

Шуляева А. В., Ярославцева Т. А.
A. V. Shulyaeva, T. A. Yaroslavtseva

**ГОСУДАРСТВЕННАЯ ПОЛИТИКА ПО РАЗВИТИЮ ПЕРВИЧНОЙ
МЕДИКО-САНИТАРНОЙ ПОМОЩИ НА ДАЛЬНЕМ ВОСТОКЕ РОССИИ
(1970-е – 2020 гг.): СОЦИАЛЬНО-ИСТОРИЧЕСКИЙ КОНТЕКСТ**

**STATE POLICY FOR THE DEVELOPMENT OF PRIMARY MEDICAL-SANITARY CARE
IN RUSSIAN FAR EAST (1970s – 2020s): SOCIAL AND HISTORICAL CONTEXT**

Шуляева Алефтина Владиславовна – кандидат социологических наук, доцент кафедры государственного и муниципального управления и служебного права Дальневосточного института управления – филиала РАНХиГС (Россия, Хабаровск); 680000, г. Хабаровск, ул. Муравьева-Амурского, д. 33; тел. 8(924)218-54-22. E-mail: aleftina-shulyae@mail.ru.

Aleftina V. Shulyaeva – PhD in Sociological Sciences, Associate Professor, State and Municipal Administration and Service Law Department, Far Eastern Institute of Management – branch of the RANEPА (Russia, Khabarovsk); 680000, Khabarovsk, st. Muravyov-Amursky, 33; tel. +8(924)218-54-22. E-mail: aleftina-shulyae@mail.ru.

Ярославцева Татьяна Александровна – доктор исторических наук, профессор кафедры социально-гуманитарных и экономических дисциплин Дальневосточного юридического института МВД России (Россия, Хабаровск); 680026, г. Хабаровск, пер. Казарменный, д. 15; тел. 8(924)117-04-40. E-mail: mu322@mail.ru.

Tatyana A. Yaroslavtseva – Doctor of History, Professor, Department of Social, Humanitarian and Economic Disciplines, Far Eastern Home Ministry Law Institute of the Russian Federation (Russia, Khabarovsk); 680026, Khabarovsk, Kazarmenny per., 15; tel. +8(924)117-04-40. E-mail: mu322@mail.ru.

Аннотация. В работе авторы рассматривают государственную политику по развитию первичной медико-санитарной помощи в России на примере Дальнего Востока, анализируют основные подходы к созданию условий для обеспечения предоставления минимальных медико-санитарных услуг. В работе применены структурный, функциональный и междисциплинарный подходы для оценки условий в конкретный социально-исторический период. К данной тематике, как правило, обращались специалисты отрасли и органов власти, но в научной среде, особенно в освещении дальневосточной регионалистики, труды являются обзорными и крайне редки. Вместе с тем в современных условиях, когда не один год «царствует» COVID-19 по всему миру, не мешает вспомнить и исторический опыт в области профилактики массовых заразных заболеваний. Авторами выделены не только проблемы в организации оказания медико-санитарной помощи, но и обозначены перспективы развития процессов, обеспечивающих качество медико-санитарной помощи в стране, в том числе на Дальнем Востоке.

Summary. In the work, the authors consider state policy on development of primary medical-sanitary care in Russia by the example of the Far East region. They analyze basic approaches to creation of conditions for provision of minimal medical-sanitary services. In this paper, structural, functional and interdisciplinary approaches are applied for evaluation of conditions in definite social-historical period. As a rule the specialists of the field and authority bodies addressed this topic, but in scientific environment, especially in coverage of Far-Eastern regionalistics the works are reviewing and extremely rare. At the same time in modern conditions, when COVID-19 «reigns» all over the world for more than one year, it doesn't hurt to remember the historical experience in the field of mass contagious diseases prophylaxis. The authors have singled out not only the problems in organization of medical and sanitary aid but also designated the perspectives of development of processes providing quality of medical and sanitary aid in the country including the Far East.

Ключевые слова: государственная политика, первичная медико-санитарная помощь, профилактика массовых заразных заболеваний, условия для качества медико-санитарных услуг, междисциплинарный подход к исследованию общественного здравоохранения.

Key words: public policy, primary medical-sanitary care, prevention from mass contagious diseases, conditions for the quality of health care services, interdisciplinary approach to public health research.

УДК 94:39(571.6)

На современном этапе общественного развития среди наиболее актуальных проблем выступает необходимость сбережения здоровья населения, в том числе от пандемии COVID-19 и различных его штаммов в мировом масштабе. Именно поэтому важно изучить причины, которые привели государственную систему охраны здоровья народа к ситуациям, неблагоприятным для людей. Противостоять такой глобальной угрозе оказалось сложно, причём в «каждой стране мира» [10]. Как показала жизнь, одной из причин оказалась неготовность общественного здравоохранения к обеспечению населения качественной медико-санитарной помощью на первичном уровне заболевания.

Следует отметить, что развитие здравоохранения в советский период осуществлялось по пути организации медицинской помощи населению в единой системе охраны здоровья, санитарного благополучия, физической культуры и отдыха. Населению оказывалась бесплатная квалифицированная медицинская помощь государственными учреждениями. К ним относились: многопрофильные и специализированные больницы, поликлиники, женские и детские консультации, диспансеры, аптеки, амбулаторно-поликлинические учреждения на крупных предприятиях. Отдельно отметим, что за организацию лечебно-профилактического обслуживания населения отвечали отделы здравоохранения исполкомов. Они непосредственно руководили медицинскими учреждениями, определяли территорию обслуживания населения лечебно-профилактическими учреждениями, анализировали состояние здравоохранения на закреплённой территории, планировали комплекс мер по ликвидации или предотвращению заболеваний, в том числе улучшению медицинского обслуживания населения. При этом большое внимание уделялось приёму граждан в амбулаторно-поликлинических учреждениях, госпитализации больных, качеству диагностики и лечения, мерам по предупреждению и раннему выявлению заболеваний (вакцинации, диспансеризация), внедрению новых методов профилактики и лечения в практику лечебно-профилактических учреждений. Законодательство о здравоохранении предусматривало проведение обязательных медицинских осмотров [11], производственной гимнастики, физкультурно-оздоровительной работы с детьми в различных формах массового привлечения населения к занятиям физической культурой.

На Дальнем Востоке число больничных коек в годы восьмой пятилетки возросло с 65 600 до 78 300, число женских и детских консультаций и поликлиник увеличилось с 629 до 706, врачей – с 14 854 до 18 310. Обеспеченность населения врачами на 10 тыс. человек поднялась за эти годы с 27 до 31 [6, 347-447]. В целом, за 1970-е гг. число больничных коек достигло 102,7 тысяч.

Изменения в системе здравоохранения в конце 1970-х гг. свидетельствуют о главном внимании властей к специализированной медицинской помощи и развитию высоких медицинских технологий. Несмотря на то что предпосылки к массовым инфекционным заболеваниям ещё не были явно видны, медицинская общественность приступила к построению новой модели оказания медико-санитарной помощи на низовом уровне системы здравоохранения, получившей название «первичная медико-санитарная помощь» (ПМСП).

Деятельность органов здравоохранения в данном направлении имеет свою историю. В середине 1970-х гг. Всемирная организация здравоохранения вкладывала особый смысл и значение в само понятие «ПМСП» как сферы услуг. Так, в 1975 г. Всемирная организация здравоохранения определила ПМСП как *«удовлетворение нужд населения развивающихся стран путём предоставления минимальных медико-санитарных услуг в рамках особой системы»*.

На первом этапе формирования системы ПМСП государственные органы, и не только в России, столкнулись с проблемами: дефицит средств, несовершенство методического сопровождения медицинских организаций, но главное, отсутствие подготовленных кадров. В связи с дефицитом специалистов для системы оказания ПМСП повсеместно были организованы краткосрочные курсы. Не запрещалось использовать методы нетрадиционной народной медицины.

Национальной системе здравоохранения отводилась особая роль, что повышало актуальность медико-санитарной помощи населению повсеместно. В конце 1970-х гг. вопросы организации ПМСП обсуждались на площадках научной среды различного уровня. В частности, в 1978 г. в

Алма-Ате прошла международная конференция, в которой приняла участие Всемирная организация здравоохранения. Как отмечено в декларации конференции: *«Первичная медико-санитарная помощь составляет важную часть медико-санитарного обеспечения и базируется на практических научно обоснованных и социально приемлемых методах и технологиях».*

Участники конференции сошлись во мнении, что данная система является «первым уровнем контакта» национальной системы здравоохранения с гражданами и «первым этапом непрерывного процесса охраны здоровья народа», поэтому главной задачей ПМСП была поставлена «повсеместная доступность» каждому человеку [1].

В системе государственного управления ПМСП стала рассматриваться как управленческий *«подход к охране здоровья, охватывающий всё общество и направленный на равноправное достижение наивысшего возможного уровня здоровья и благополучия каждым членом общества»* [2]. Доступность, которая является одним из основных принципов данного вида медицинской помощи, обеспечивалась за счёт единых требований к отрасли, руководителям организаций. Например, ПМСП организовывали по месту работы или обучения граждан. Пока ещё не забыты примеры оказания первичной медико-санитарной помощи по месту работы, учёбы. Так, в специально открытых пунктах организаций работали медицинские работники. В системе образовательно-воспитательных учреждений действовали кабинеты врачей или здравпункты. В комплекс ПМСП входили мероприятия по профилактике, реабилитации и паллиативной помощи.

Итак, анализ основных направлений государственной политики в сфере здравоохранения 1970-х гг. показал, что приоритетной целью и главными задачами являлось удовлетворение медико-санитарных потребностей населения. Сама система ПМСП динамично развивалась вплоть до середины 1980-х гг.

Государственная политика в начале 80-х гг. XX в. была направлена на создание инфраструктуры системы здравоохранения. В эти годы разрабатывались трёхлетние программы сооружения объектов здравоохранения в колхозных и совхозных сёлах. Однако начавшаяся с апреля 1985 г. «перестройка» и последовавшие реформы не способствовали развитию ПМСП.

В перестроечный период был взят курс на демократизацию общества, и вопросы здравоохранения, впрочем, как и других отраслей социально-экономического организма государства, ушли на второй план. Существенно замедлились темпы развития экономики и социальной сферы, накапливались трудности и нерешённые проблемы в системе здравоохранения. В связи с увеличением нормативной нагрузки на врачей, т. к. на посещение одним пациентом отводилось до 8-12 минут (Приказ МЗ СССР от 23 сентября 1981 г. № 1000 «О мерах по совершенствованию организации работы амбулаторно-поликлинических учреждений»), и снижением фактической заработной платы специалисты из медицинских учреждений переходили на другой вид трудовой занятости. В целом снизилось качество оказания медицинских услуг, и в первую очередь ПМСП.

В 1980-е гг. вопросы медицинского обеспечения в регионе оставались острыми. Основные причины упадка отрасли: дефицит кадров и финансирования, снижение внимания медико-санитарной помощи на низовом уровне системы здравоохранения и недооценка роли профилактики от заразных заболеваний. Как следствие, не соответствовали требованиям диспансеризация населения, уровень профилактической, лечебно-диагностической работы. Практически не снижались потери от временной нетрудоспособности, оставались высокими показатели материнской и детской смертности.

В 90-х гг. XX в. развитие ПМСП, особенно в отдалённых регионах, таких как Дальний Восток, фактически остановилось. После распада СССР первый негативный удар для системы ПМСП был нанесён административной и муниципальной реформами. В 1991 г. были ликвидированы органы советской власти, что повлекло формирование новых властных структур и пересмотр функций государственно-административных органов, в том числе в системе здравоохранения.

В результате реформ прекратились профилактические работы среди населения. В системе здравоохранения материальная база медучреждений не обновлялась и приходила в упадок, финансовых средств было недостаточно даже на зарплату медицинским работникам, что усилило отток кадров из-за миграции. Как отметил В. В. Люцко, по мнению авторов (В. И. Стародубов,

И. М. Сон, М. А. Иванова), несовершенство нормативных документов и их регламентирующий принцип внедрили сложности при оказании медицинской помощи [4, 5].

Даже переход к оказанию ПМСП по принципу врача общей практики (семейного врача), вызванный диспропорцией в объёмах финансирования амбулаторно-поликлинической и стационарной помощи, не изменил положение дел в области охраны здоровья населения. Продолжали действовать старые, но уже неэффективные механизмы управления. По мнению И. В. Ракшиной, «не были решены задачи в области оплаты труда врачей общей практики, отсутствие средств на оснащение рабочих мест, непроработанность законодательной базы» стали препятствием для обеспечения полноценной охраны здоровья на этапе либерально-рыночных реформ [19, 6-7]. К тому же преобразования в экономической сфере государства привели к развитию предпринимательства, что ускорило отток медицинских работников в сектор бизнеса. За период 2007 – 2016 гг. общероссийский показатель обеспеченности штатными должностями ПМСП уменьшился на 13,58 % и был ниже рекомендуемого значения 5,9 % [4, 18].

Следует отметить, что в основу проводимых реформ был положен принцип децентрализации, в соответствии с которым на местные органы власти возлагалась ответственность за предоставление и финансирование мероприятий в сфере здравоохранения, связанных с медицинским обслуживанием. Как показала жизнь, это было серьёзной ошибкой государственных органов. Как отмечают авторы статьи, научные работы, посвящённые анализу процесса обеспечения населения ПМСП на протяжении советского и постсоветского периодов, свидетельствуют о том, что выстроенная десятилетиями система постепенно была утрачена уже к началу XXI в. практически во всех регионах страны.

В первом десятилетии XXI в. вопросы ПМСП так и не нашли целевого отражения в государственной политике Российской Федерации. Только в 2011 г. на государственном уровне был взят курс на восстановление полноценной системы защиты здоровья людей. С принятием Федерального закона от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» была обозначена важная роль ПМСП в здравоохранении, т. к. именно она включала мероприятия по «профилактике, медицинской реабилитации, формированию здорового образа жизни и санитарно-гигиенического просвещения населения» [21]. Однако накопившиеся проблемы 1990-х гг. не позволили обеспечить качество ПМСП населению и ориентированность на жизненно-важные потребности пациента.

В современных условиях предстоит создать иную модель медицинской организации, оказывающей ПМСП, на основе «бережливых» технологий. Это должна быть «*медицинская организация, ориентированная на потребности пациента в качественной медицинской помощи и эффективное использование ресурсов системы здравоохранения*» [9]. Для достижения доступности граждан к ПМСП запрограммировано создание *сети медицинских организаций* первичного звена здравоохранения. Новая модель обеспечения ПМСП и экстренной помощи должна иметь пациентоориентированный характер.

На решение задач федерального проекта «Развитие системы оказания первичной медико-санитарной помощи» в регионах направлены региональные проекты. Конкретно с целевыми показателями можно ознакомиться в паспортах региональных проектов. Важно отметить, что не в каждом субъекте РФ, входящем в состав Дальневосточного федерального округа (ДФО), содержится весь перечень мероприятий, указанный в федеральном проекте.

Анализ реализации региональных проектов субъектов РФ, входящих в состав ДФО, показал, что за период с 2019 по 2020 гг. были достигнуты следующие показатели:

- создано 43 новых фельдшерско-акушерских пункта (ФАПа), амбулатории в 6 субъектах РФ (Приморский край, Сахалинская область, Магаданская область, Забайкальский край, Республика Бурятия и Республика Саха (Якутия)), что составляет 100 % от плановых показателей;
- приобретены 73 мобильных медицинских комплекса. Следует отметить, что в 2019 г. реализация данного мероприятия была предусмотрена только в Республике Саха (Якутия). В 2020 г. к ней присоединились Амурская область, Забайкальский край и Республика Бурятия. В

региональных проектах данное мероприятие было перенесено на более поздний срок (2021 – 2023 гг.) в связи с отсутствием финансирования;

- на 57 % было реализовано мероприятие по реконструкции/созданию новых взлётно-посадочных площадок для организации полётов санитарной авиации. Только в 4 из 7 субъектах РФ в ДФО были реконструированы взлётно-посадочные площадки; в Приморском крае, Сахалинской и Магаданской областях работы ввелись с отставанием графика, по итогу объекты не сданы в срок (завершение планируется в 2022 гг.).

В каждом субъекте РФ в ДФО приняты стратегии развития санитарной авиации на период до 2024 г.

В рамках второй задачи планировалось в 2019 г. создать *региональные проектные офисы* по созданию и внедрению «Новой модели медицинской организации, оказывающей первичную медико-санитарную помощь» [8]. К 2021 г. не менее чем в 54,7 % медицинских организаций должны работать в новых условиях.

По итогам 2020 г. (если не брать в расчёт показатели трёх регионов (ЕАО, Республика Бурятия и Республика Саха (Якутия)), по которым отчётная информация отсутствовала) можно сказать, что новая модель успешно внедряется в субъектах ДФО. В частности, в Хабаровском крае плановое значение доли медицинских организаций, участвующих в создании новой модели медицинской организации, было 52 %, а фактическое – 61 %, в Приморском крае – соответственно 48 % и 72,3 %, что показывает перевыполнение плановых показателей.

В рамках третьей задачи федерального проекта плановое значение охвата населения в ДФО, прошедшего профилактический осмотр в 2019 г., составляло 3,635 млн человек, а фактическое значение достигло 4,121 млн человек [22]. По расчётам авторов, в процентном измерении все субъекты РФ в ДФО превысили показатель 100 %. Например, в Хабаровском и Приморском крае – 101,4 %, в Республике Бурятия – 120,5 %, в Республике Саха (Якутия) – 123,8 %, в Магаданской области – 137,2 %, в Амурской области – 151,7 %.

Оценивая процент перевыполнения, можно предположить, что в 2020 г. показатель также мог быть выполнен (если бы не ухудшение эпидемиологической ситуации из-за приостановления профилактических осмотров).

Итак, анализируя итоги достижения показателей за 2019 г., авторы пришли к выводу, что реализацию федерального проекта на Дальнем Востоке нельзя назвать в полной мере успешной, т. к. отдельных показателей субъекты РФ, входящие в состав ДФО, всё же не достигли.

Так, если по первому показателю (количество посещений при выездах мобильных медицинских бригад) положительных результатов достигли все регионы ДФО, то целей второго показателя (доля лиц, госпитализированных по экстренным показаниям в течение первых суток от общего числа больных, к которым совершены вылеты) не достигли ЕАО (88,9 % от плана) и Магаданская область (71,5 % от плана). Для сравнения: в целом по стране данный показатель составил 91,3 %, что говорит о сложности выполнения.

Наиболее проблематичным для ДФО оказалось достижение целей третьего показателя (число пациентов, дополнительно эвакуированных с использованием санитарной авиации). Их не достигли Амурская область (71,1 % от плана), ЕАО (0 % от плана), Камчатский край (64,6 % от плана) и Сахалинская область (50,1 % от плана).

Итак, в достижении отдельных плановых показателей республики Бурятия и Саха (Якутия), Забайкальский и Приморский края, Чукотский автономный округ оказались успешнее, чем ЕАО, которая не достигла 2 из 3 показателей.

Такой показатель, как «число граждан, прошедших профилактические осмотры», не достигли три региона ДФО: ЕАО (52,9 % от плана), Камчатский край (55,6 % от плана) и Забайкальский край (93,4 % от плана). Для сравнения: по стране данный показатель составил 108,3 %.

Рассмотрим достижение следующих показателей: «оптимизация работы медицинских организаций, оказывающих ПМСП» и «сокращение времени ожидания в очереди при обращении граждан в медицинские организации, упрощение процедуры записи на приём к врачу», через «количество медицинских организаций, участвующих в создании и тиражировании новой модели ме-

дицинской организации, оказывающей ПМСП» и «долю записей к врачу, совершённых гражданами без очного обращения в регистратуру медицинской организации».

Первый из названных показателей все субъекты ДФО выполнили на 100 %. Вторым показателем был достигнут половиной субъектов РФ, в том числе и в ДФО. В частности, Амурская область (60 % от плана), Забайкальский край (36,8 %), Магаданская область (54,3 %), республика Саха (Якутия) (15 %), Сахалинская область (89,5 %), Хабаровский край (55,3 %). По Приморскому краю и ЕАО данные отсутствуют.

Анализируя результат «формирования системы защиты прав пациентов», авторы пришли к следующему выводу: первого показателя «доля обоснованных жалоб (от общего количества поступивших жалоб), урегулированных в досудебном порядке страховыми медицинскими организациями», не достигли 27 субъектов РФ, в том числе 3 субъекта ДФО: ЕАО (65,8 %), Забайкальский край (61,5 %) и Камчатский край (80 %).

По второму показателю «доля медицинских организаций, оказывающих в рамках обязательного медицинского страхования ПМСП... (пост страхового представителя, телефон, терминал для связи со страховым представителем)» планового результата не достигли два субъекта ДФО: Приморский край (78,2 % от плана) и Сахалинская область (73,2 % от плана).

Итак, анализ реализации региональных проектов показал, что в Республике Бурятия и в Чукотском автономном округе были достигнуты все плановые показатели. В остальных субъектах ДФО не были достигнуты отдельные показатели. Оценка результатов осложняется тем, что в отчётных данных государственных органов субъектов ДФО допускаются различные подходы к учёту итогов показателей. Одной из причин искажения учёта и отчётности по достижению плановых показателей является несовершенство форм отчётности. Так, в рамках проекта ответственным исполнителям необходимо было отчитываться по определённым Министерством здравоохранения РФ формам мониторинга. Однако оперативные данные и данные, подаваемые в рамках этих форм, различаются более чем на 20 %.

Кроме того, не все субъекты РФ выполнили рекомендации, разработанные Министерством здравоохранения РФ по созданию региональных центров ПМСП. Например, Региональный центр ЕАО создан на функциональной основе, а в Амурской области количество штатных должностей не соответствует рекомендуемым (занята 1 ставка из 5).

Вместе с тем представленные органами государственной власти субъектов ДФО итоги реализации проектов являются промежуточными, а плановые меры имеют перспективное продолжение.

В частности, в Амурской области для достижения целей идёт подготовка к возведению 26 ФАПов, определены участки для возведения [16]. В республике Бурятия в рамках проекта в 2020 г. все введённые в эксплуатацию ФАПы и амбулатории были приведены к единому стандарту. В регионе особое внимание уделено различным формам выездной работы. Для этого было приобретено 36 мобильных комплексов [3]. В ЕАО в период с 2019 по 2020 гг. проведена специальная подготовка специалистов 7 медицинских учреждений. Кроме того, разработана маршрутизация пациентов для прохождения диспансеризации в учреждениях здравоохранения области; увеличено время работы флюорографического кабинета в ОГБУЗ «Областная больница» до полного рабочего дня (с 8:00 до 18:00) с выдачей результатов исследования в день обращения, в поликлинику приобретено два новых флюорографических аппарата, также аналогичные аппараты доставлены во все муниципалитеты; возобновлена работа клинично-диагностической лаборатории ОГБУЗ «Областная больница». В области уже два года действует электронная запись населения на диспансеризацию и профилактические осмотры, в том числе через личный кабинет портала «Госуслуги» и через сайт «Регистратура79.рф», активно пропагандируются дистанционные формы записи на приём к врачу и диспансеризацию. Все учреждения здравоохранения ЕАО увеличили время работы до 20:00 и в субботные дни для проведения диспансеризации населения и профосмотров. Хорошо себя зарекомендовали субботные приёмы пациентов ОГБУЗ «Онкологический диспансер» и женской консультации ОГБУЗ «Областная больница» [18].

В Забайкальском крае на всей территории действует 41 ФАП, приобретены и уже в работе 33 мобильных комплекса: флюорографы, маммографы и передвижные ФАПы. Также согласованы лётные часы для санитарной авиации [17]. В Камчатском крае в учреждениях здравоохранения оборудованы пандусы, поручни, подъёмные платформы (аппарели), приобретены кресла-коляски, обустроены туалетные комнаты для маломобильных граждан, установлены кнопки вызовов, раздвижные двери, адаптированные лифты, достаточная ширина дверных проёмов в стенах, лестничных маршей, площадок, выделенные на имеющейся автостоянке места для автотранспортных средств инвалидов.

В Магаданской области успешно идёт формирование сети медицинских организаций первичного звена, включая труднодоступные районы области. Так, запланировано создание 5 ФАПов, строительство врачебной амбулатории, приобретение 3 передвижных медицинских комплексов. Продолжается реализация проекта «Бережливая поликлиника» в 9 медицинских организациях области [7].

В Приморском крае с 01 мая 2019 г. функционирует региональный проектный офис по созданию и внедрению «Новой модели медицинской организации». Данная структура осуществляет функции по «методической поддержке и координации работы медицинских организаций, образовательных организаций, территориальных фондов ОМС». Она же взаимодействует с территориальными органами Росздравнадзора по проведению анализа организации системы ПМСП. В 2020 г. произведена замена «9 ФАПов, которые находились в аварийном состоянии или требовали сноса или реконструкции» [15].

В Республике Саха (Якутия) приобретены «4 модульных фельдшерско-акушерских пункта, создано 16 ФАПов». В 2020 г. установлена автоматическая система управления скорой медицинской помощью во всех районах республики и в ГКУ Республики Саха (Якутия) «Республиканский центр медицины катастроф Министерства здравоохранения Республики Саха (Якутия)». В 2021 г. разработан механизм взаимодействия и внедрена единая система мониторинга с телемедицинским центром Республиканского центра медицины катастроф [12].

В Сахалинской области в рамках проекта построены ФАПы в 5 сёлах. Помимо этого, в области продолжают развиваться выездные формы оказания медпомощи. Для этого приобретено 15 мобильных комплексов (10 стоматологических и 5 рентгенологических). В 2021 г. было запланировано приобретение ещё трёх единиц. Всего в регионе имеется 40 мобильных комплексов. Дальнейшие планы правительства области предусматривают создание Единого диспетчерского центра скорой помощи (на базе нового здания скорой помощи и центра медицины катастроф в Южно-Сахалинске). Также запланировано строительство вертолётной площадки на территории Сахалинской областной больницы [5].

В Хабаровском крае в 2020 г. построена вертолётная площадка для санитарной авиации, дооснащены 26 детских поликлиник и больниц [20].

Итак, в каждом из субъектов ДФО за 2 года реализации федерального проекта «Развитие системы оказания первичной медико-санитарной помощи» имеются положительные изменения. В федеральном округе нет ни одного субъекта РФ, который бы не достиг ни одного показателя, предусмотренного проектом.

Ускорить ход реализации проекта может усиление государственного контроля (надзора) уполномоченным органом по жалобам граждан в области качества предоставления медицинских услуг лицензируемого вида деятельности. Под контролем должно быть качество лекарственных препаратов, реализуемых в аптеках, и БАДов в части их неэффективного лечения. Следует взять под жёсткий контроль работу регистратуры медицинского учреждения, недостатки организации работы аптек и др. Своевременная реакция на жалобы граждан подскажет слабые места системы здравоохранения. Пока данные вопросы не относятся к компетенции управления Роспотребнадзора.

Авторы считают, что Федеральный закон от 21 декабря 2021 г. № 414 позволит изменить положение дел с обеспечением ПМСП граждан. Так, согласно ст. 44, к полномочиям органов государственной власти субъекта РФ по предметам совместного ведения Российской Федерации и субъектов РФ отнесена «организация оказания населению субъекта РФ ПМСП». Сотрудничество,

осуществляемое органами публичной власти в интересах потребителей ПМСП, направлено на достижение положительных результатов.

Для достижения целей органы публичной власти субъектов РФ и местного самоуправления будут вести координацию по организации работы и устранению недостатков, выявленных по результатам независимой оценки качества условий оказания услуг организациями в сфере охраны здоровья, образования, социального обслуживания.

Система ПМСП в современных условиях должна быть усилена не только специальной инфраструктурой, но и подготовленными кадрами, чтобы люди, переболевшие в пандемию COVID-19 и другими заболеваниями, могли получить адекватную реабилитацию.

Таким образом, анализ государственной политики по развитию первичной медико-санитарной помощи в период с 1970 по 2021 гг. показал, что именно в 1970-х гг. шло развитие ПМСП в единой системе специализированной медицинской помощи, что давало положительные результаты для охраны здоровья населения. Поэтому необходим учёт того позитивного опыта в здравоохранении, который был накоплен в советское время. Именно положительный опыт организации и деятельности органов здравоохранения обусловил возврат государства к восстановлению первичной медико-санитарной помощи в современных условиях.

В новых условиях органы, входящие в единую систему публичной власти в субъекте РФ, призваны осуществлять «взаимодействие в целях создания условий для обеспечения устойчивого и комплексного социально-экономического развития в пределах территории субъекта РФ» (ст. 2) [13]. Национальные проекты при условии их успешной реализации являются надёжным инструментом решения многочисленных проблем в обеспечении охраны здоровья населения, общества, государства в целом.

ПМСП особенно необходима в отдалённых от административных центров населённых пунктах, поэтому создание качественных медицинских опорных центров в каждом посёлке будет способствовать «сбережению» народа, сохранению здоровья жителей повсеместно.

Исследование исторического опыта с учётом социологических методов такой системы, как ПМСП, позволит избежать ошибки при разработке современной государственной политики по обеспечению охраны здоровья в Российской Федерации.

ЛИТЕРАТУРА

1. Алма-Атинская декларация, 1978 г. // Официальный сайт Всемирной организации здравоохранения. Европейское региональное бюро. – URL: <https://www.euro.who.int/ru/publications/policy-documents/declaration-of-almata,-1978> (дата обращения: 26.02.2022). – Текст: электронный.
2. Документ ВОЗ и ЮНИСЕФ. Концепция первичной медико-санитарной помощи в XXI веке: на пути к ВОУЗ и ЦУР // Официальный сайт Всемирной организации здравоохранения. – URL: <https://www.who.int/ru/news-room/fact-sheets/detail/primary-health-care> (дата обращения: 26.02.2022). – Текст: электронный.
3. И. о. министра здравоохранения Бурятии Евгения Лудупова рассказала об итогах 2020 г. по реализации национальных проектов в сфере здравоохранения // Новости Улан-Удэ БЕЗФОРМАТА. – URL: <https://ulanude.bezformata.com/listnews/realizacii-natproektov-v-zdravoohranenii/90613182> (дата обращения: 26.02.2022). – Текст: электронный.
4. Люцко, В. В. Нормативное обеспечение деятельности врачей по оказанию первичной медико-санитарной помощи : автореф. дис. ... д-ра мед. наук: 14.02.03 / Люцко Василий Васильевич. – М., 2019. – 24 с.
5. Мила Тен: Нацпроект совершенствует здравоохранение в Сахалинской области // Новостной портал SakhalinMedia. – URL: <https://sakhalinmedia.ru/news/888253> (дата обращения: 26.02.2022). – Текст: электронный.
6. Народное хозяйство РСФСР в 1970 г.: стат. ежегодник. – М.: Статистика, 1971. – 824 с.
7. Национальные проекты и исполнение указов // Сайт Министерства здравоохранения и демографической политики Магаданской области. – URL: <https://minzdrav.49gov.ru/activities/decree> (дата обращения: 26.02.2022). – Текст: электронный.
8. Новая модель медицинской организации, оказывающей первичную медико-санитарную помощь: методические рекомендации Минздрава России от 02 июля 2019 г. // АО «Кодекс», 2022. – URL: <https://docs.cntd.ru/document/560498624?section=status> (дата обращения: 26.02.2022). – Текст: электронный.

9. Новая модель медицинской организации, оказывающей первичную медико-санитарную помощь: методические рекомендации (2-е издание с дополнениями и уточнениями), утв. Минздравом России 30 июля 2019 г. // Официальный сайт Министерства здравоохранения РФ. – URL: <https://minzdrav.gov.ru/poleznye-resursy/proekt-berezhlivaya-poliklinika/standarty> (дата обращения: 26.02.2022). – Текст: электронный.
10. Новикова, Е. В. Проблемы и задачи эффективной реализации национального проекта «Здравоохранение» / Е. В. Новикова, А. А. Крылова, Н. В. Высоцкий // Сила систем. – 2020. – № 3 (16). – С. 7-14.
- 11 О здравоохранении: Закон РСФСР от 29 июля 1971 г. // Ведомости ВС РСФСР. – 1971. – № 31. – Ст. 656.
12. О сводном годовом докладе о ходе реализации и оценке эффективности государственных программ Республики Саха (Якутия) за 2020 год: Указ главы республики Саха (Якутия) от 29 мая 2021 г. № 1874 // Официальный сайт Министерства здравоохранения Республики Саха (Якутия). – URL: <https://minzdrav.sakha.gov.ru/> (дата обращения: 26.02.2022). – Текст: электронный.
13. Об общих принципах организации публичной власти в субъектах Российской Федерации: Федеральный закон от 21 декабря 2021 г. № 414-ФЗ // Собрание законодательства РФ. – 2021. – № 52. – Ст. 8973.
14. Об утверждении государственной программы Российской Федерации «Развитие здравоохранения»: Постановление Правительства РФ от 26 декабря 2017 г. № 1640 // Собрание законодательства РФ. – 2018. – № 1 (Ч. II). – Ст. 373.
15. Отчёты Министерства здравоохранения за 2019/2020 гг. // Официальный сайт Правительства Приморского края. – URL: <https://www.primorsky.ru/regionalnye-proekty/zdravookhranenie> (дата обращения: 26.02.2022). – Текст: электронный.
16. Под возведение 26 ФАПов // Портал Правительства Амурской области. – URL: https://www.amurobl.ru/posts/news/pod-vozvedenie-26-fapov-v-priamure-opredeleny-uchastki/?sphrase_id=5247168 (дата обращения: 26.02.2022). – Текст: электронный.
17. Полностью реализован региональный проект по первичной медико-санитарной помощи в Забайкалье в 2020 году // Официальный портал Забайкальского края. – URL: <https://75.ru/news/201484> (дата обращения: 26.02.2022). – Текст: электронный.
18. Проекты и достижения // ОГКУЗ «МИАЦ». – URL: <http://miaceao.ru/proekty-i-dostizheniya> (дата обращения: 26.02.2022). – Текст: электронный.
19. Ракшина, И. В. Реорганизация здравоохранения во второй половине 80-х – 90-е годы XX века (на материалах Куйбышевской (Самарской) и Волгоградской областей): автореф. дис. ... канд. ист. наук: 07.00.02 / Ракшина Ирина Викторовна. – Пенза, 2007. – 24 с.
20. Реализация национальных проектов в Хабаровском крае в 2020 году // Официальный сайт Правительства Хабаровского края. Национальные проекты в Хабаровском крае. – URL: <https://np.khabkrai.ru/Important> (дата обращения: 26.02.2022). – Текст: электронный.
21. Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации: Федеральный закон РФ от 21 ноября 2011 года № 323-ФЗ // Собрание законодательства РФ. – 2011. – № 48. – Ст. 6724.
22. Число граждан, прошедших профилактические осмотры // Официальный сайт ЕМИСС Государственная статистика. – URL: <https://www.fedstat.ru/indicator/59702> (дата обращения: 26.02.2022). – Текст: электронный.