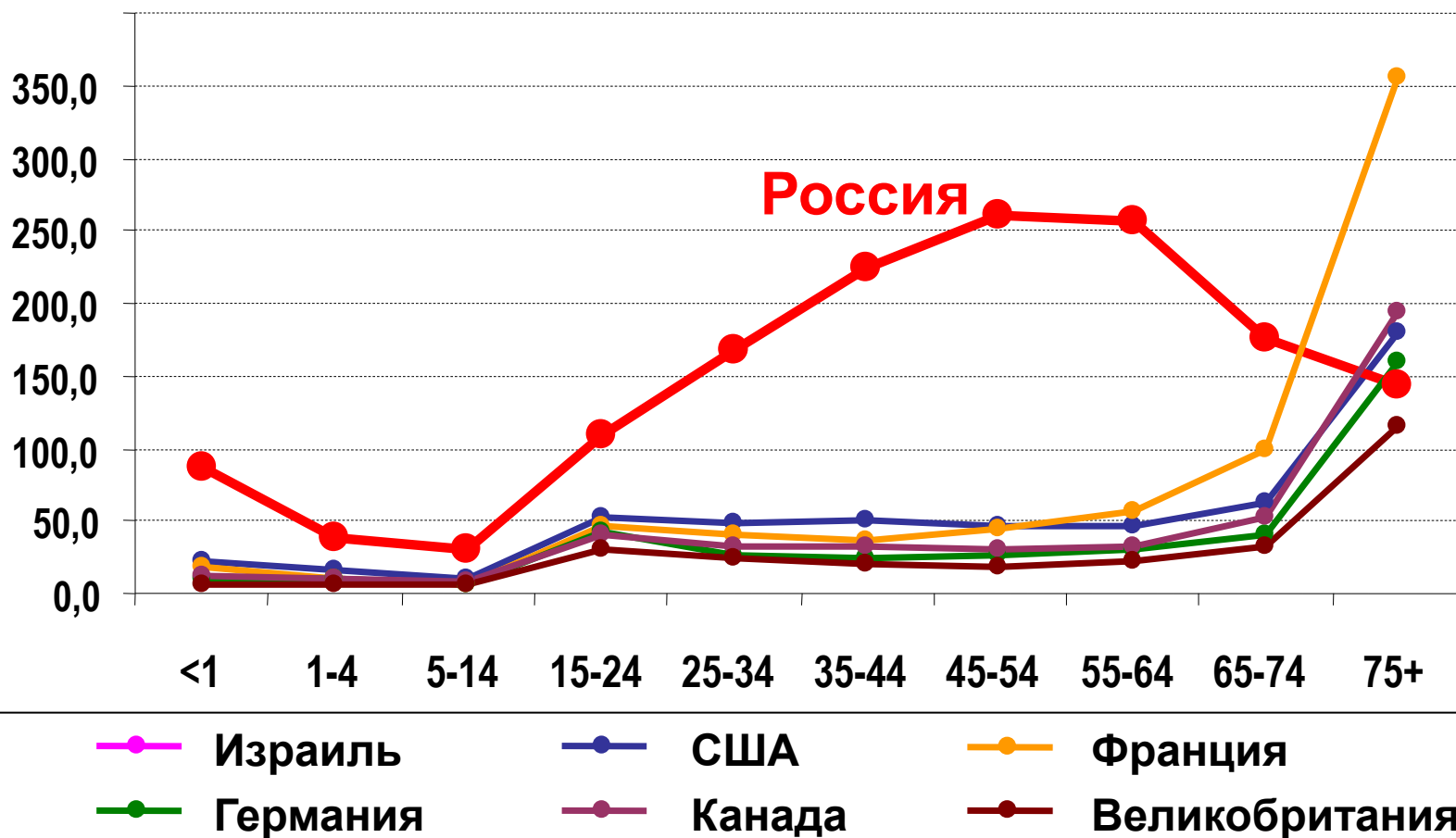


Наслоение не полностью решенных задач предыдущих этапов эпидемиологического перехода актуализирует в повестке дня отечественного здравоохранения не только задачи, характерные для современных обществ с демографически старым населением, но и проблемы, специфичные для развивающихся стран с актуальными проблемами смертности детей и трудоспособного населения от причин, предотвратимых при современном уровне развития здравоохранения.



Если воспользоваться европейским списком предотвратимых причин и возрастными границами предотвратимой смертности, которые получили высокий уровень поддержки среди российских экспертов в разных регионах России, то оказывается, что в середине 2000-х годов вклад предотвратимой смертности в общую смертность составлял около **53%** для мужчин, и **22%** для женщин.

# Повозрастные показатели смертности от внешних причин в различных странах



# **Общая заболеваемость – один из важнейших критериев оценки здоровья населения.**

**2014 год**

**Зарегистрировано  
235008,1 тысячи  
случаев заболеваний**

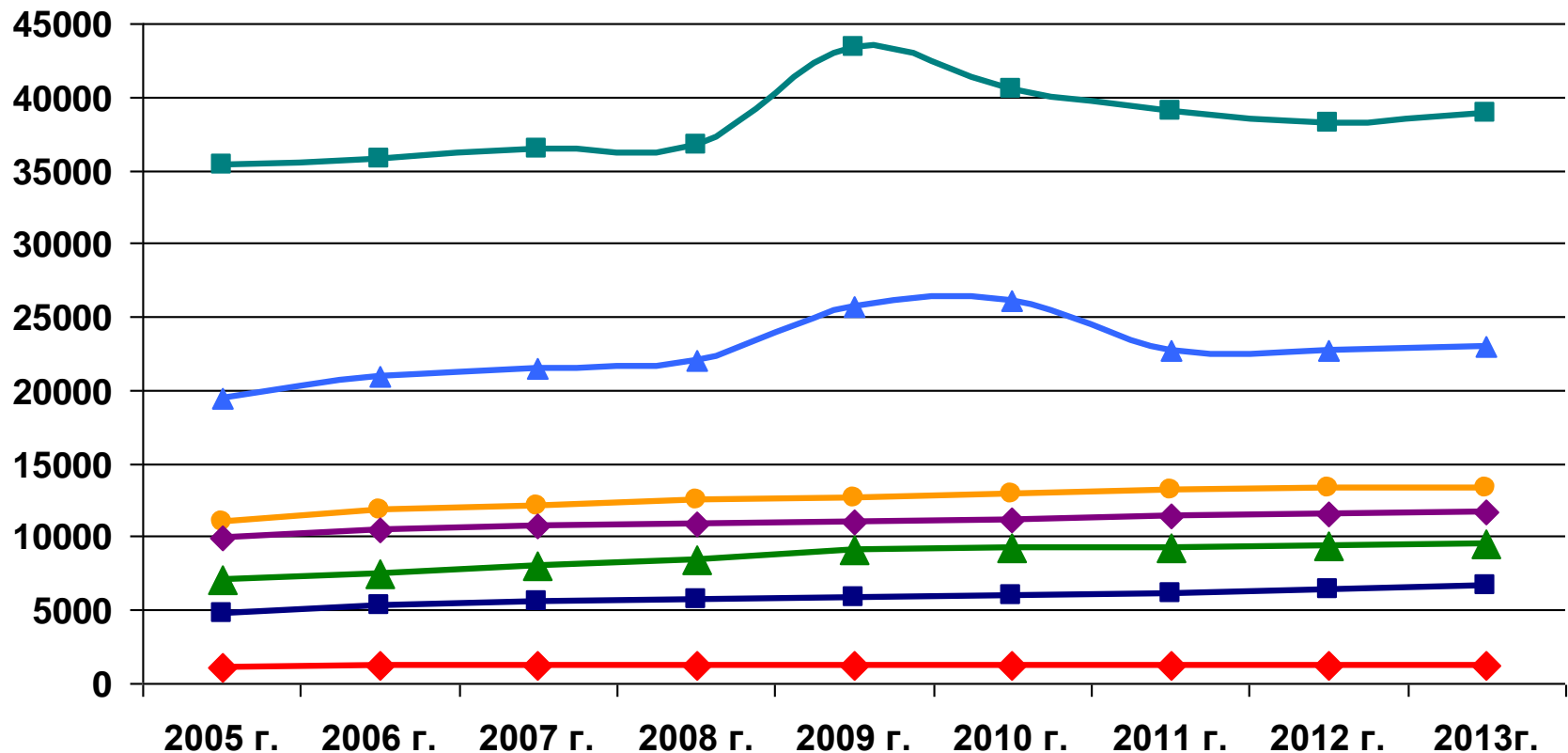


**160863,2 на 100000  
среднегодовой численности  
населения ( в 2013г. – 161241,5)**



**Снижение  
всего на 0,2%**

# Общая заболеваемость по отдельным классам болезней (на 100000 чел. нас.)

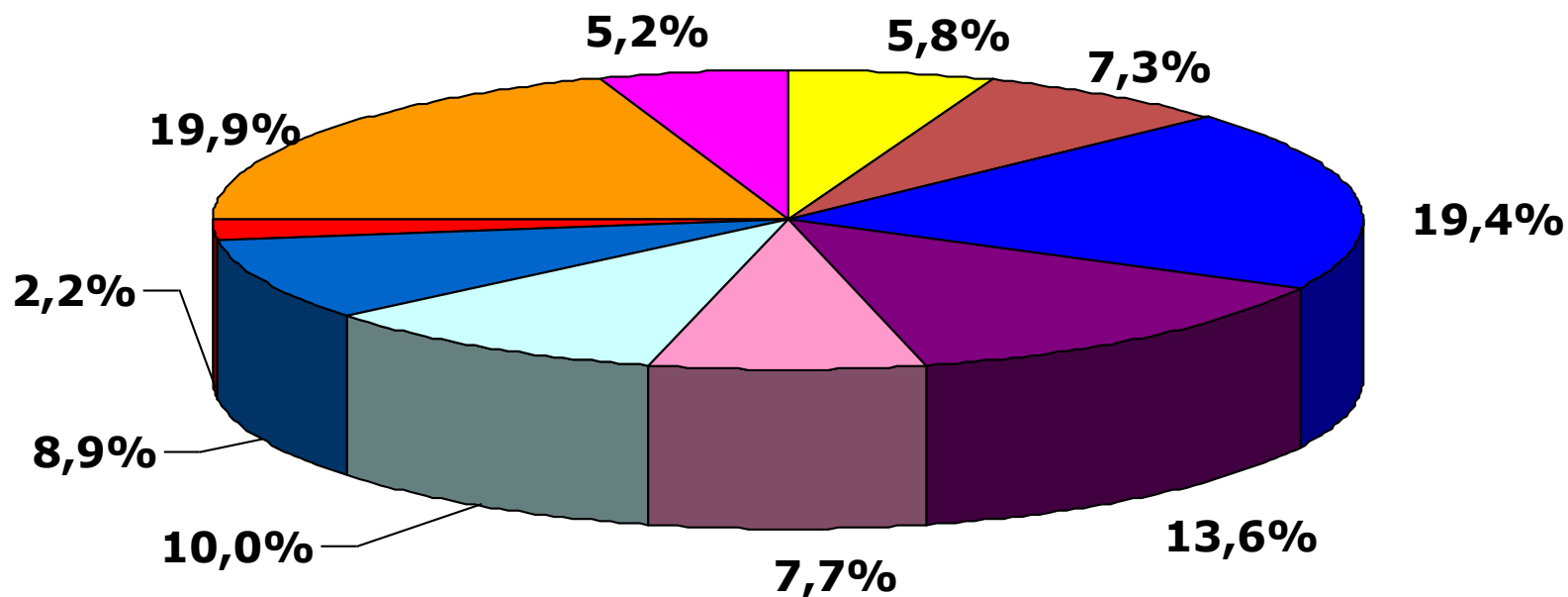


- ♦— Болезни крови и кроветворных органов
- Болезни эндокрин. системы, расстройства питания и нарушения обмена веществ
- ▲— Болезни системы кровообращения
- Болезни органов дыхания
- Болезни костно-мышечной и соединит. ткани
- ◆— Болезни мочеполовой системы
- ▲— Беременность, роды, послерод. период

- ❑ В 2013 году наиболее **низкие уровни заболеваемости** в расчете на 100000 населения регистрировались в Курской обл. (**112882,7**), Кабардино-Балкарской Республике (**112645,1**), Республике Тыва (**112640,9**), Республике Северная Осетия (Алания) (**112442,2**), Еврейской автономной обл. (**111344,1**) и Ленинградской области (**98661,1**);
- ❑ **самые высокие** в Республике Карелия (**225207,9**), Самарской обл. (**227666,2**), Чувашской республике (**229635,9**), Алтайском крае (**255192,2**) и Ненецком автономном округе (**287183,6**).
- ❑ Из приведенных выше данных видно, что минимальные и максимальные уровни регистрируемой заболеваемости по данным обращаемости различаются более чем в **2,9 раза**, что говорит о проблемах с учетом заболеваемости в регионах.



# Структура общей заболеваемости взрослого населения Российской Федерации в 2014 г. (в %)



Травмы и отравления

Болезни системы кровообращения

Болезни органов пищеварения

Болезни мочеполовой системы

Прочие

Болезни глаза и его придаточного аппарата

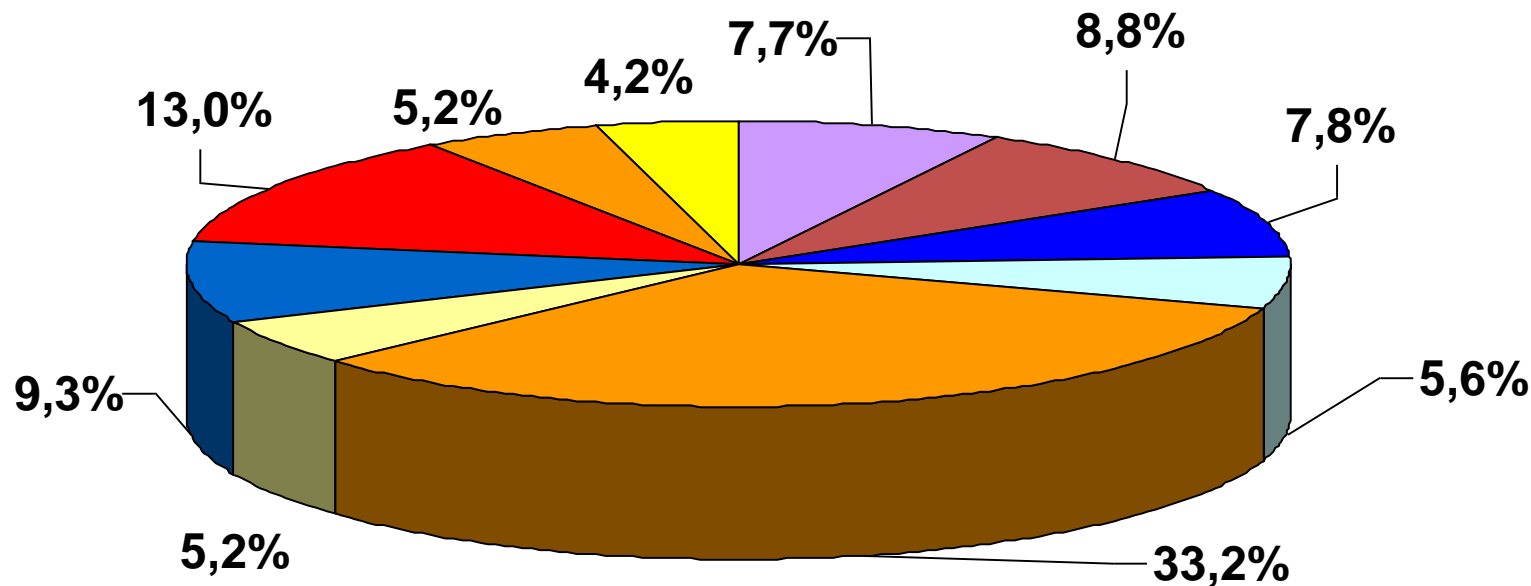
Болезни органов дыхания

Болезни костно-мышечной системы

Беременность, роды и послерод. период

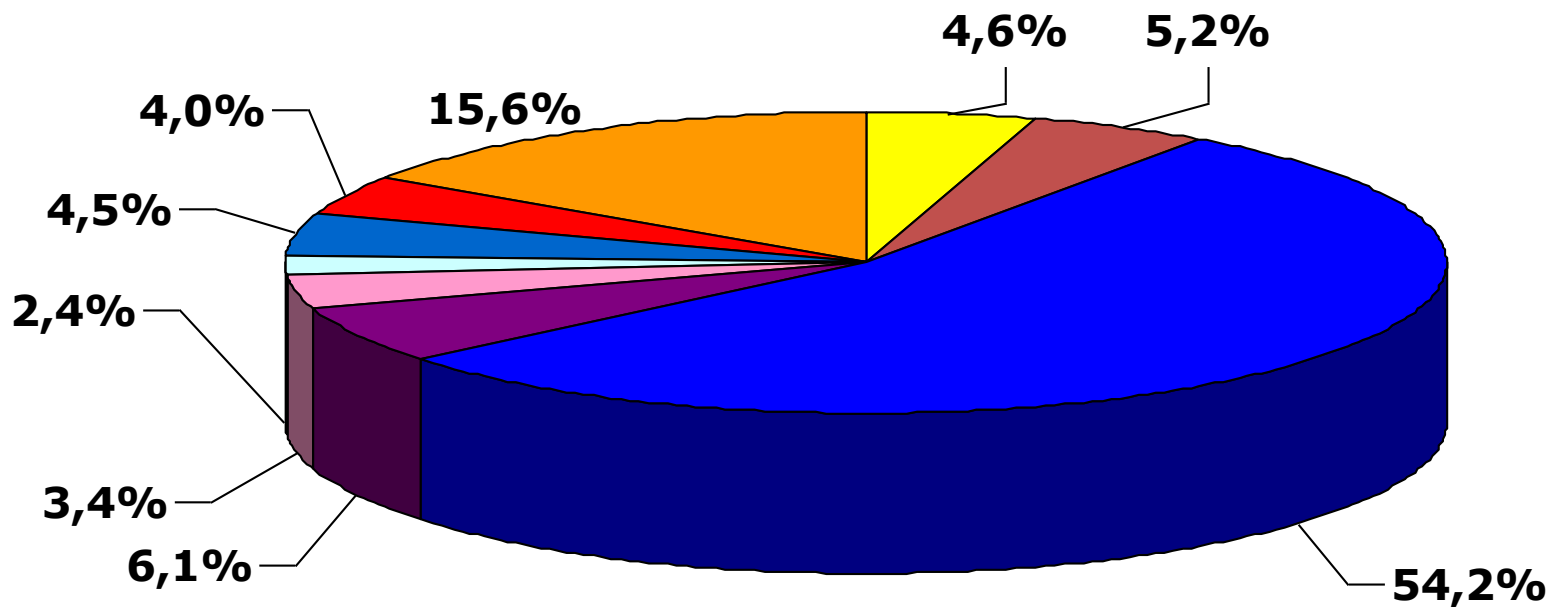
Болезни эндокринной системы

## Структура общей заболеваемости детей в возрасте 15-17 лет на 100000 человек населения (2014 г.)



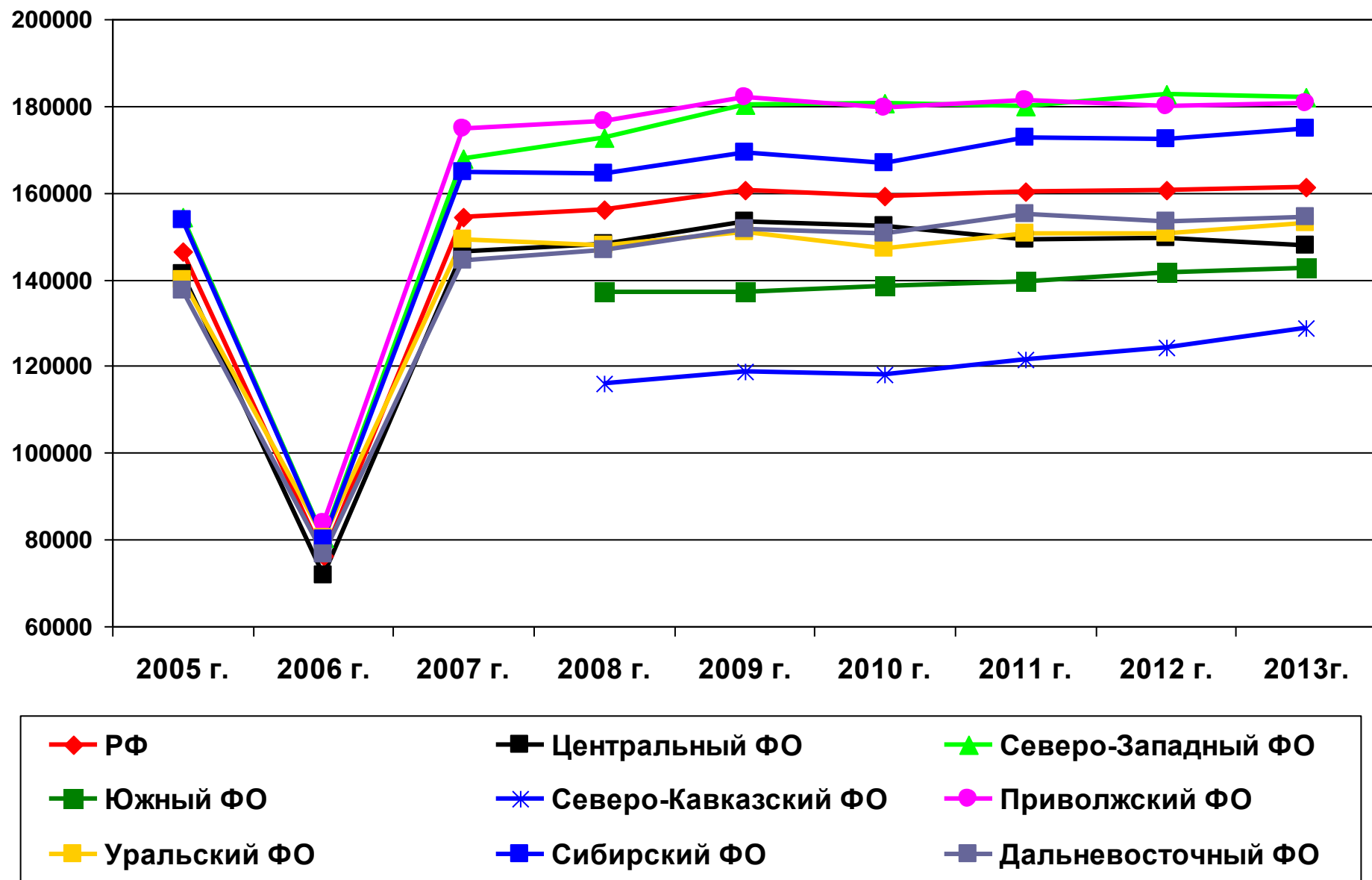
- травмы, отравления
- болезни органов пищеварения
- болезни костно-мышечной системы
- болезни нервной системы
- болезни органов дыхания
- болезни кожи и подкожной клетчатки
- болезни глаза
- прочие
- болезни мочеполовой системы
- болезни эндокринной системы

## Структура общей заболеваемости детей в возрасте 0-14 лет на 100000 человек населения (2014 г.)

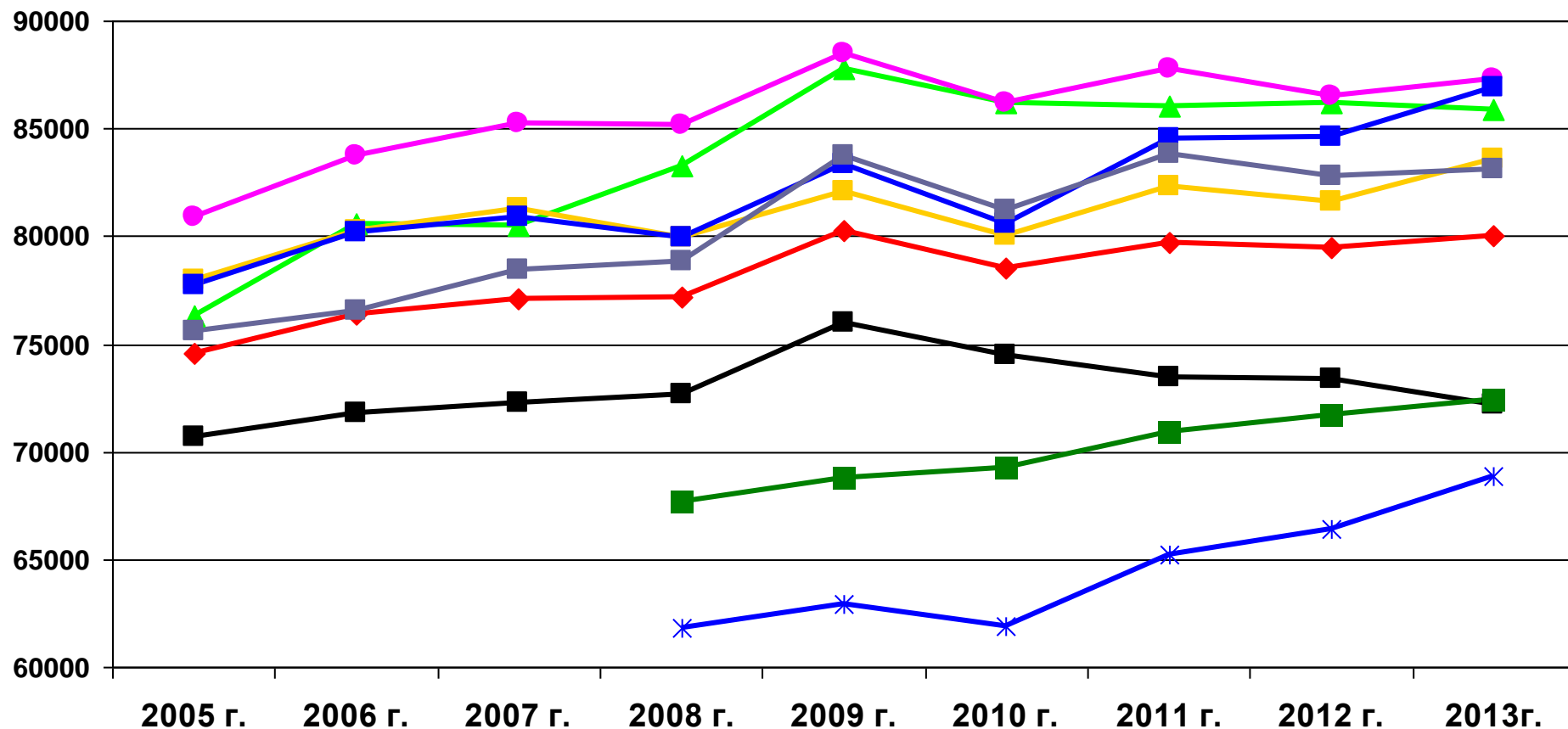


- |                                      |   |
|--------------------------------------|---|
| Травмы и отравления                  | Болезни глаза и его придаточного аппарата |
| Болезни органов дыхания              | Болезни органов пищеварения               |
| Болезни костно-мышечной системы      | Болезни мочеполовой системы               |
| Болезни кожи и придаточного аппарата | Болезни нервной системы                   |
| прочие                               |   |

# Общая заболеваемость населения в федеральных округах за 2005 – 2013 гг. (на 100000 населения)



# Заболеваемость населения с диагнозом, установленным впервые в жизни, в федеральных округах за 2005 – 2013 гг. (на 100000 населения)



—◆— РФ

—■— Центральный ФО

—▲— Северо-Западный ФО

—■— Южный ФО

—\*— Северо-Кавказский ФО

—●— Приволжский ФО

—■— Уральский ФО

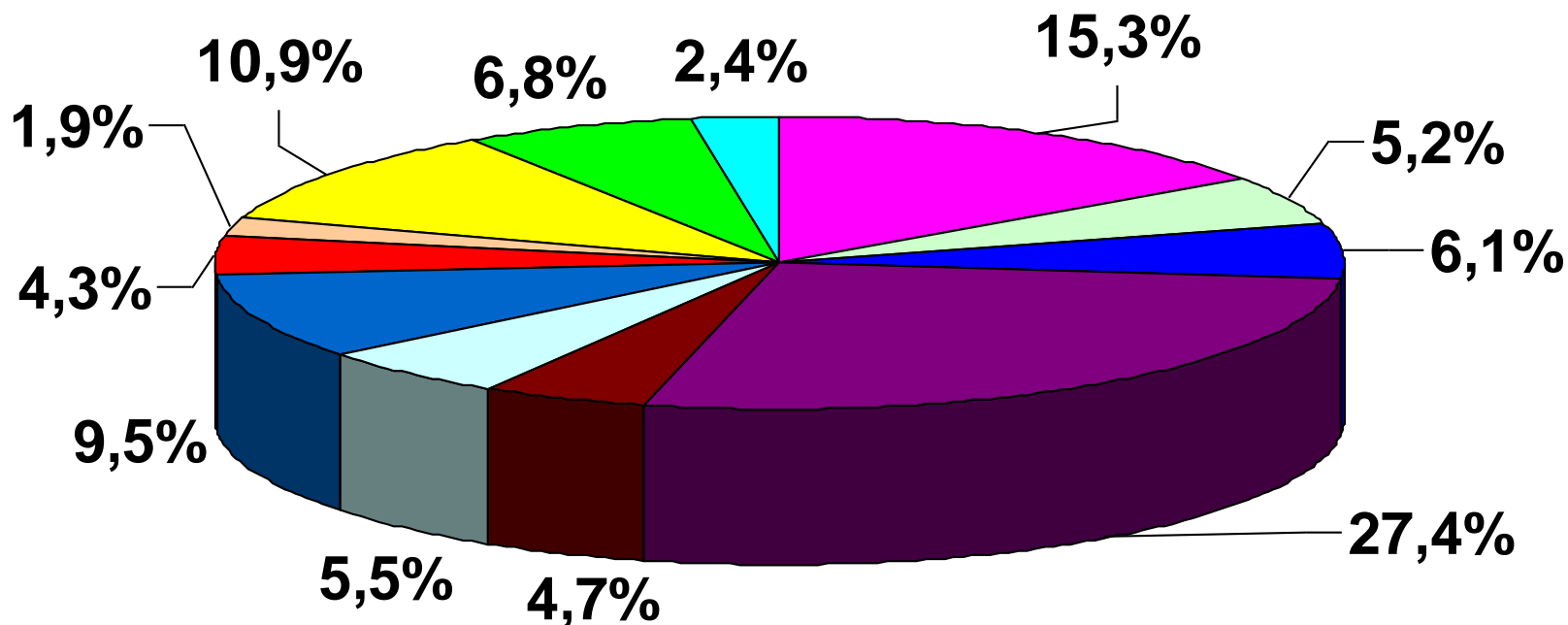
—■— Сибирский ФО

—■— Дальневосточный ФО

# Первичная заболеваемость населения в Российской Федерации в 2011 – 2012 гг. (на 100000 населения)

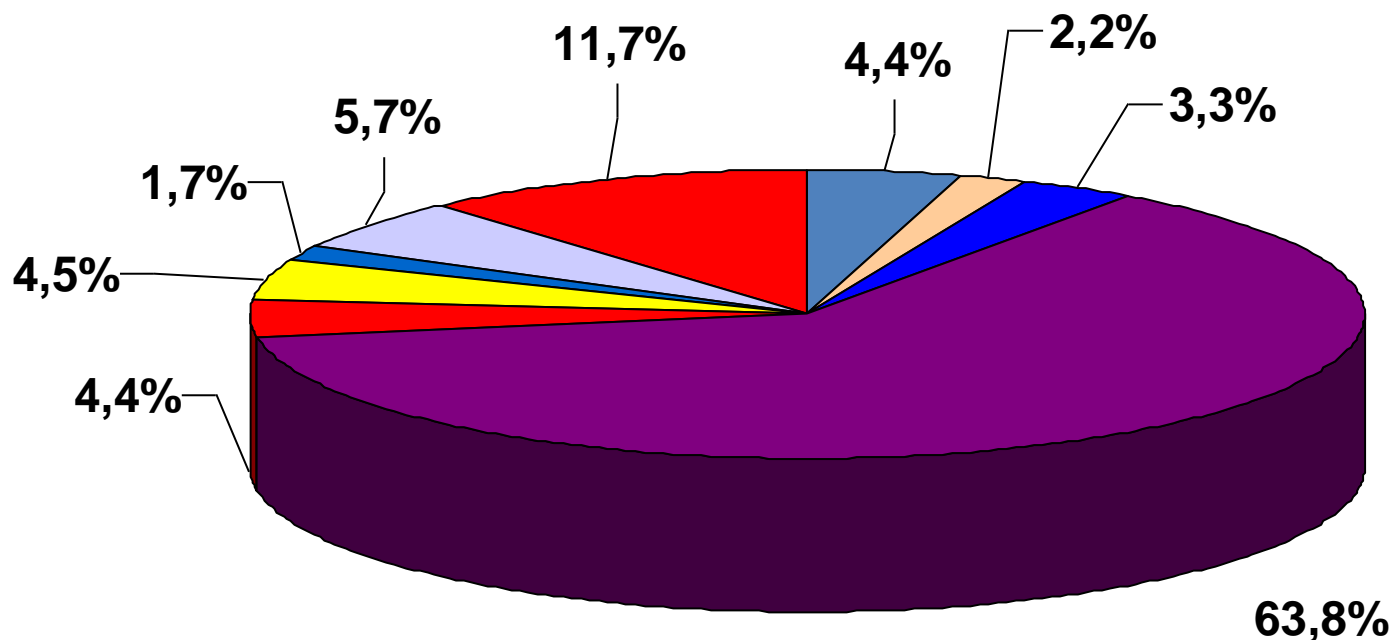
<i>Классы болезней</i>	<i>2011</i>	<i>2012</i>
<b>Всего</b>	<b>79687,4</b>	<b>80030,3</b>
Некоторые инфекционные и паразитарные болезни	3235,9	3093.3
Новообразования	1109,4	1136.3
Болезни крови, кроветвор.органов и отд. нарушения...	473,1	466.1
Болезни эндокринной системы, расстройства питания и нарушения обмена в-в	1031,4	1065.0
Психические расстройства и расстройства поведения	566,4	539,5
Болезни нервной системы	1646,6	1649.5
Болезни глаза и его придаточного аппарата	3327,9	3504.4
Болезни уха и сосцевидного отростка	2780,6	2800.0
Болезни системы кровообращения	2660,6	2989.1
Болезни органов дыхания	33881,1	33881.6
Болезни органов пищеварения	3334,4	3526.6
Болезни кожи и подкожной клетчатки	4752,8	4701.8
Болезни костно-мышечной системы и соединительной ткани	3363,8	3232.5
Болезни мочеполовой системы	4931,5	4985.9
Врожденные. аномалии (пороки развития), деформации и хромосомные нарушения	211,3	208.1
Симптомы, признаки и отклонения, выявленные при клинических и лабораторных исследованиях	681,1	632.2
Травмы, отравления и некоторые другие последствия воздействия внешних причин	9276,2	9267.9

## Структура первичной заболеваемости взрослого населения в Российской Федерации в 2014 г. (в %)



- |                                    |   |
|------------------------------------|---|
| ■ Травмы и отравления              | ■ Болезни глаза и его придаточного аппарата |
| ■ Болезни системы кровообращения   | ■ Болезни органов дыхания                   |
| ■ Болезни органов пищеварения      | ■ Болезни костно-мышечной системы           |
| ■ Болезни мочеполовой системы      | ■ Беременность, роды и послерод. период     |
| ■ Болезни нервной системы          | ■ Прочие                                    |
| ■ Болезни кожи и подкож. клетчатки | ■ Новообразования                           |

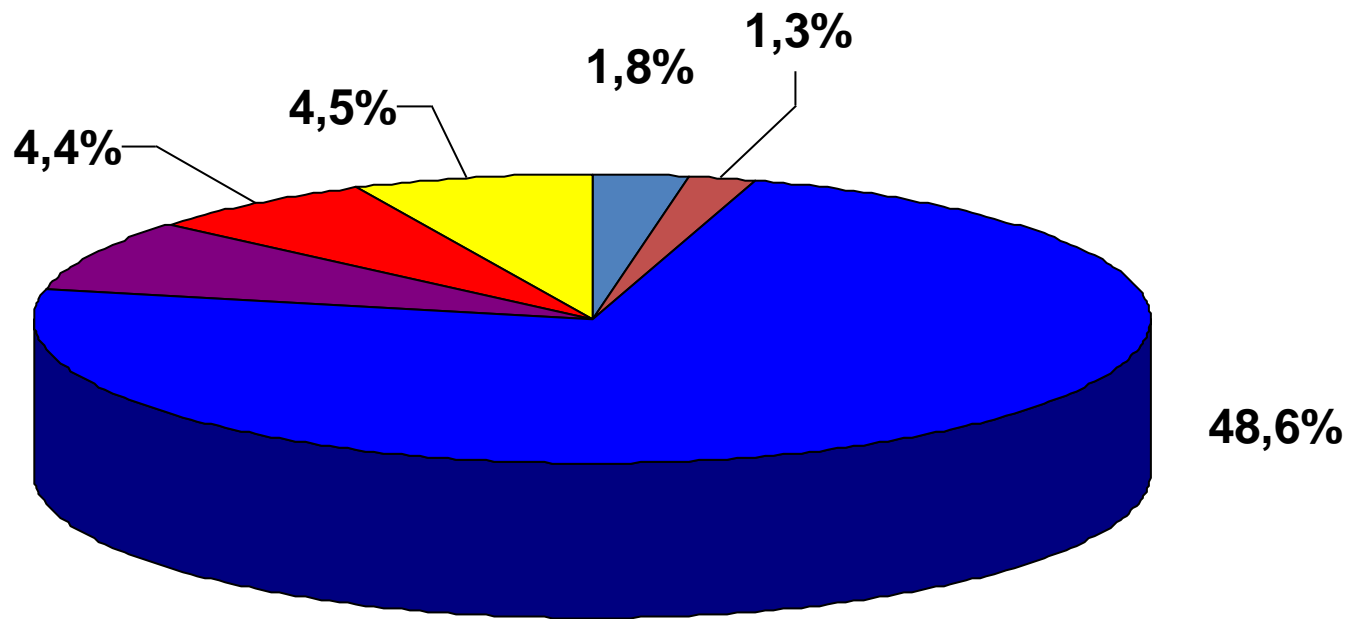
# Структура первичной заболеваемости детей в возрасте 0-14 лет в Российской Федерации в 2014 г. (в %)



- |   |                                      |
|---|--------------------------------------|
| ■ Некоторые инфекционные и паразитарные болезни | ■ Болезни нервной системы            |
| ■ Болезни глаза и его придаточного аппарата     | ■ Болезни органов дыхания            |
| ■ Болезни органов пищеварения                   | ■ Болезни кожи и подкожной клетчатки |
| ■ Болезни мочеполовой системы                   | ■ Травмы, отравления...              |
| ■ Прочие  |                                      |



# Структура первичной заболеваемости детей в возрасте 15-17 лет в Российской Федерации в 2012 г. (в %)



- Болезни эндокринной системы, расстройства питания и нарушения обмена веществ
- Болезни системы кровообращения
- Болезни органов дыхания
- Болезни органов пищеварения
- Болезни костно-мышечной системы и соединительной ткани
- Болезни мочеполовой системы

# Первая Глобальная Министерская Конференция по здоровому образу жизни и профилактике НИЗ

**ПОЛИТИЧЕСКАЯ ВОЛЯ**

**НАЦИОНАЛЬНЫЕ И ГЛОБАЛЬНЫЕ  
МУЛЬТИСЕКТОРАЛЬНЫЕ ПРОГРАММЫ  
ПРОФИЛАКТИКИ**





# Стратегия высокого риска по первичной профилактике

Скрининг здоровья



Стратификация рисков



Индивидуальные программы  
профилактики



Наблюдение групп высокого риска

# Результаты глобального опроса взрослого населения о потреблении табака в России

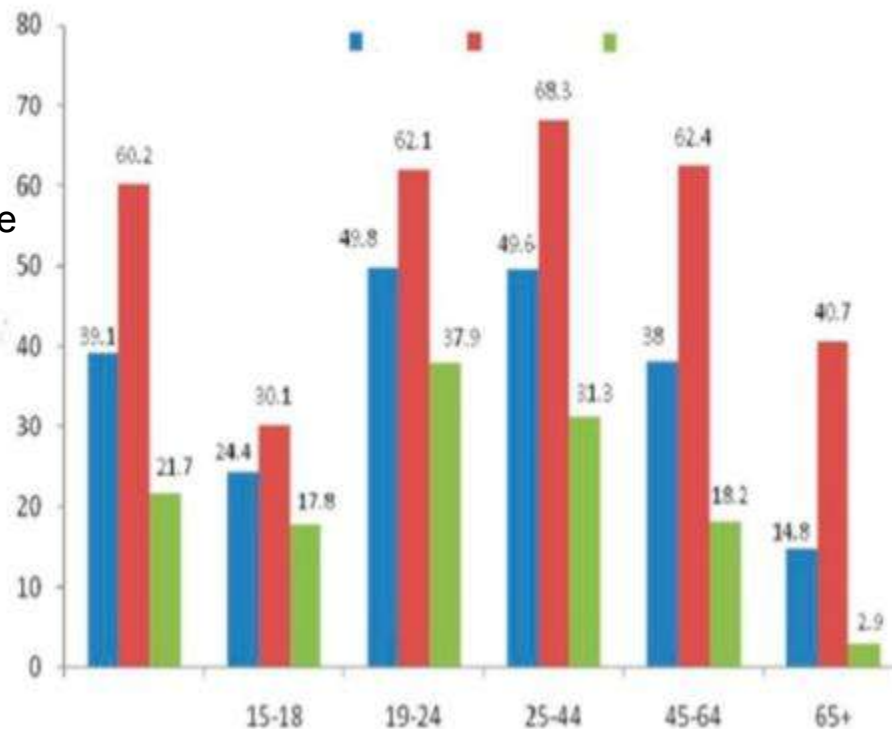
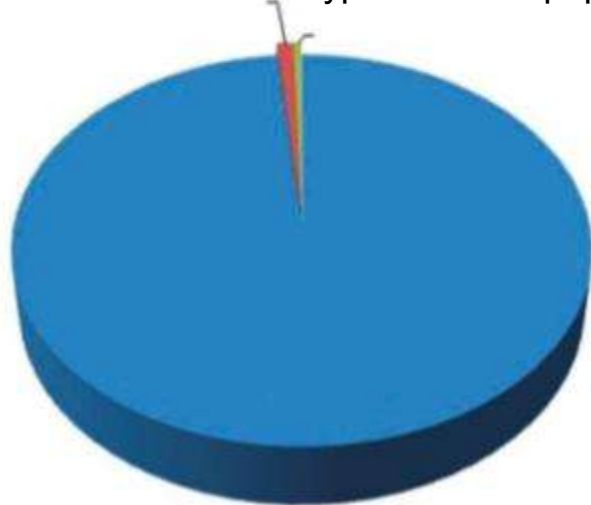
39,1% (43,9 млн. чел.) – курящие

- Курящих среди мужчин – 60,7% (30,6 млн.).
- Отмечается рост распространенности среди женщин (с ~16% в 2001г до 21,7% в 2009)

## Употребляющие табак в настоящее время

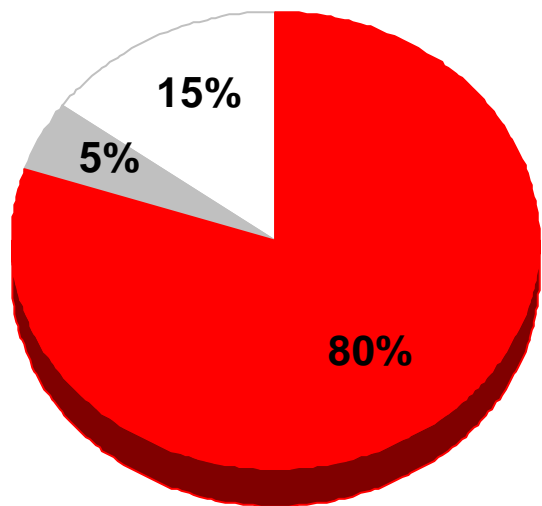
В некурительной форме

В некурительной и курительной форме



## Структура смертности в России схожа со странами с высоким уровнем дохода, но динамика факторов риска разная

### Структура смертности в РФ<sup>1</sup>



■ Неинфекционные заболевания

■ Инфекционные заболевания

□ Травмы

### Факторы риска <sup>1,2,3,4</sup>

Динамика за 2000-2008гг.

#### Табак

Число выкуриваемых сигарет на чел.  
в год, динамика за 8 лет

–4%

2 319

#### Алкоголь

Литры чистого алкоголя на чел. в год,  
динамика за 8 лет

–1,2%

15,2

#### Избыточный вес

Доля населения с избыточным весом  
(BMI > 25), динамика за 8 лет

0%

49,1

Россия

<sup>1</sup> Источник: Global Health Observatory Database <http://apps.who.int/ghodata/>

<sup>2</sup> Источник: WHO Global InfoBase <https://apps.who.int/infobase/Comparisons.aspx>

<sup>3</sup> Источник: The Tobacco Atlas <http://www.tobaccoatlas.org/consumption.html>

<sup>4</sup> Источник: Атлас Госкомстат; 2011 <http://www.gks.ru>

# РАЗВИТИЕ ЗДОРОВОГО ОБРАЗА ЖИЗНИ



**Поэтапное введение запрета на курение в общественных местах**



**Введение полного запрета на рекламу табачной продукции**



**Последовательное проведение политики повышения акцизов на алкогольную и табачную продукцию. Цены на табак должны стать запретительными для подростков**



**Повышение НДС на отдельные продукты питания, наносящие наибольший вред здоровью (сладкая газированная вода, фаст-фуд и т. д.)**



**Обеспечение доступа населения к объектам спортивной инфраструктуры общеобразовательных учреждений, спортивных школ, ведомственных объектов спортивной инфраструктуры**



**Включение уроков здорового образа жизни в стандарт обучения в младших и средних классах**



**Масштабное расширение социальной рекламы здорового образа жизни в прессе, на телевидении, в сети Интернет**



**Участие всех министерств и ведомств в формировании профилактической среды, расширение полномочий МЗСР как координатора этой деятельности**

## Медицинские организации (2013 - 2014 гг.)



Всего в Российской Федерации в системе Министерства здравоохранения в 2014г. функционировало **8483** (в 2013г. – **8808**) – снижение на 3,7%;

*в том числе лечебно-профилактических – 7098*  
(в 2013г. – **7300**), из них

Больничных МО – **4295** (в 2013г. – 4398)

Диспансеров – **747** (в 2013г. – 794)

Амбулаторно-поликлинических МО  
самостоятельных – **1352** (в 2013г. – 1395)

Клиник НИИ и ВУЗов – **85** (в 2013г. – 89)

Стоматологических поликлиник – **704** (в 2013г. – 713)

# Показатели деятельности коечного фонда по Российской Федерации в 2014 г. (предварительные данные):



Число коек на конец года: **1 104 622**



Обеспеченность койками: **75,5 на 10 000 населения**



Уровень госпитализации: **20,8 на 100 чел.**



Средняя длительность пребывания  
больного в стационаре: **11,9 дня**



Средняя занятость койки в году: **321,1 дня**



Больничная летальность: **1,5%**



**На протяжении нескольких десятилетий  
общей стратегической линией кадровой  
политики здравоохранения являлось  
наращивание численности медицинских  
кадров**

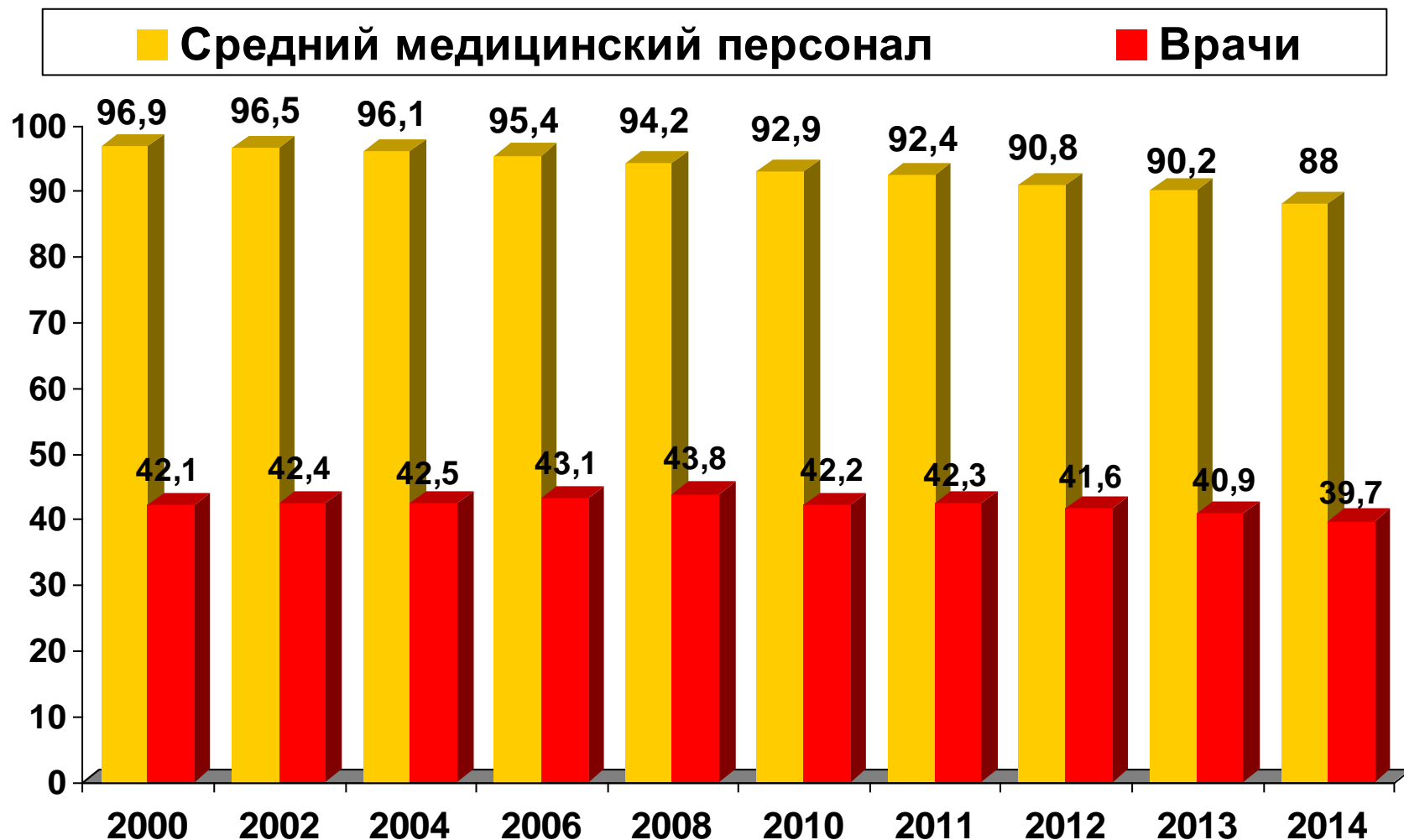
**в результате**



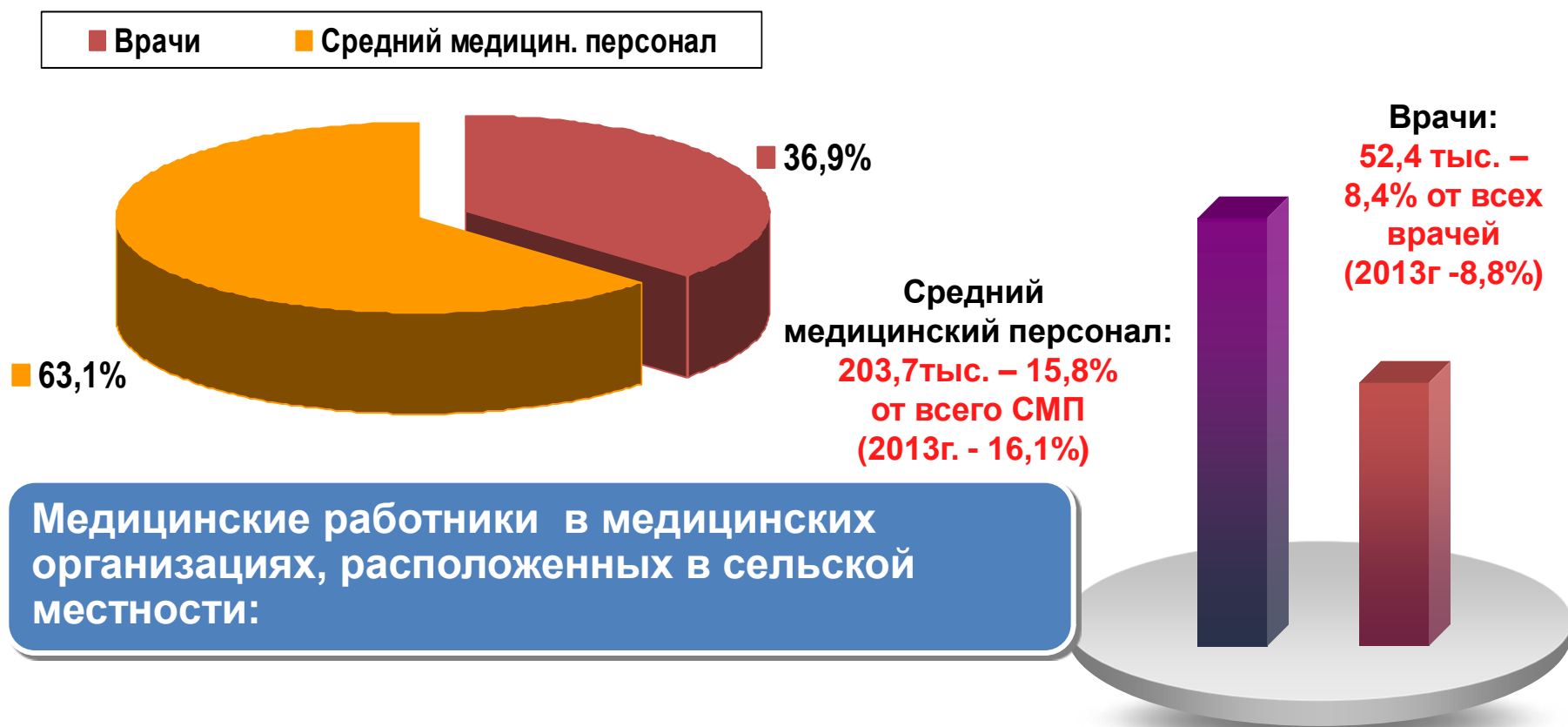
**Россия вышла на одно  
из первых мест в мире  
по числу врачей и  
обеспеченности ими  
населения**

**В то время как  
качественный уровень  
специалистов имел  
стойкую тенденцию к  
снижению**

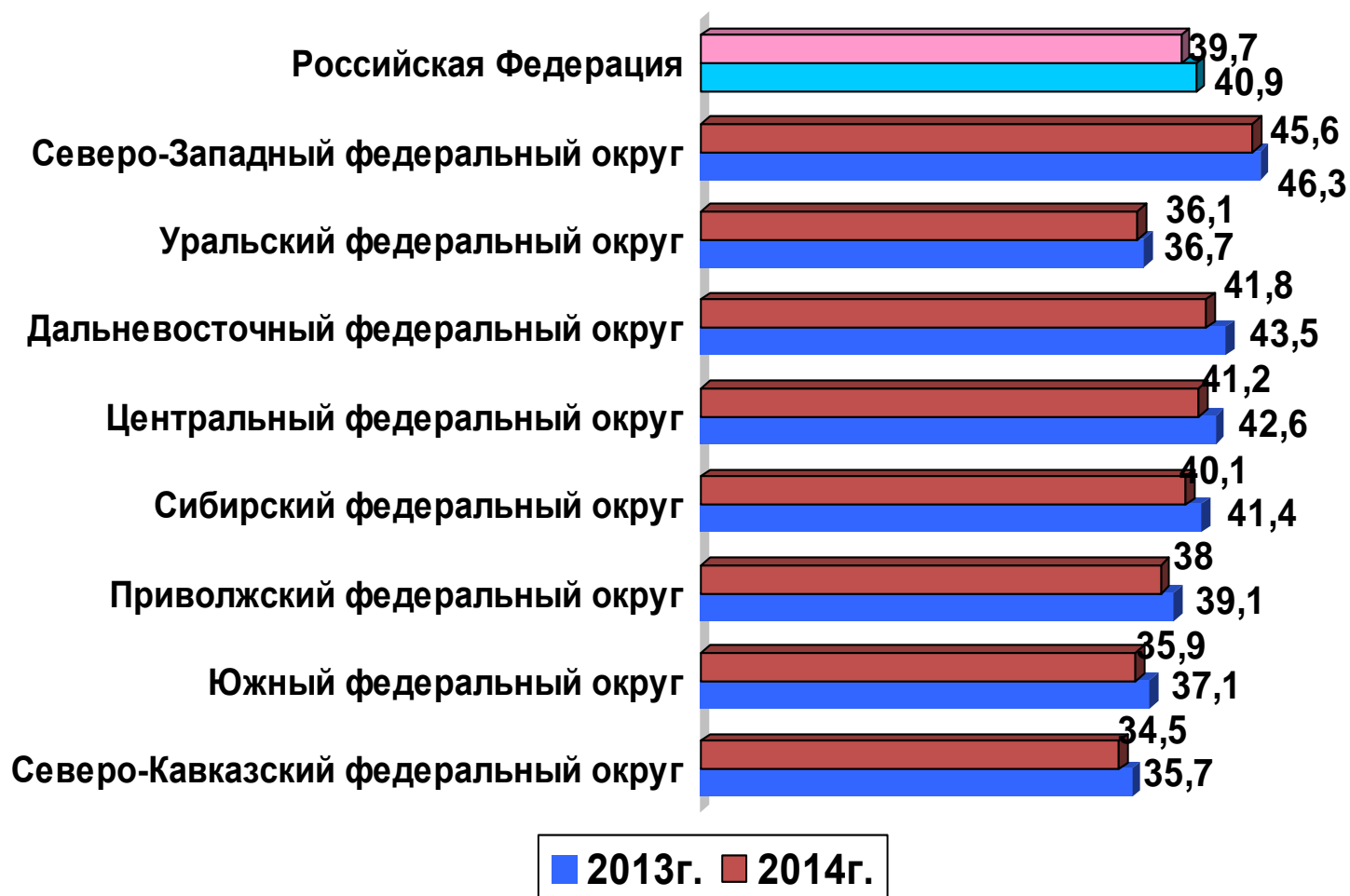
# Обеспеченность врачами и средними медицинскими работниками (на 10 тысяч населения)



В 2014 году в медицинских организациях Российской Федерации работали **1868,0 тыс.** работников с высшим и средним медицинским образованием



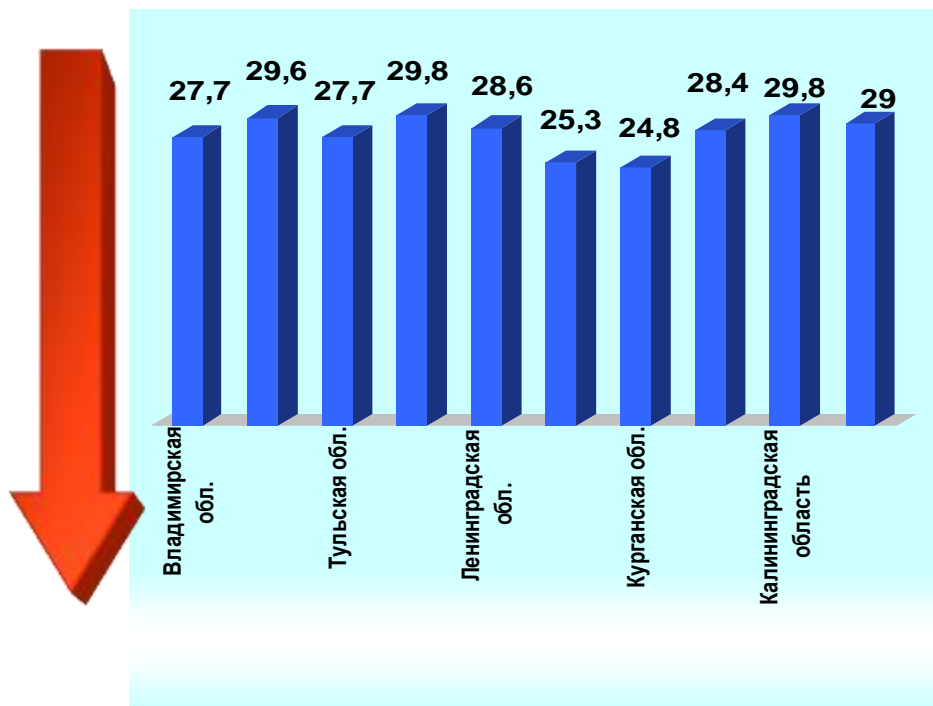
# Обеспеченность населения врачами по Федеральным округам, 2013 - 2014 г., на 10 тыс. населения



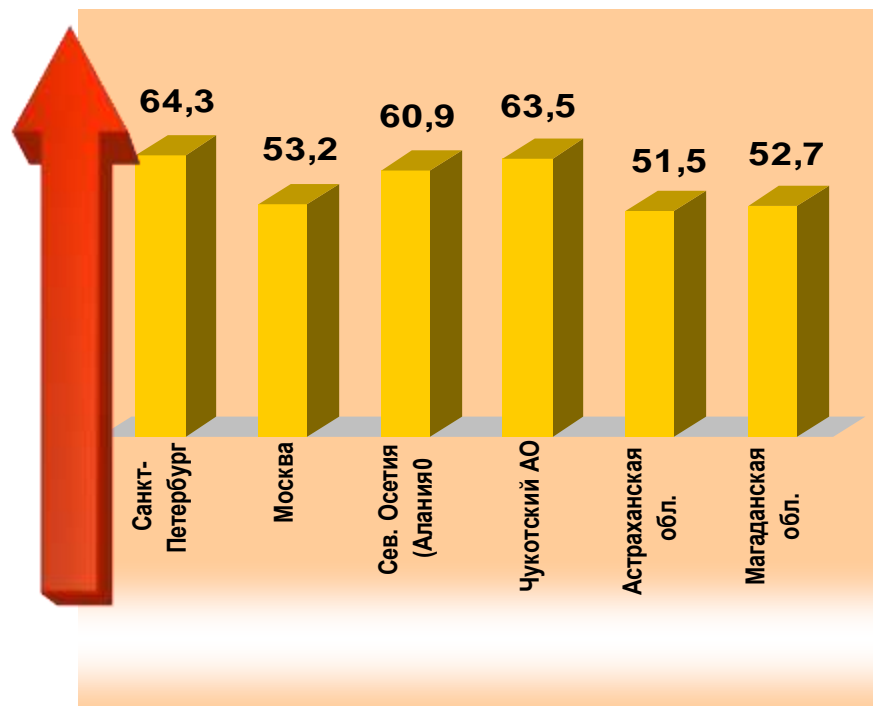
Разница между наиболее высокой и наиболее низкой обеспеченностью составляет 1,3 раза

# Обеспеченность врачами – **39,7** на 10 тыс. нас. (2014 г.)

**Самая низкая  
обеспеченность**  
(менее 30 врачей на 10 тысяч населения)



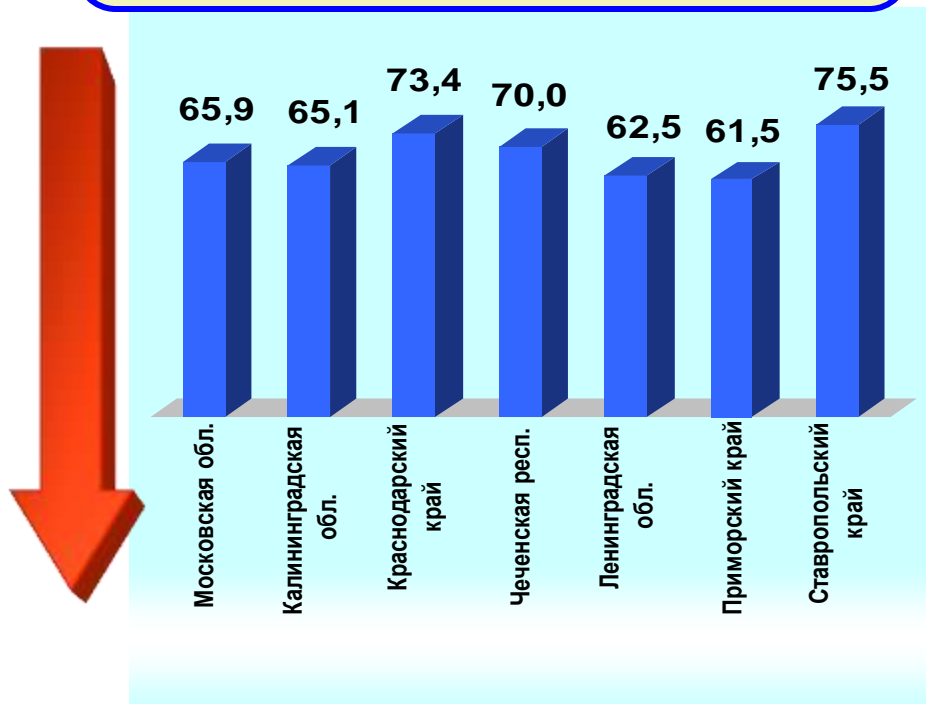
**Самая высокая  
обеспеченность**  
(более 50 врачей на 10 тысяч населения)



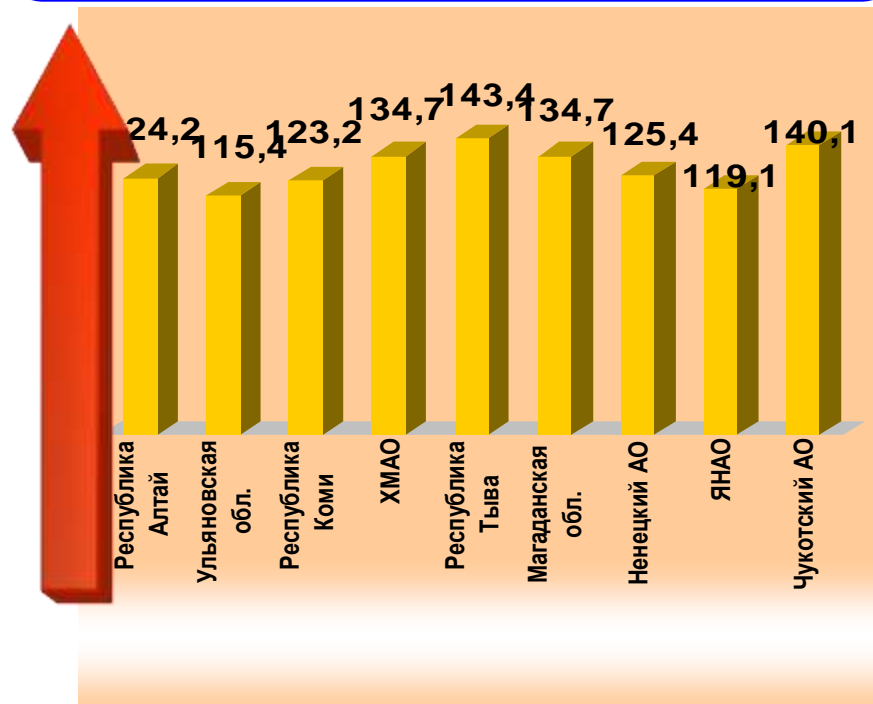
Разница между наиболее высокой и наиболее низкой обеспеченностью составляет 2,6 раза

# Обеспеченность средним медицинским персоналом – **88,0 на 10 тыс.нас.** (2014г.)

Самая низкая обеспеченность  
(менее 76 человек среднего  
медицинского персонала  
на 10 тысяч населения):









Самая высокая обеспеченность  
(более 115 человек среднего  
медицинского персонала  
на 10 тысяч населения):



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

## В обеспечении системы здравоохранения кадрами отмечается дисбаланс:

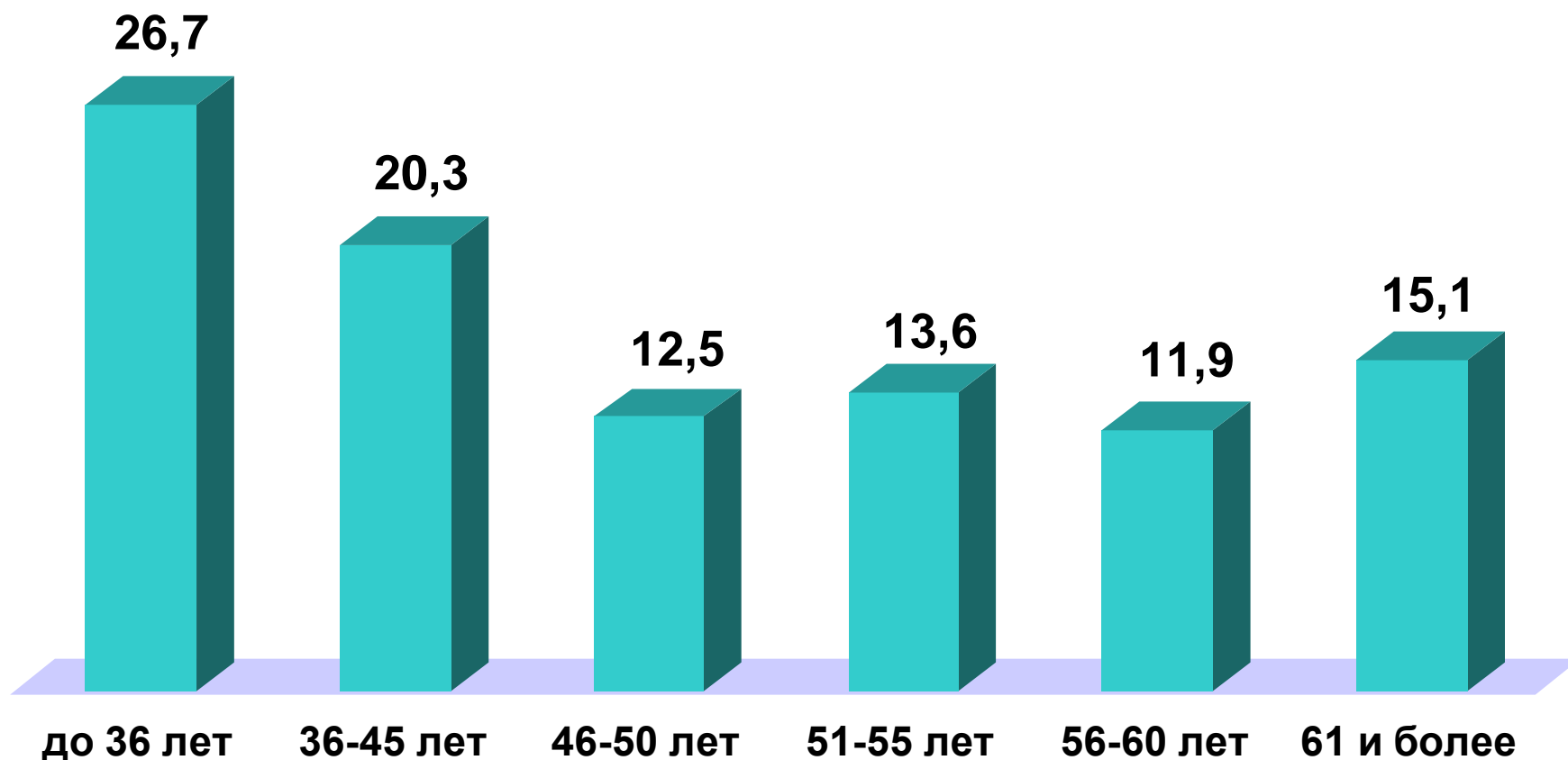
-  между Федеральными округами и отдельными субъектами РФ;
-  между городом и селом;
-  между врачебным и сестринским персоналом;
-  между стационарной и амбулаторной помощью;
-  между различными уровнями оказания медицинской помощи;
-  внутри различных профессиональных групп (по возрастными категориями медицинского персонала, по численности врачей и среднего медицинского персонала отдельных специальностей).

# Самые «редкие» и самые распространенные врачебные специальности



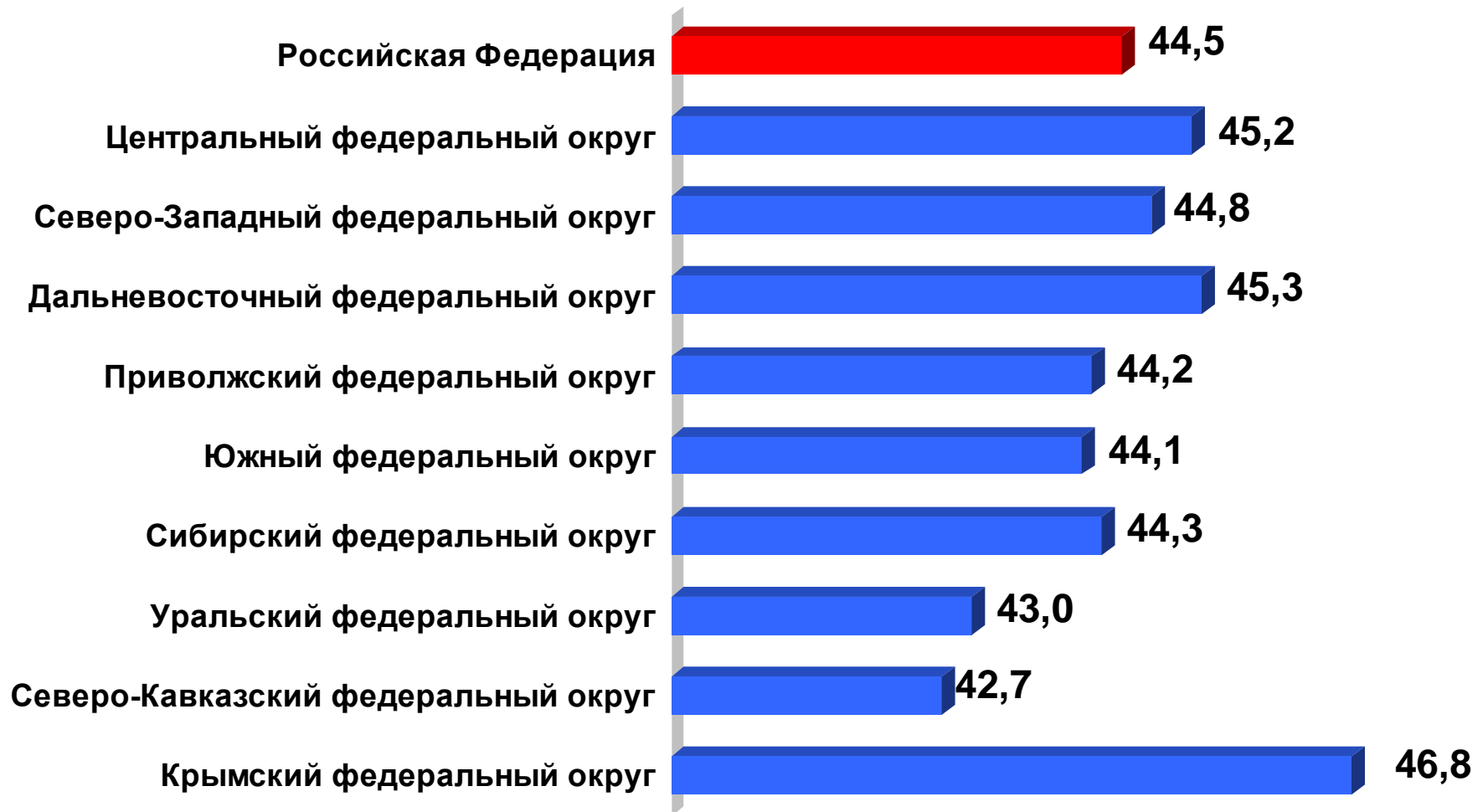


## Возрастная структура врачей (%), РФ, 2014 г.

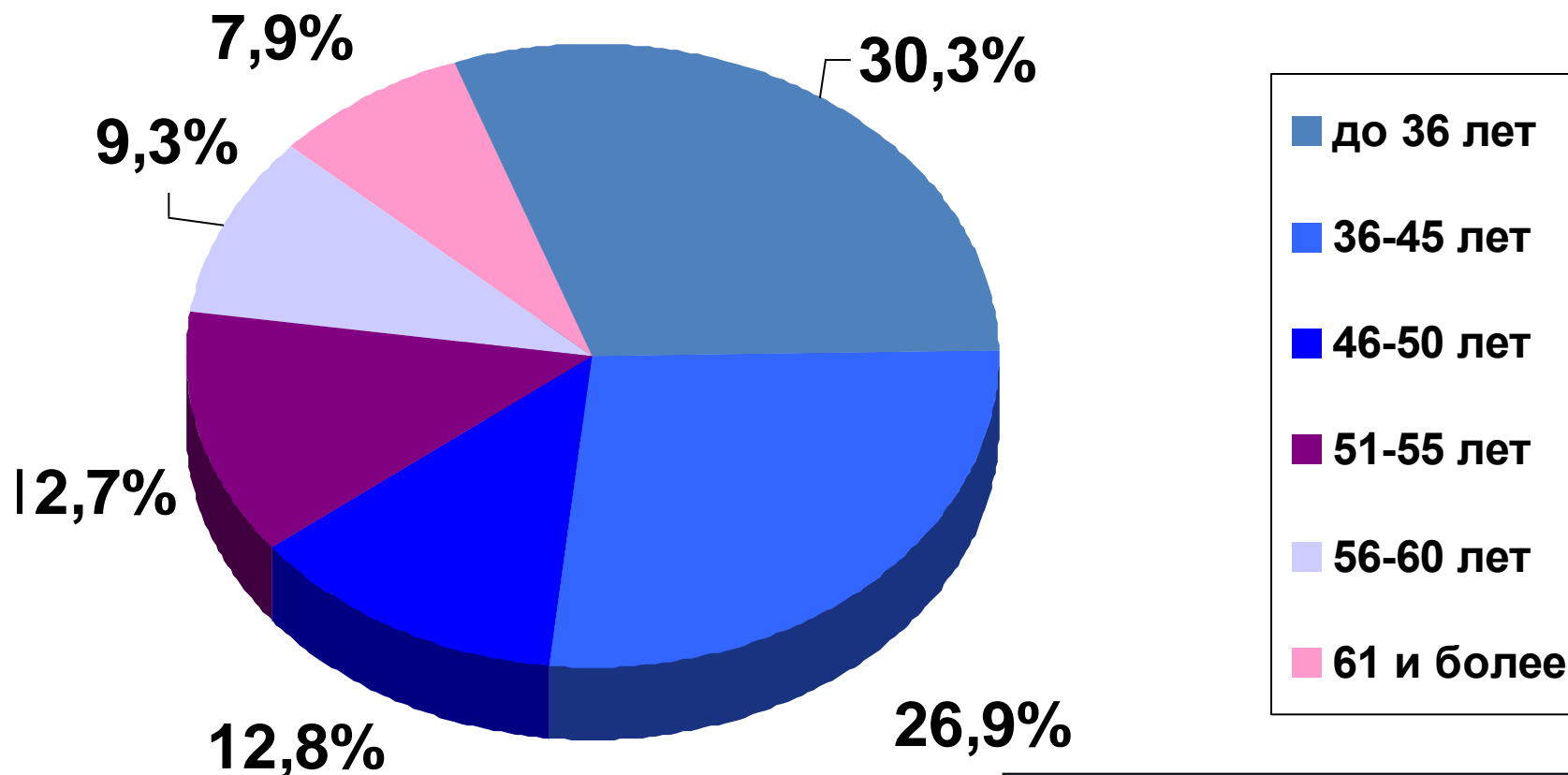


В 2013г. доля врачей в  
возрасте 61 и более лет  
составляла 14,8%

# Средний возраст врачей, лет (2014г.)

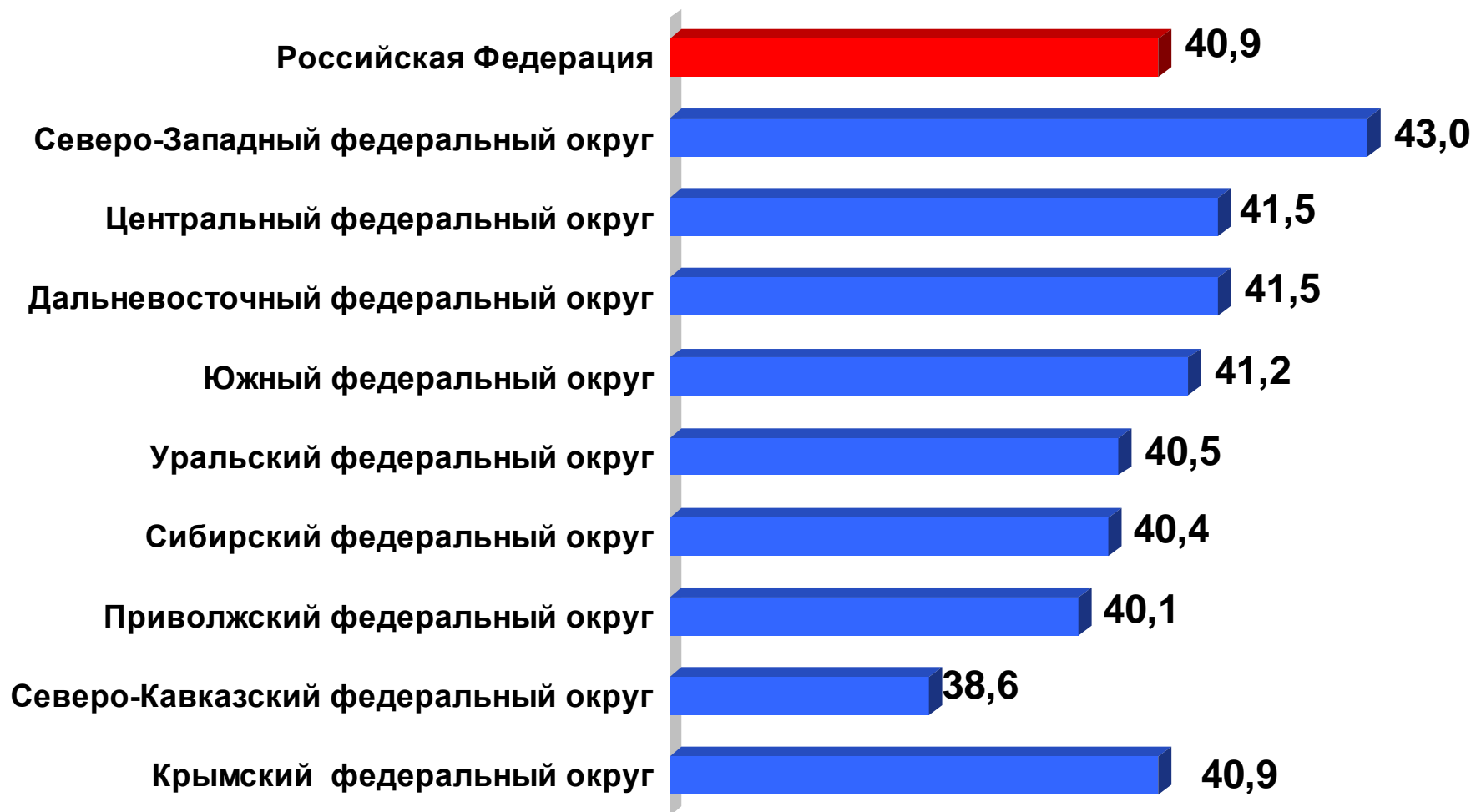


# Распределение средних медицинских работников по возрасту (%), РФ, 2014г.



В 2013г. доля СМП  
в возрасте 61  
и более лет составляла 8,2%

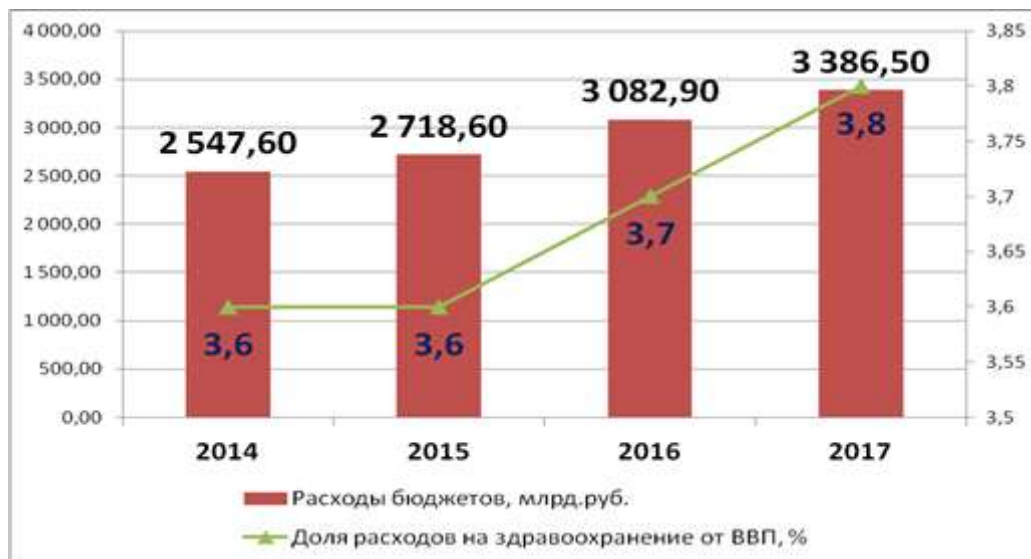
# Средний возраст СМП (лет), 2014 г.



# СИСТЕМА АККРЕДИТАЦИИ СПЕЦИАЛИСТА

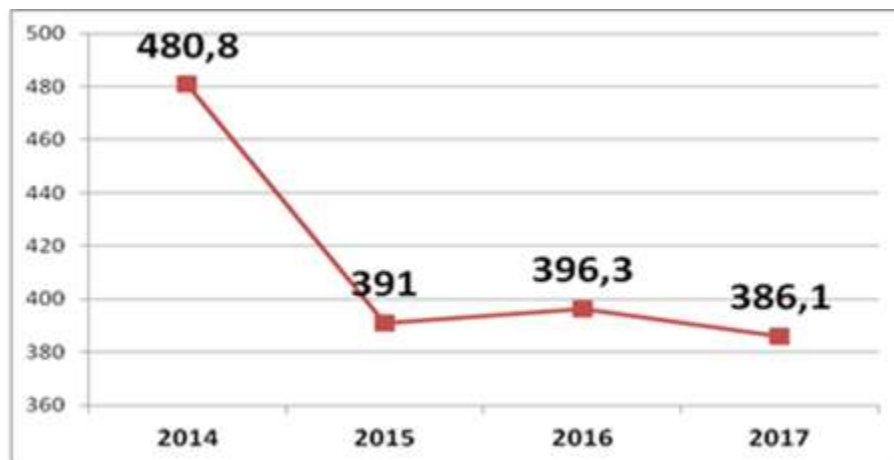


## Основные направления бюджетной политики на 2015 год и на плановый период 2016 и 2017 годов



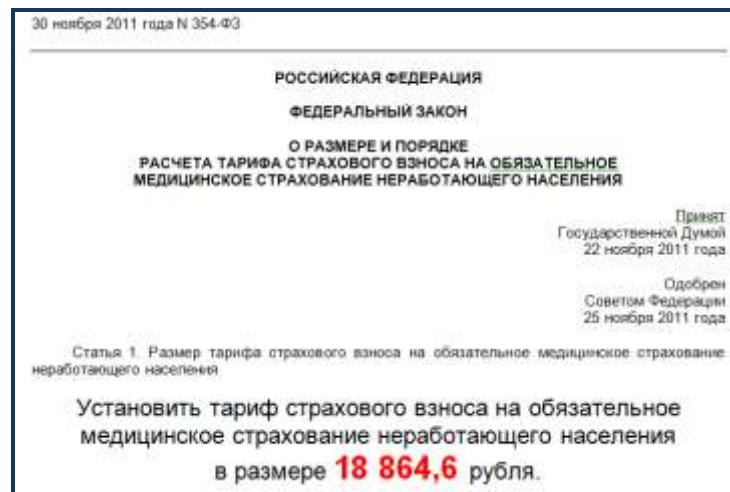
**Расходы бюджетов бюджетной системы Российской Федерации на здравоохранение**

**Прогноз динамики расходов федерального бюджета по разделу «Здравоохранение» до 2017 года, в млрд.руб.**



# Основные направления бюджетной политики на 2015 год и на плановый период 2016 и 2017 годов

## Бюджет Федерального фонда обязательного медицинского страхования



- В целях обеспечения сбалансированности финансовой системы обязательного медицинского страхования предлагается **введение платежей** пациентов за часть видов медицинской помощи для всех неработающих граждан, определенных пунктом 5 статьи 10 Федерального закона № 326-ФЗ, кроме детей, пенсионеров и зарегистрированных безработных, из расчета **18% от тарифа страхового взноса** на обязательное медицинское страхование неработающего населения устанавливаются федеральным законом (18 864 рублей).
- Для минимизации рисков сокращения объема расходов ФОМС, которое может привести к снижению качества оказания бесплатной медицинской помощи в рамках БОМС, предусматривается увеличение доходной части бюджета Фонда путем установления тарифа страховых взносов с 2016 года в размере 5,1% сверх предельной величины базы для начисления страховых взносов (в 2014 году – 624 000 рублей), что позволит минимизировать указанные риски.

## Основные направления бюджетной политики на 2015 год и на плановый период 2016 и 2017 годов

При формировании объема и структуры расходов консолидированных бюджетов субъектов Российской Федерации в 2015 - 2017 годах учитывались следующие решения:

- **безусловная реализация указов Президента Российской Федерации в части повышения оплаты труда отдельных категорий работников организаций** в сферах образования, здравоохранения, культуры и социального обслуживания населения субъектов Российской Федерации и муниципальных образований, обеспечения детей дошкольным образованием;
- индексация заработной платы прочих категорий работников организаций в сфере образования, культуры, здравоохранения и социального обслуживания населения исходя из прогнозируемого уровня инфляции в 2015 году на 5,0%, в 2016 году – на 4,5%, в 2017 году – на 4,3%;
- сохранение в 2017 году расходов на оплату услуг по содержанию имущества на уровне 2016 года;
- изменение в 2015 году уровня софинансирования со стороны субъектов Российской Федерации расходов на реализацию региональных адресных программ по переселению граждан из аварийного жилищного фонда;
- учет в 2015-2016 годах динамики изменения размера страховых взносов на обязательное медицинское страхование неработающего населения, предусмотренной действующим федеральным законом о бюджете Федерального фонда обязательного медицинского страхования, в 2017 году – индексация расходов бюджетов субъектов Российской Федерации на оплату страховых взносов на обязательное медицинское страхование неработающего населения на уровень прогнозируемой инфляции (4,3%);
- ежегодная индексация расходов на оплату труда, расходов на социальное обеспечение населения, услуги связи, транспортные и коммунальные услуги, увеличение стоимости основных средств и материальных запасов на прогнозируемый уровень инфляции;
- сохранение прочих расходов на уровне 2014 года



# Основные направления бюджетной политики на 2015 год и на плановый период 2016 и 2017 годов

В целях дальнейшего повышения эффективности бюджетных расходов в сфере здравоохранения в очередном году и плановом периоде предлагается принять меры по:

- снижению неэффективных затрат и продолжению мероприятий, связанных с повышением производительности труда в этой сфере;
- снижению уровня госпитализации и сокращению длительности пребывания в стационаре;
- снижению затрат на администрирование и закупки лекарственных средств, медицинских изделий и медицинского оборудования;
- сокращению затрат, не связанных с оказанием медицинской помощи, в том числе инвентаризации имеющихся земельных участков, площадей зданий и их состояния в разрезе отдельных учреждений, сокращению налогооблагаемой базы, коммунальных услуг;
- реализации мероприятий, предусмотренных Стратегией лекарственного обеспечения населения Российской Федерации, утвержденной Минздравом России 13 февраля 2013 года, в том числе по формированию перечня взаимозаменяемых лекарственных препаратов для медицинского применения;
- уточнению структуры базовой программы ОМС и приведение ее в соответствие с доходами от уплаты страховых взносов в целях недопущения возникновения дефицита при ее реализации, так как согласно статье 4 Федерального закона № 326-ФЗ ***устойчивость финансовой системы обязательного медицинского страхования обеспечивается на основе эквивалентности страхового обеспечения средствам обязательного медицинского страхования***;
- реализации стратегии развития добровольного медицинского страхования.

# Показатели здоровья и ресурсного обеспечения здравоохранения

ПОКАЗАТЕЛЬ	РФ в среднем (2012-2013 гг.)	Москва (ДЗМ) (2012-2013 гг.)	«Старые» страны ЕС	Германия
<b>ДЕМОГРАФИЧЕСКИЕ ПОКАЗАТЕЛИ И ПОКАЗАТЕЛИ ЗДОРОВЬЯ</b>				
Средний возраст населения (лет)	39,2	41,0	42,5	—
Ожидаемая продолжительность жизни ОПЖ (лет)	70,3	76,0	81,4	80,8
Общий коэффициент смертности, ОКС (число умерших на 1 тыс. насел.)	13,2	9,7	9,3	—
Младенческая смертность (число умерших в возрасте до 1 года на 1 тыс. родившихся живыми)	8,2	7,2	3,6	3,4
Смертность населения от болезней системы кровообращения (на 100 тыс. населения)	708,0	537,9	161,0	196,6
Смертность населения от злокачественных новообразований (на 100 тыс. населения)	200,3	199,5	160,7	157,9
Внешние причины смертности населения (в том числе ДТП) (на 100 тыс. населения)	119,7 (13,8)	51,3 (4,1)	30,5 (5,5)	27,7 (4,8)
Смертность населения от болезней органов дыхания (на 100 ты населения)	50,7	24,6	41,4	36,2
Смертность населения от болезней органов пищеварения (на 100 ты населения)	60,9	44,2	25,4	28,4
Смертность населения от туберкулеза (на 100 ты населения)	11,2	3,1	0,4	0,23

# Показатели здоровья и ресурсного обеспечения здравоохранения

ПОКАЗАТЕЛЬ	РФ в среднем (2012-2013 гг.)	Москва (ДЗМ) (2012-2013 гг.)	«Старые» страны ЕС (2011 г.)	Германия (2011 г.)
<b>ОБЕСПЕЧЕНИЕ КОЙКАМИ И КАДРАМИ СИСТЕМЫ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ</b>				
Обеспеченность «всеми» койками на 1 тыс. населения (без коек на ремонте)	8,5	6,2	5,0	8,2
Обеспеченность койками «активного» лечения на 1 тыс. населения (2012 г.) (без коек на ремонте и фтизиатрических)	6,4	4,4	3,4	5,3
Обеспеченность всеми врачами на 1 тыс. населения (без ординаторов и интернов, стоматологов, гигиенистов)	3,5	3,6	3,7	4,2
Численность практикующих врачей на 1 тыс. населения (без ординаторов и интернов, стоматологов, гигиенистов, административно-управленческих и научных кадров)	3,2	3,4	3,4	3,8
Обеспеченность врачами «первичного» контакта (для РФ - врачи участковые педиатры и терапевты, ВОП) (Для ЕС – ВОП, семейные врачи, терапевты, не включая педиатров)	1,26	0,4	~1,4-1,6	1,6

# ФОРМИРОВАНИЕ НОВОГО ЗАКОНОДАТЕЛЬНОГО РЕГУЛИРОВАНИЯ В СФЕРЕ ОХРАНЫ ЗДОРОВЬЯ ГРАЖДАН



Системный характер преобразований во всех сферах жизнедеятельности российского государства потребовал совершенно нового правового обеспечения и в сфере охраны здоровья



Законодательное регулирование в сфере здравоохранения в настоящее время хотя и не имеет окончательного завершения, но позволяет сгруппировать законодательные акты

# ЗАКОНОДАТЕЛЬНОЕ РЕГУЛИРОВАНИЕ В СФЕРЕ ОХРАНЫ ЗДОРОВЬЯ ГРАЖДАН





## **Федеральный закон № 83-ФЗ**

от 08.05.2010 г.

«О внесении изменений в отдельные  
законодательные акты Российской  
Федерации в связи  
с совершенствованием правового  
положения государственных  
(муниципальных) учреждений»

# Цель принятия закона № 83-ФЗ

*повышение эффективности  
предоставления государственных и  
муниципальных услуг, при условии  
сохранения (либо снижения)  
темпов роста бюджетных расходов  
на их предоставление*

## Основные задачи, которые должен решать закон

**Задача 1:** Создание условий и стимулов для сокращения внутренних издержек учреждений

**Задача 2:** Привлечения внебюджетных средств

**Задача 3:** Создание условий и стимулов для органов власти по оптимизации сети учреждений



# Реформирование бюджетной сферы

## Для медицинских организаций:

- + Свобода в управлении ресурсами
- + Сохранение бюджетного финансирования по предоставлению государственных услуг
- + Создание юр. лиц, внесение имущества в качестве их учредителя или участника

## Для государства:

- + Повышение ответственности учреждений по своим обязательствам
- + Сохранение гарантий предоставления гос. услуг, соблюдения конституционных прав граждан

## Для населения:

- + Повышение качества услуг и расширение их ассортимента

# Основные методы решения задач

- ➔ Повышение самостоятельности медицинских организаций
- ➔ Повышение ответственности учреждений
- ➔ Уменьшение обязательств со стороны собственника
- ➔ Оплата за результат, а не за статус
- ➔ Рыночные механизмы выживания

# При хорошем финансовом положении

Новый статус учреждений –  
это дополнительная свобода.

При сложном финансовом положении  
– это дополнительная  
ответственность.



**Федеральный закон от 29.11.2010**

**№ 326-ФЗ**

*Об обязательном медицинском  
страховании  
в Российской Федерации*

# Новый закон стал основой

*реформирования обязательного  
медицинского страхования в Российской  
Федерации на основе учета опыта 20-  
летнего функционирования системы ОМС*

# Меры, направленные на улучшение качества медицинской помощи:

- ➔ Вводятся стандарты медицинской помощи;
- ➔ Предусмотрена четкая система контроля (экспертизы) качества медицинской помощи;
- ➔ Установлены жесткие штрафные санкции к медицинским организациям за некачественное оказание медицинской помощи
- ➔ Расширены права застрахованных – они имеют право тройного выбора:
  1. страховой организации,
  2. медицинской организации,
  3. врача.

# Меры по укреплению финансовой обеспеченности ОМС

- ⇒ Увеличен тариф страхового взноса на страхование работающего населения с **3,1** % от фонда заработной платы до **5,1** % (уплачивают работодатели за своих работников);
- ⇒ Установлен минимальный размер страхового взноса на страхование работающего населения (уплачивают субъекты Российской Федерации – регионы) - **18864,6** руб;
- ⇒ Осуществляется переход на одноканальное финансирование:
  - *в тариф входят все основные затраты (ранее входили только прямые затраты, а на содержание учреждений средства выделялись из бюджета соответствующего уровня);*
  - *в систему ОМС вошли скорая медицинская помощь и высокотехнологичные виды медицинской помощи*



# **Федеральный закон Российской Федерации от 21 ноября 2011 г. N 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации"**

Глава 1. Общие положения

Глава 2. Основные принципы охраны здоровья

Глава 3. Полномочия федеральных органов государственной власти, органов государственной власти субъектов Российской Федерации и органов местного самоуправления в сфере охраны здоровья

Глава 4. Права и обязанности граждан в сфере охраны здоровья

Глава 5. Организация охраны здоровья

Глава 6. Охрана здоровья матери и ребенка, вопросы семьи и репродуктивного здоровья

Глава 7. Медицинская экспертиза и медицинское освидетельствование

Глава 8. Медицинские мероприятия, осуществляемые в связи со смертью человека

Глава 9. Медицинские работники и фармацевтические работники, медицинские организации

Глава 10. Программа государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи

Глава 11. Финансовое обеспечение в сфере охраны здоровья

Глава 12. Организация контроля в сфере охраны здоровья

Глава 13. Ответственность в сфере охраны здоровья

Статья 98. Ответственность в сфере охраны здоровья

Глава 14. Заключительные положения



# Источники финансового обеспечения в сфере охраны здоровья

- средства федерального бюджета,
- Средства бюджетов субъектов Российской Федерации,
- Средства местных бюджетов,
- средства обязательного медицинского страхования,
- средства организаций и граждан,
- средства, поступившие от физических и юридических лиц, в том числе добровольные пожертвования,
- иные не запрещенные законодательством Российской Федерации источники



впервые платные медицинские услуги стали регулироваться на законодательном уровне;



определены государственные гарантии бесплатного оказания гражданам медицинской помощи;



приведены четкие основания для оказания медицинских услуг за плату (сверх стандартов; при желании получить помощь на иных условиях и т.д.);



определены случаи, когда недопустимо требовать оплату с пациентов (услуга сверх стандарта по жизненным показаниям и т.д.).

- ➔ Новых (дополнительных) оснований для предоставления медицинских услуг за плату (по сравнению с теми, что использовались раньше) не появилось.
- ➔ Государственные гарантии предоставления медицинской помощи на бесплатной для населения основе ни по одному из видов медицинской помощи не уменьшились.
- ➔ Появились новые ограничения на оказание услуг за плату (например, при присутствии при родах мужа).

# Порядок оказания медицинской помощи

разрабатывается по отдельным ее видам, профилям, заболеваниям или состояниям (группам заболеваний или состояний) и включает в себя:

- ➔ этапы оказания медицинской помощи
- ➔ правила организации деятельности медицинской организации (ее структурного подразделения, врача)
- ➔ стандарт оснащения медицинской организации, ее структурных подразделений
- ➔ рекомендуемые штатные нормативы медицинской организации, ее структурных подразделений
- ➔ иные положения исходя из особенностей оказания медицинской помощи

## За счет средств обязательного медицинского страхования осуществляется финансовое обеспечение



скорой медицинской помощи —  
с 1 января 2013 года;



высокотехнологичной  
медицинской помощи —  
с 1 января 2015 года.

## СТАТЬЯ 17.

### Полномочия органов местного самоуправления в сфере охраны здоровья

*К полномочиям органов местного самоуправления городских округов и муниципальных районов (за исключением территорий, медицинская помощь населению которых оказывается в соответствии со статьей 42 настоящего Федерального закона) в сфере охраны здоровья относятся:*

*1) создание условий для оказания медицинской помощи населению в соответствии с территориальной программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи и законом субъекта Российской Федерации в пределах полномочий, установленных Федеральным законом от 6 октября 2003 года № 131-ФЗ «Об общих принципах организации местного самоуправления в Российской Федерации»;*

# Программно-целевое управление системой оказания медицинской помощи гражданам на региональном уровне





**ИТОГОВЫЙ ДОКЛАД О РЕЗУЛЬТАТАХ ЭКСПЕРТНОЙ  
РАБОТЫ ПО АКТУАЛЬНЫМ ПРОБЛЕМАМ  
СОЦИАЛЬНО-ЭКОНОМИЧЕСКОЙ СТРАТЕГИИ РОССИИ  
НА ПЕРИОД ДО 2020 г.**

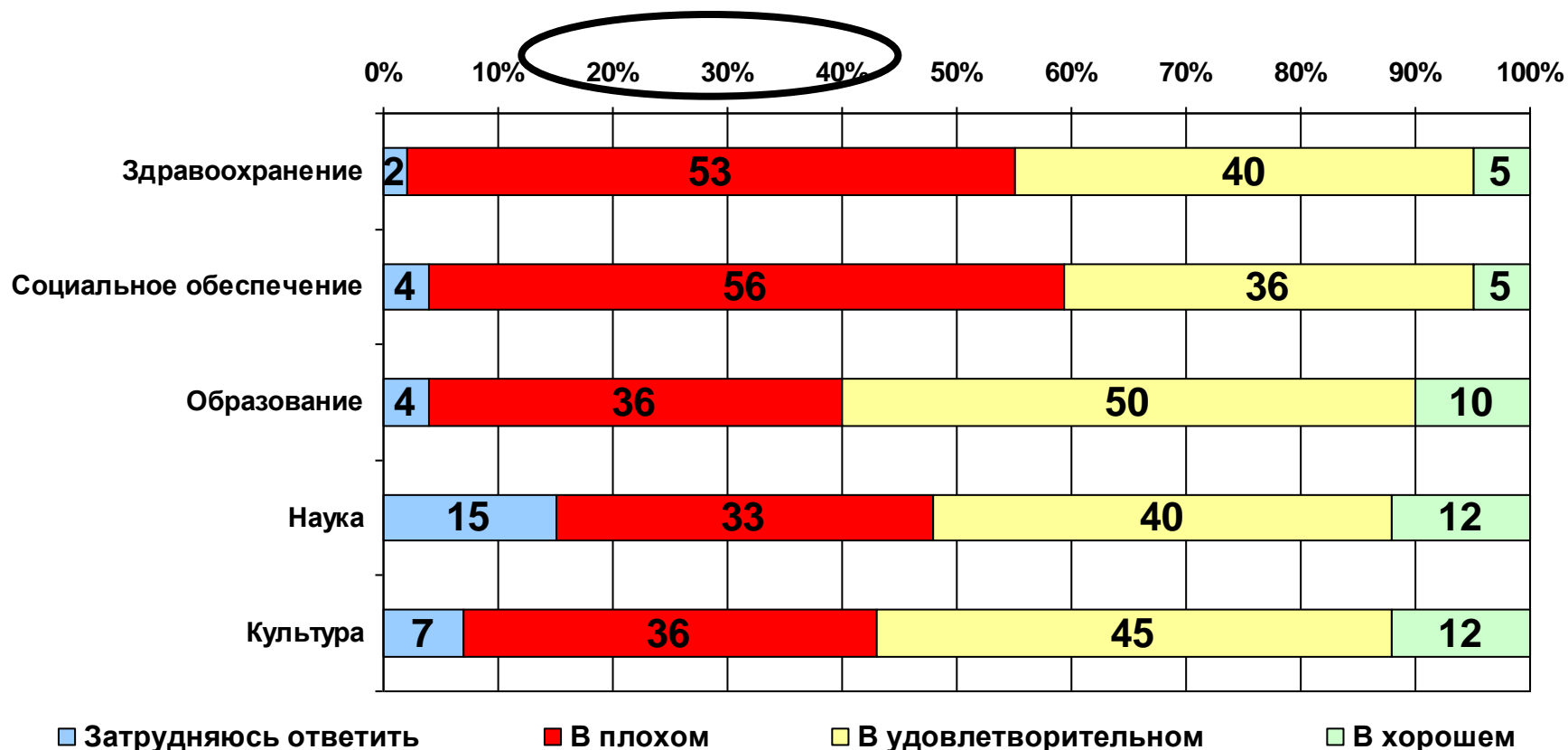


# СПРАВОЧНО: ОЦЕНКА НАСЕЛЕНИЕМ СОСТОЯНИЯ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ



ПО ВАШЕМУ МНЕНИЮ, В КАКОМ СОСТОЯНИИ - ХОРОШЕМ,  
УДОВЛЕТВОРИТЕЛЬНОМ ИЛИ ПЛОХОМ - НАХОДЯТСЯ СЕГОДНЯ В НАШЕЙ СТРАНЕ  
ПЕРЕЧИСЛЕННЫЕ ОТРАСЛИ СОЦИАЛЬНОЙ СФЕРЫ?

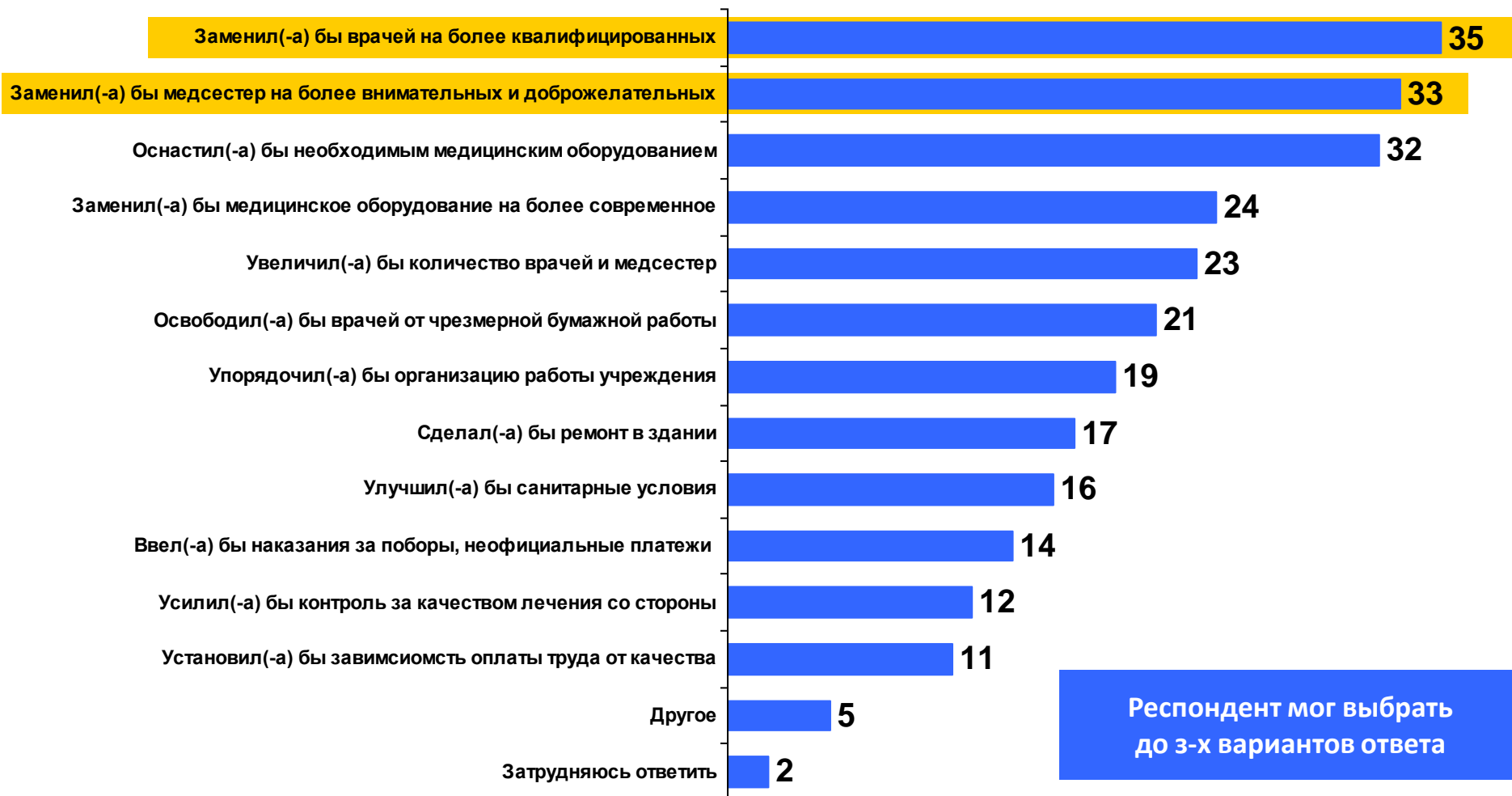
(процент опрошенных)



# СПРАВОЧНО КАЧЕСТВО МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ: ПЕРСОНАЛ



Вспомните, пожалуйста, те поликлиники, больницы, медпункты, где приходилось лечиться Вам, Вашим родственникам или друзьям. Что бы Вы сделали в первую очередь, чтобы повысить качество медицинского обслуживания в них?



# ПРИЕМЛЕМО ЛИ ИНЕРЦИОННОЕ РАЗВИТИЕ?

КАК ВЫ СЧИТАЕТЕ, СИСТЕМА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ В РОССИИ В ЦЕЛОМ  
ТРЕБУЕТ ИЗМЕНЕНИЙ?

(процент опрошенных)



**91% РОССИЯН: СИСТЕМА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ СТРАНЫ ТРЕБУЕТ ИЗМЕНЕНИЙ!**

• Всероссийский репрезентативный опрос населения. Левада-Центр, декабрь 2011 г. (n=1511 человек в возрасте 18 лет и старше)

# РАЗВИТИЕ КАДРОВОГО ПОТЕНЦИАЛА



## **Изменения в медицинском образовании, особенно в подготовке кадров для амбулаторного звена:**

- Разработать профессиональные стандарты деятельности работников здравоохранения, устанавливающие требования к квалификационному и образовательному уровню, выполняемым видам работ и их качеству
- Привести образовательные стандарты в соответствие с профессиональными стандартами



## **Новая модель послевузовского образования**

- Не раз в пять лет в рамках одной образовательной программы, а в форме непрерывного образования с использованием системы кредитов и правом выбора курсов
- Превратить ведущие медицинские учреждения в субъектов послевузовского образования



## **Оценка квалификации и деятельности медицинских работников:**

- Аккредитация — признание готовности к использованию тех или иных медицинских технологий
- Аттестация - периодическая оценка квалификации и качества работы

## СПРАВОЧНО ЭФФЕКТИВНЫЙ КОНТРАКТ: ПАРАМЕТРЫ



ОПЛАТА ПО ОТНОШЕНИЮ К СРЕДНЕЙ ПО ЭКОНОМИКЕ  
(в процентах)

	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020
<i>Врачи</i>	115%	129%	143%	158%	172%	186%	200%	200%	200%	200%
<i>Средний медицинский персонал</i>	68%	73%	73%	84%	89%	95%	100%	100%	100%	100%



СРЕДНИЕ ВЕЛИЧИНЫ ЗАРАБОТНОЙ ПЛАТЫ  
(тыс. руб. о месяцц)

	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020
<i>Врачи</i>	28	35,6	45,5	55,9	66,2	78,0	90,8	93,1	97,6	104,5
<i>Средний медицинский персонал</i>	17	20,7	23,2	29,8	34,4	39,7	45,4	46,6	48,8	52,3

# СПРАВОЧНО: ПОКАЗАТЕЛИ РАЗВИТИЯ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ



	Факт	Сценарий 1	Сценарий 2
	2010	2020	2020
Доли государственных расходов на здравоохранение в % ВВП	3,3	4,6	6,6
Доля частных расходов на здравоохранение в % ВВП	2,1	2,5	2,1
Численность врачей (тыс. человек)	714	817	714
Обеспеченность населения врачами (число врачей на 10 тыс. жителей)	50,1	57,6	50,1
Численность среднего медицинского персонала	1518	1879	1920
Число врачебных посещений на одного жителя	9,31	10,5	9
Число пациенто дней в дневных стационарах на одного жителя	0,52	0,59	0,7
Число вызовов скорой медицинской помощи на одного жителя	0,34	0,31	0,25
Объем стационарной помощи (число койко-дней на одного жителя)	2,73	2,5	2,2
Число госпитализаций на 100 жителей	21,6	21	20
Средняя длительность госпитализации	12,6	12	10,5
Число больниц	5084	5000	4800
Численность коечного фонда больниц (тыс. коек)	1278	1000	1000
Мощность амбулаторно-поликлинических учреждений (тыс. посещений в смену)	3243	3400	3000
Доля расходов на стационарную помощь в общих расходах на реализацию Программы государственных гарантий, в %	58,1	55	50

# Направления использования клинических рекомендаций и стандартов медицинской помощи



Таким образом, к настоящему времени в России назрела потребность и сложились условия для объединения клинической и экономической составляющих лечебно-диагностического процесса.



Необходимо увязать сложность лечебной работы с потребностью в ресурсах, то есть использовать систему финансирования по ***клинико-затратным группам.***



# Внедрение КСГ позволит



**Во-первых**, разрушить привязку к издержкам, специфичным для конкретного стационара.



**Во-вторых**, ЛПУ будут предоставлены гораздо более мощные стимулы для управления расходами.



**В-третьих**, применение принципа оплаты за каждого пролеченного по укрупненным тарифам оплаты, сделает расходы и выплаты более предсказуемыми для плательщиков и для поставщиков медицинских услуг.

# Для создания системы КСГ в России



Разработана система классификации случаев лечения;



Определена единица оплаты;



Установлены взвешенные значения и тарифы оплаты

При этом **базовый тариф** скорректирован (дифференцирован) применительно к различным индексам заработной платы, а также в зависимости от уровня (класса) ЛПУ

## Постановление Правительства РФ от 18.10.2013 N 932

### "О программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2014 год и на плановый период 2015 и 2016 годов"

«VI. Средние нормативы финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи, средние подушевые нормативы финансирования, порядок формирования и структура тарифов на оплату медицинской помощи

**При реализации территориальной программы обязательного медицинского страхования применяются следующие способы оплаты медицинской помощи:**

**2) при оплате медицинской помощи, оказанной в стационарных условиях:**

- за законченный случай лечения заболевания, включенного в соответствующую группу заболеваний (в том числе клинико-статистические группы заболеваний);

**Базовая ставка (БС) финансирования стационарной медицинской помощи (средняя стоимость одного случая госпитализации)** устанавливается Тарифным соглашением, принятым на территории субъекта Российской Федерации и рассчитывается по формуле:

$$БС = \frac{ОС}{\sum_{сл} Ч_{сл}}$$

**ОС** - общий объем средств, предназначенный на финансовое обеспечение стационарной медицинской помощи по нормативам, установленным территориальной программой обязательного медицинского страхования, рассчитывается как произведение норматива объема стационарной помощи на 1 чел. (в койко-днях), численности застрахованных и норматива финансовых затрат на 1 койко-день;

**Чсл** – частота случаев госпитализации, подлежащих оплате с учетом поправочного коэффициента стоимости КСГ или КПГ

# Программа государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2015 год и на плановый период 2016 и 2017 годов"

## Средние нормативы объема медицинской помощи

Виды и условия оказания медицинской помощи	Единицы измерения	2015 год	2016 год	2017 год
Скорая медицинская помощь вне медицинской организации, включая медицинскую эвакуацию	Число вызовов на 1 жителя	0,318	0,318	0,318
в амбулаторных условиях	Число посещений: - с профилактической целью (в т.ч. центров здоровья, по диспансеризации, посещения к среднему медицинскому персоналу) на 1 жителя / в рамках базовой программы обязательного медицинского страхования – на 1 застрахованное лицо;	2,9/2,3	2,95/2,35	2,98/2,38
	- по неотложной медицинской помощи в рамках базовой программы обязательного медицинского страхования – на 1 застрахованное лицо	-/0,5	-/0,56	-/0,6
	Число обращений в связи с заболеваниями на 1 жителя / в рамках базовой программы обязательного медицинского страхования - на 1 застрахованное лицо	2,15/1,95	2,18/1,98	2,18/1,98
в условиях дневных стационаров	Число пациенто-дней на 1 жителя / в рамках базовой программы обязательного медицинского страхования - на 1 застрахованное лицо	0,675/0,56	0,675/0,56	0,675/0,56
в стационарных условиях	Случай госпитализации на 1 жителя / в рамках базовой программы обязательного медицинского страхования - на 1 застрахованное лицо	0,193/0,172	0,193/0,172	0,193/0,172
в том числе для медицинской реабилитации в специализированных больницах и центрах, оказывающих медицинскую помощь по профилю "Медицинская реабилитация", и реабилитационных отделениях медицинских организаций	Число койко-дней на 1 жителя / в рамках базовой программы обязательного медицинского страхования - на 1 застрахованное лицо	-/0,033	-/0,039	-/0,039
Паллиативная медицинская помощь в стационарных условиях	Число койко-дней на 1 жителя	0,092/-	0,092/-	0,092/-

## Методические рекомендации по способам оплаты специализированной медицинской помощи в стационарных условиях и в дневных стационарах на основе групп заболеваний

- РЕКОМЕНДАЦИИ «СПОСОБЫ ОПЛАТЫ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ В РАМКАХ ПРОГРАММЫ ГОСУДАРСТВЕННЫХ ГАРАНТИЙ НА ОСНОВЕ ГРУПП ЗАБОЛЕВАНИЙ, В ТОМ ЧИСЛЕ КЛИНИКО-СТАТИСТИЧЕСКИХ ГРУПП БОЛЕЗНЕЙ (КСГ)» //2012
- РЕКОМЕНДАЦИИ ПО СПОСОБАМ ОПЛАТЫ СПЕЦИАЛИЗИРОВАННОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ В СТАЦИОНАРНЫХ УСЛОВИЯХ И В ДНЕВНЫХ СТАЦИОНАРАХ НА ОСНОВЕ ГРУПП ЗАБОЛЕВАНИЙ, В ТОМ ЧИСЛЕ КЛИНИКО-СТАТИСТИЧЕСКИХ ГРУПП (КСГ) И КЛИНИКО-ПРОФИЛЬНЫХ ГРУПП (КПГ) ЗА СЧЕТ СРЕДСТВ СИСТЕМЫ ОБЯЗАТЕЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ//2013
- Письмо ФОМС от 13 декабря 2013 года «Инструкция по группировке, содержащая алгоритм формирования терапевтических, хирургических и комбинированных клинико-статистических групп»

## Инструкция по группировке случаев заболеваний в КСГ

### 1. Введение

Настоящая Инструкция разработана в целях реализации «Рекоменда-  
по способам оплаты специализированной медицинской помощи в стационар  
условиях и в дневных стационарах на основе групп заболеваний, в том числе  
клинико-статистических групп (КСГ) и клинико-профильных групп (КПГ)  
счет средств системы обязательного медицинского страхования» (далее  
Рекомендации), утвержденных информационным письмом Министерства  
здравоохранения Российской Федерации от 11 ноября 2013 г. № 66-0/10/2-8,  
приказом Федерального фонда обязательного медицинского страхования  
от 14 ноября 2013 года № 229.

Инструкция содержит описание алгоритмов формирования различных  
видов КСГ, в том числе с учетом дополнительных критериев группировки.  
Данные алгоритмы должны быть применены при разработке программ  
обеспечения, осуществляющего формирование КСГ и последующий расчет  
финансирования медицинских организаций.

Неотъемлемой частью настоящей Инструкции является файл Excel  
«КСГ 2014», содержащий справочники и иную информацию для  
реализации приведенных алгоритмов.

### 2. Список КСГ

Список КСГ приведен на листе «КСГ» приложения  
список содержит следующую структурированную информацию:

Поле	Значение
КСГ	Номер КСГ

КСГ	Наименование КСГ	ВК	Код профиля	Угол
1	Отеки, протеиурия, гипертензивные расстройства в период беременности, в родах и после родов	0,93	2	Тер.
2	Другие осложнения, связанные преимущественно с беременностью	1,01	2	Тер.
3	Маточная ложица, матка в связи с состоянием после и во время беременности, разрыв маточной ложицы, разрыв матки в родах	0,94	2	Комб.
4	Разрыв матки	0,99	2	Комб.
5	Асфиксия новорожденного	0,98	2	Хар.
6	Воспалительные болезни женских половых органов	1,14	2	Тер.
7	Доброкачественные новообразования, новообразования неопределенного и неизвестного характера женских половых органов	1,10	2	Тер.
8	Другие болезни, предраковые состояния, злокачественные новообразования женских половых органов	0,56	2	Тер.
9	Беременность, закончившаяся абортными методами	0,62	2	Тер.
10	Беременность в ранние сроки беременности	1,17	2	Тер.
11	Нарушения беременности (аборт)	0,18	2	Тер.
12	Операции на женских половых органах (уровень затрат 1)	0,64	2	Хар.
13	Операции на женских половых органах (уровень затрат 2)	0,68	2	Комб.
14	Операции на женских половых органах (уровень затрат 3)	0,96	2	Хар.
15	Операции на женских половых органах (уровень затрат 4)	1,33	2	Комб.
16	Операции на женских половых органах (уровень затрат 5)	2,18	2	Хар.
17	Операции, связанные преимущественно с акушерскими операциями	0,92	2	Тер.
18	Болезни желудка и двенадцатиперстной кишки	1,06	4	Тер.
19	Болезни печени, желчного пузыря, желчевыводящих путей	0,97	4	Тер.
20	Неинфекционный панкреатит и холангит	1,03	4	Тер.
21	Новообразования доброкачественные, неопределенного и неизвестного характера органов пищеварения	0,69	4	Тер.
22	Болезни печени	1,16	4	Тер.
23	Болезни желчного пузыря, желчевыводящих путей	1,03	4	Тер.
24	Другие болезни органов пищеварения	0,58	4	Тер.
25	Аппендицит	1,07	3	Тер.
26	Нарушения переваривания пищи	0,95	3	Тер.
27	Другие болезни органов и систем органов в состоянии нарушения с включением указанного диагноза	1,12	3	Тер.
28	Болезни кожи	1,48	8	Тер.
29	Нефриты и нефрозы	0,92	6	Тер.
30	Болезни почек	0,96	6	Тер.
31	Мочекаменная болезнь	4,78	8	Тер.
32	Детская нефропатия в период новорожденности	3,75	10	Комб.
33	Синдром Шейера, дети	1,33	11	Тер.
34	Другие болезни	2,26	12	Тер.

## ФЕДЕРАЛЬНЫЙ ФОНД ОБЯЗАТЕЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ

### ПРИКАЗ от 14 ноября 2013 г. N 229

## ОБ УТВЕРЖДЕНИИ "МЕТОДИЧЕСКИХ РЕКОМЕНДАЦИЙ ПО СПОСОБАМ ОПЛАТЫ СПЕЦИАЛИЗИРОВАННОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ В СТАЦИОНАРНЫХ УСЛОВИЯХ И В ДНЕВНЫХ СТАЦИОНАРАХ НА ОСНОВЕ ГРУПП ЗАБОЛЕВАНИЙ, В ТОМ ЧИСЛЕ КЛИНИКО-СТАТИСТИЧЕСКИХ ГРУПП (КСГ) И КЛИНИКО-ПРОФИЛЬНЫХ ГРУПП (КПГ) ЗА СЧЕТ СРЕДСТВ СИСТЕМЫ ОБЯЗАТЕЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ"

В соответствии с [Уставом](#) Федерального фонда обязательного медицинского страхования, утвержденным постановлением Правительства Российской Федерации от 29.07.1998 N 857, приказываю:

Утвердить Методические [рекомендации](#) по способам оплаты специализированной медицинской помощи в стационарных условиях и в дневных стационарах на основе групп заболеваний, в том числе клинико-статистических групп (КСГ) и клинико-профильных групп (КПГ) за счет средств системы обязательного медицинского страхования (Приложение).

Председатель  
Н.Н.СТАДЧЕНКО



# Приказ ФФОМС от 14.11.2013 N 229

## "Об утверждении "Методических рекомендаций по способам оплаты специализированной медицинской помощи в стационарных условиях и в дневных стационарах на основе групп заболеваний, в том числе клинико-статистических групп (КСГ) и клинико-профильных групп (КПГ) за счет средств системы обязательного медицинского страхования"

РАСПРЕДЕЛЕНИЕ  
КСГ ЗАБОЛЕВАНИЙ ПО ПРОФИЛЯМ МЕДИЦИНСКОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ (КПГ)  
И РЕКОМЕНДУЕМЫЕ КОЭФФИЦИЕНТЫ ОТНОСИТЕЛЬНОЙ  
ЗАТРАТОЕМКОСТИ КСГ/КПГ

201 КСГ



N	Профиль (КПГ) и КСГ	Коэффициент относительной затратоемкости КСГ/КПГ (КЗксг/кпг)
1	Акушерское дело	0,7
2	Акушерство и гинекология	0,847
1	Отеки, протеинурия, гипертензивные расстройства в период беременности, в родах и после родов	0,95
2	Другие осложнения, связанные преимущественно с беременностью	1,07
3	Медицинская помощь матери в связи с состоянием плода и возможными трудностями родоразрешения, осложнения родов и родоразрешения	0,94
4	Родоразрешение	0,8
5	Кесарево сечение	0,89
6	Воспалительные болезни женских половых органов	1,14
7	Доброкачественные новообразования, новообразования insitu, неопределенного и неизвестного характера женских половых органов	1,5

РЕКОМЕНДУЕМАЯ СТРУКТУРА  
РАСХОДОВ БАЗОВОЙ СТОИМОСТИ ПО КСГ ЗАБОЛЕВАНИЙ

КСГ	Наименование	Профиль	Доля расходов			
			Заработная плата	Медикаменты и расходные материалы	Питание	Остальные (мягкий инв., прочие 226, 221, 224, 225, 290, 310, 340)
1	Отеки, протеинурия, гипертензивные расстройства в период беременности, в родах и после родов	Акушерство и гинекология	72%	11%	3%	13%
2	Другие осложнения, связанные преимущественно с беременностью	Акушерство и гинекология	72%	12%	3%	13%
3	Медицинская помощь матери в связи с состоянием плода и возможными трудностями родоразрешения, осложнения родов и родоразрешения	Акушерство и гинекология	76%	10%	3%	11%
4	Родоразрешение	Акушерство и гинекология	78%	8%	3%	12%



# Основные выводы:

-  В медицинской отрасли предстоит осуществить структурные сдвиги, нацеленные на оптимизацию соотношения стационарной и амбулаторно-поликлинической помощи на основе усиления координации и преемственности между ними, более целенаправленной и качественной подготовки медицинского персонала для амбулаторного звена и улучшения технической оснащенности медицинских учреждений
-  На развитие системы здравоохранения будут все активнее влиять новые технологии, прежде всего информационные. Это позволит, в частности, кардинально улучшить ситуацию со сроками и точностью диагностики заболеваний. Введение единой электронной медицинской карты сделает более эффективным взаимодействие врачей и учреждений здравоохранения и повысит их ответственность

# Основные выводы (продолжение):



Экономические механизмы будут последовательно ориентировать медицинские учреждения и страховые компании на защиту интересов пациентов при рациональном использовании ресурсов отрасли. Необходимо заинтересовать страховые компании в выявлении не только случаев избыточного расходования средств, но, прежде всего, недостаточно качественного лечения. Целесообразно постепенно вводить соплатежи при лечении пациентов, в отношении которых достоверно установлены факты уклонения от профилактических мероприятий



Фактически сложившийся и растущий с повышением доходов населения рынок платных медицинских услуг способен при условии его адекватного регулирования не только служить источником финансирования здравоохранения сверх государственных гарантий, но и играть ключевую роль в стимулировании технических и организационных инноваций, распространяемых затем на систему оказания бесплатных услуг



Разработанным сценариям соответствует увеличение государственных расходов на здравоохранение на 1-3% ВВП в год. В частности, переход на эффективный контракт с медицинскими работниками потребует роста расходов на оплату труда в 1,3 – 1,75 раз