

УДК 614.2

DOI 10.24411/2312-2935-2020-00122

## **РОЛЬ ЦРБ В ОРГАНИЗАЦИИ ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ СЕЛЬСКОМУ НАСЕЛЕНИЮ В УСЛОВИЯХ СТАЦИОНАРА**

*Л.В. Руголь, В.В. Люцко, В.М. Кураева*

*ФГБУ «Центральный научно-исследовательский институт организации и информатизации здравоохранения» Министерства здравоохранения Российской Федерации, г. Москва*

**Резюме** **Актуальность** Происходящие процессы реструктуризации сети медицинских организаций и их реорганизации снижают доступность квалифицированной медицинской и профилактической помощи сельским жителям, что в современных условиях актуализирует проблему необходимости коррекции сложившейся системы медицинского обслуживания сельского населения, возвращения главенствующей роли центральных районных больниц в обеспечении сельских жителей всеми видами медицинской помощи.

**Цель.** Оценить динамику изменения сети центральных районных и районных больниц и их мощности.

**Материал и методы** Данные Росстата, Минздрава России, ФГБУ «ЦНИИОИЗ» Минздрава России. Используются аналитический, статистический методы и сравнительного анализа.

**Результаты** Число центральных районных больниц за период 2015-2019 годы в целом по РФ сократилось на 101 (на 7,1%), из них в сельской местности – на 61 (на 10,2%), число коек в них – на 28200 (на 13,7%). Число районных больниц осталось неизменным. Доля центральных районных и районных больниц в сельской местности снизилась с 42,5% в 2015 году до 42,2% - в 2019 г. Эти больницы стали более маломощными. Общее число коек в центральных районных и районных больницах сократилось более, чем на 30 тыс. Значительно сократились не только койки узко специализированных профилей, но и терапевтические, хирургические, педиатрические и койки для беременных и рожениц. При этом наибольшая доля сокращенных коек отмечается в субъектах, имеющих преобладающую долю сельского населения.

**Обсуждение.** Показатель обеспеченности сельского населения койками в районных (центральных) больницах снижался более быстрыми темпами, чем показатель обеспеченности койками в целом всего населения, несмотря на сокращение численности сельского населения и уменьшение его доли. Создающиеся на базе крупных центральных районных больниц межмуниципальные центры специализированной помощи не могут заменить каждодневную регулярную деятельность районных (центральных) больниц по организации квалифицированной медицинской помощи сельскому населению.

**Выводы.** Следует остановить дальнейшее сокращение числа центральных районных и районных больниц и коек в них. С целью повышения качества и доступности квалифицированной медицинской помощи сельским жителям и жителям малых поселков и городов необходимо предусмотреть масштабное строительство указанного типа больниц по современным типовым проектам, обеспечив их необходимым оборудованием и квалифицированными кадрами.

**Ключевые слова:** центральные районные больницы, койки, обеспеченность, стационарная помощь.

## ROLE OF CRH IN ORGANIZATION OF PROVIDING HEALTH CARE IN A HOSPITAL TO RURAL POPULATION

*Rugol L.V., Liutsko V.V., Kuraeva V.M.*

*Federal Research Institute for Health Organization and Informatics of Ministry of Public Health of Russian Federation, Moscow*

**Abstract.** The ongoing processes of restructuring the network of medical organizations and their reorganization reduce the availability of qualified medical and preventive care to rural residents, which in modern conditions actualizes the problem of the need to correct the existing system of medical care for the rural population, return the leading role of central regional hospitals in providing rural residents with all types of medical care.

**The purpose** Assess the dynamics of changes in the network of central district and district hospitals and their capacity.

**Methods** Data from Rosstat, Ministry of Health of Russia, FGBI "CRIHOI" of the Ministry of Health of Russia. Used analytical, statistical methods and comparative analysis.

**Results** The number of central district hospitals for the period 2015-2019 in the whole of the Russian Federation decreased by 101 (by 7.1%), of which in rural areas - by 61 (by 10.2%), the number of beds in the Central Regional Hospital - by 28200 (by 13.7%). The number of district hospitals remained unchanged. The share of central rayon and rayon hospitals in rural areas decreased from 42.5% in 2015 to 42.2% in 2019. These hospitals have become more weak. The total number of beds in central district and district hospitals has decreased by more than 30 thousand. Not only beds of narrowly specialized profiles have significantly decreased, but also therapeutic, surgical, pediatric and beds for pregnant women and women in labor. Moreover, the largest share of reduced beds is observed in subjects with a prevailing share of the rural population.

**Discussion** The rate of bed availability in the Central District Hospitals and District Hospitals for the rural population declined at a faster rate than the bed availability rate for the general population, despite the decline in the rural population and its share. Inter-municipal centers of specialized care, created on the basis of large central regional hospitals, cannot replace the daily regular activity of regional (central) hospitals to organize qualified medical care for the rural population.

**Conclusion.** The further reduction in the number of central rayon and rayon hospitals and their beds should be stopped. In order to improve the quality and availability of qualified medical care for rural residents and residents of small towns and villages, it is necessary to envisage large-scale construction of hospitals of this type according to modern standard projects, equipping them with the necessary equipment and qualified personnel.

**Key words:** central regional hospitals, beds; provision; hospital assistance

**Введение.** Сложно переоценить роль и значение центральных районных больниц (далее – ЦРБ) для жителей небольших поселков, городов и сельских муниципальных районов. На протяжении длительного периода в нашей стране ЦРБ являлась основной медицинской организацией для медицинского обслуживания сельского населения. В советские годы улучшение доступности специализированной медицинской помощи для жителей сельских населенных пунктов обеспечивалось развитием сети ЦРБ, участковых больниц,

наращиванием мощности коечного фонда, обеспечением больниц в сельской местности квалифицированными кадрами [1].

Помимо задач по оказанию высококвалифицированной специализированной медицинской помощи населению муниципальных образований ЦРБ в советский период и до организации муниципальных органов управления здравоохранением осуществляли оперативное и организационно-методическое руководство за деятельностью всех медицинских организаций на территории муниципальных образований, в том числе контроль деятельности, участвовали в планировании и организации материально-технического снабжения, распределении финансов [1,2].

В качестве основной задачи ЦРБ занимались разработкой и осуществлением мероприятий, направленных на улучшение качества и доступности медицинской помощи населению, проживающему на территории муниципальных образований, снижением заболеваемости, инвалидности, больничной летальности, смертности населения путем своевременного внедрения в практику работы подведомственных учреждений здравоохранения современных методов диагностики, лечения и профилактики, обеспечением скорой и неотложной помощи на территории района [1].

Наступивший кризис в стране в конце 20 века, приведший к значительному снижению бюджетного финансирования отрасли изменил ситуацию по развитию ЦРБ. Строительство новых больниц прекратилось, то, что достраивали, проходило медленными темпами, был отменен принцип распределения медицинских кадров после ВУЗов. Значительная разница в условиях проживания и отсутствие финансовой привлекательности работы на селе привели к оттоку медицинских кадров. Регресс развития сельского здравоохранения усугубился снижением численности населения, уменьшением людности сельских населенных пунктов. Переход от бюджетного финансирования здравоохранения к страховой модели также сыграл отрицательную роль в развитии ЦРБ. Сокращение коечного фонда ЦРБ привело к снижению финансирования в системе ОМС при сохранившихся затратах на содержание больниц. Сокращение коечного фонда, отрицательные демографические процессы привели и к деградации практических навыков медицинских работников, вследствие чего снизилось качество оказания медицинской помощи в этих больницах [2,3,4]. Качество и доступность медицинской помощи сельскому населению в современных условиях значительно уступают уровню медицинской помощи городскому населению [5]. Снижение числа ЦРБ и кадровая проблема в них усугубляет трудности в получении врачебной помощи у сельских жителей,

обусловленные низкой транспортной доступностью и нехваткой квалифицированных врачебных кадров [4,5,6]. Авторы отмечают тенденцию снижения доли ЦРБ с улучшением результативности деятельности [7]. С потерей функций управления здравоохранением на территории сельских муниципальных образований постепенно часть ЦРБ были реорганизованы в далее районные больницы (РБ).

Снижение коечной мощности ЦРБ, сокращение численности населения в сельской местности привели к необходимости создания межрайонных специализированных отделений на базе ЦРБ в начале 21 века, с целью противодействия регрессивным процессам в сельском здравоохранении. При формировании 3-х уровневой системы организации медицинской помощи ЦРБ стали медицинскими организациями второго этапа ее оказания, обеспечивая сельское население квалифицированной лечебно-профилактической помощью, в том числе специализированной, как в стационарных, так и в амбулаторных условиях.

В ЦРБ предоставляются основные виды специализированной медицинской помощи, одновременно она может выполнять функции органа управления здравоохранением на территории муниципального района. Мощность ЦРБ, профиль специализированных отделений в ее составе определяются численностью, плотностью и структурой прикрепленного населения, уровнем и структурой его заболеваемости, а также другими медико-организационными факторами. Оптимальная и наиболее часто встречающаяся мощность ЦРБ от 100 до 500 коек, количество специализированных отделений в ней — не менее пяти: терапевтическое, хирургическое с травматологическими койками, педиатрическое, инфекционное и акушерско-гинекологическое (если на территории муниципального района нет родильного дома или перинатального центра) [1]

В структуре ЦРБ имеется поликлиника, оказывающая первичную медико-санитарную помощь сельскому населению по направлениям фельдшеров ФАПов, врачей амбулаторий, центров общей врачебной (семейной) практики и непосредственно прикрепленному к поликлинике населению центра муниципального образования, что способствует сохранению принципов преемственности этапов оказания медицинской помощи [1].

Оказание амбулаторной помощи детям в муниципальном районе осуществляют детские консультации (поликлиники, отделения), стационарная помощь оказывается в детских отделениях ЦРБ, либо на выделенных детских койках в составе отделений для взрослых, реже на койках для взрослых [1].

Акушерско-гинекологическую помощь женщинам в муниципальном районе осуществляют женские консультации, родильные и гинекологические отделения ЦРБ [1].

Врачи-специалисты ЦРБ осуществляют организационную и консультативную помощь врачам амбулаторий, комплексных терапевтических участков, фельдшерам ФАПов [1].

**Цель** настоящего исследования изучить динамику числа ЦРБ и РБ, их коечного фонда, в том числе специализированных профилей коек за 5-летний период, показателя обеспеченности сельского населения круглосуточными койками.

**Материал и методы исследования.** В исследовании использованы методы: аналитический, статистический, сравнительного анализа. Используются официальные статистические данные Росстата, Минздрава России и ФГБУ «ЦНИИОИЗ» Минздрава России в целом по Российской Федерации и субъектам РФ. Проведен анализ динамики численности и структуры населения РФ и субъектов РФ, данных форм федерального статистического наблюдения (ФСН) № 47 за период 2015-2019 гг. Статистическая обработка материалов проводилась с использованием расчетных таблиц в формате Exell. Методом сравнительного анализа проведено исследование динамики числа ЦРБ и РБ в целом по РФ и субъектам РФ, числа коек в них в целом и по ряду профилей, показателей обеспеченности койками сельских жителей. Изучены и проанализированы источники литературы отечественных авторов по проблемам оказания медицинской помощи сельскому населению и организации работы центральных районных больниц, нормативно-правовые документы по теме исследования.

**Результаты.** В 2015 году функционировало 1426 ЦРБ в 67 субъектах РФ и 415 РБ в 51 субъекте РФ. В 4-х субъектах РФ (Москва, Ненецкий АО, С.-Петербург и Севастополь) такого типа медицинских организаций за весь период наблюдения не было. При исследовании числа ЦРБ в динамике установлено ежегодное их сокращение от 11 до 39 в год, что привело в итоге к снижению их числа в 2019 году до 1325. Число РБ менялось разнопланово, то увеличиваясь по сравнению с предыдущим годом, как например в 2016 и в 2018 гг., то уменьшаясь, в итоге к 2019 году их число достигло 416, однако число РБ с круглосуточными койками по сравнению с 2015 годом осталось неизменным - 415.

Таким образом, число ЦРБ за анализируемый период сократилось на 7,1%, а общее число ЦРБ и РБ – на 5,5% (таблица 1). Число субъектов РФ, имеющих на территории ЦРБ, сократилось до 66, РБ – до 48. В Ставропольском крае были ликвидированы 25 ЦРБ, взамен которых появилось 25 РБ вместо одной функционирующей в 2015 г., т.е. ЦРБ изменили свой статус. Исчезли РБ в Республиках Коми, Северная Осетия-Алания, Чеченской Республике,

Новгородской области, Ямало-Ненецком и Чукотском автономных округах. Число субъектов РФ, не имеющих на своей территории ни ЦРБ, ни РБ, к 2019 году увеличилось до 5: к имеющимся 4-м в 2015 году прибавился Чукотский АО, в котором в 2015 году функционировало 3 РБ, а в 2018 году они были ликвидированы. Отмечено снижение доли ЦРБ, расположенных в сельской местности, с 41,9% в 2015 году до 40,5% в 2019 г., тем не менее, доля РБ, расположенных в сельской местности, увеличилась с 44,6% до 47,8%. Общая доля ЦРБ и РБ, расположенных в сельской местности, осталась практически неизменной (42,5% в 2015 и 42,2% в 2019 г.), что свидетельствует о том, что новые ЦРБ и РБ на селе не строятся.

Помимо снижения общего числа ЦРБ и РБ (далее – Больниц) отмечается тенденция к снижению их мощности. Выросла доля маломощных Больниц с числом коек до 25 - с 4,1% от общего числа Больниц с койками в 2015 году до 4,5% в 2019 г. В Московской области функционирует РБ, не имеющая круглосуточных коек. Доля Больниц мощностью от 25 до 49 коек за тот же период выросла с 14,4% до 15,9%, мощностью от 50 до 99 коек с 33,2% до 34,1%. Число Больниц большей мощности планомерно снижалось. Так число Больниц мощностью от 100 до 199 коек снизилось с 28,6% до 27,1%; от 200 до 249 коек - с 5,9% до 5,4%, от 300 до 399 коек – с 5,1% до 4,4%, от 500 коек и выше – с 2,5% (46 Больниц) в 2015 году до 1,8% (32 Больницы) в 2019 (таблица 1). Тем не менее, следует отметить, что доли Больниц мощностью от 250 коек до 299 коек и от 400 до 499 коек несколько возросли – с 3,7 до 3,9% и с 2,4% до 2,7% соответственно.

Тенденция к снижению мощности стационаров ЦРБ и РБ не благоприятная, поскольку возможности оказания квалифицированной стационарной помощи в больницах малой мощности весьма ограничены, что негативно сказывается на уровне профессионализма медицинских кадров и, как следствие, - на качестве стационарной помощи.

Помимо снижения числа Больниц, сократилось общее число коек в них на 30 039 за анализируемый период, что составило 11,4% от числа коек в 2015 году. Наибольшая доля коек в Больницах была сокращена в Сибирском федеральном округе – 22,8% (отчасти, возможно, за счет перехода части субъектов в Дальневосточный федеральный округ), наименьшая – в Северо-Кавказском федеральном округе – 5,5%.

При анализе динамики числа коек по профилям, установлено, что сокращались не только койки специализированных профилей, но и терапевтические и хирургические койки, которые являются доминирующими и важными для этого типа больниц.

Число терапевтических коек в Больницах в целом по РФ уменьшилось с 2015 года на 7198, или на 12,1% (таблица 1). Из субъектов, имеющих к 2019 году койки в Больницах, наибольшая доля терапевтических коек была сокращена в Республике Ингушетия – на 69,1% (с 275 до 85), в Оренбургской области - на 38,4% (с 841 до 518), в Московской – на 36% (с 2913 до 1863), в Костромской – на 34,6% (с 211 до 138 коек), в Калужской – на 29,6% (с 547 до 385) областях, в Кабардино-Балкарской Республике – на 29,4% (с 483 до 341), в Ивановской области – на 27% (с 485 до 354). В ряде субъектов напротив произошел прирост терапевтических коек, максимально в Новгородской области – на 12,6% (с 269 до 303), далее в убывающем порядке в Вологодской области – на 5,7% (с 543 до 574), в Хабаровском крае – на 5,1% (с 487 до 512), в Смоленской – на 3,3% (с 487 до 503), Кировской – на 3,0% (с 696 до 717) областях, Республике Северная Осетия-Алания – на 1,7% (с 354 до 360). В Республике Башкортостан число терапевтических коек до 2017 года ежегодно сокращалось, в целом на 5,3% (с 1479 до 1400), с 2018 года началось их наращивание, и к 2019 году их число достигло уровня 2015 года.

Аналогичная тенденция отмечается и по хирургическим койкам. В целом по РФ их число сократилось на 4409, или на 12,3% (таблица 1). Максимальная доля так же, как и по терапевтическим койкам, сокращена в Республике Ингушетия – 60% (с 95 до 38 коек), далее в убывающем порядке по рангу следуют – Московская область – на 41,4% (с 2245 до 1316 коек), Кабардино-Балкарская Республика – на 37,5% (с 323 до 202), Республика Адыгея – на 35,3% (с 85 до 55 коек), Республика Калмыкия – на 33,0% (с 106 до 71 койки), Оренбургская область – на 31,8% (с 616 до 420 коек). Прирост хирургических коек отмечен в Магаданской области (на 2 койки – 4,0%), Республике Северная Осетия-Алания (на 4 койки, или 3,6%), Нижегородской (на 24 койки – на 2,9%), Липецкой (на 8 коек – 2,2%), Курганской (на 6 коек – 2,1%), Вологодской (на 5 – 1,5%), Волгоградской (на 2 – 0,3%) областях.

Травматологические койки есть практически во всех субъектах РФ, имеющих функционирующие Больницы, за исключением Ненецкого АО. Их число в целом по РФ уменьшилось по сравнению с 2015 годом на 12,8% (с 11429 до 9960) (таблица 1). Сокращение коек данного профиля произошло в 60-ти субъектах РФ, и в Чукотском АО, где полностью ликвидированы Больницы. Максимальное число травматологических коек в Больницах сокращено в Московской – 554 и Оренбургской – 126 областях. Наибольшая доля сокращенных коек отмечается в Оренбургской области – 58,9%, Курганской – 50% (с 4-х до 2-х), Костромской – 44,4% (с 45 в 2015 и 54 в 2016 до 25 в 2019 гг.). Но в 17-ти субъектах их

число увеличилось, максимальная доля прироста отмечена в Республике Алтай, Ханты-Мансийском АО, Челябинской области, Удмуртской Республике, в абсолютных значениях максимальный прирост отмечен в Ставропольском крае – на 49 коек. В 4-х субъектах РФ число травматологических коек не изменилось: Калининградской (46 коек), Новгородской (63), Тюменской (148), Томской (85) областях, Республике Северная Осетия-Алания (44).

Урологические койки в Больницах сократились на 7,7% в целом по РФ (таблица 1) В 3-х субъектах РФ они были полностью ликвидированы: в Пермском крае (11 коек в 2015, 8 в 2016 гг.), Оренбургской области (37 в 2015, 25 в 2016 гг.), Приморском крае (5 коек с 2015 до 2018 года). Сокращение числа коек данного профиля отмечено еще в 29-ти субъектах РФ. Максимальная доля сокращения наблюдалась в Карачаево-Черкесской Республике (с 18 коек до 5 – на 72,2%), Кировской (с 22 до 10 – на 54,5%), Иркутской (с 10 до 5 коек – на 50%), Московской (с 469 до 246 – на 47,5%), Липецкой и Рязанской (с 15 до 10 – на 33,3%) областях. В 15-ти субъектах РФ число урологических коек в 2019 году осталось неизменным по сравнению с 2015 годом: Белгородская (50 коек), Костромская (2 койки), Курская (7), Смоленская (44), Тульская (54), Ярославская (3), Калининградская (4), Псковская (20), Саратовская (50), Ульяновская (6), Свердловская (26) области, республики Северная Осетия-Алания (10), Мордовия (5), Алтайский (45) и Хабаровский (7) края. В 16-ти субъектах РФ урологических коек в Больницах не было на протяжении всего периода наблюдения: Калужская, Архангельская, Магаданская области, республики Карелия, Дагестан, Ингушетия, Марий Эл, Алтай, Бурятия, Тыва, Хакасия, Ненецкий и Чукотский автономные округа, Чувашская Республика, Забайкальский край, Еврейская автономная область. Организованы были урологические койки к концу периода наблюдения в Орловской (8 коек с 2019 года), Челябинской (9 коек с 2016 по 2018 гг. и 18 коек в 2019 году) областях, Республике Адыгея (2 в 2017, 3 в 2018 и 8 в 2019 гг.). В Пензенской области такие койки были организованы в 2016 году и затем вновь ликвидированы. Рост числа коек данного профиля отмечен в 18-ти субъектах РФ: Нижегородской (со 100 до 101 койки), Тверской (с 19 до 20), Кемеровской (с 10 до 11), Новосибирской (с 19 до 21), Сахалинской (с 15 до 17), Тюменской (с 32 до 38), Омской (с 4 до 9), Новгородской (с 6 до 15), Томской (с 8 до 23 коек) областях, Удмуртской республике (с 14 до 15), Краснодарском (с 293 до 352) и Ставропольском (со 124 до 153) краях, Ханты-Мансийском АО (с 6 до 8), республиках Татарстан (со 124 до 131) и Калмыкия (с 2 до 3), Кабардино-Балкарской и Чеченской республиках (с 20 до 35), Республике Крым (с 5 до 29 коек).

Число кардиологических коек в Больницах в целом по РФ за анализируемый период сократилось на 635 (с 9456 до 8821, или на 6,7%) (таблица 1). Максимальная доля этих коек была сокращена в Пермском крае – 83,3% (с 72 в 2015 году до 12 в 2019, причем 40 коек было сокращено только за 2019 год). В этой связи хотелось отметить, что эффективность функционирования 12 кардиологических коек весьма сомнительна. Число кардиологических коек в Больницах, меньшее числа минимально функциональной единицы (30 коек), функционируют в Приморском крае (12), Кабардино-Балкарской Республике (11), республиках Калмыкия (8), Тыва (11), Хакасия (12), Дагестан (20), Марий-Эл (21), Камчатском крае (5), Курганской области (4), Ханты-Мансийской АО (1).

В 37 субъектах РФ за анализируемый период произошел рост числа кардиологических коек в Больницах. Максимальная доля прироста отмечена в Челябинской области – на 145% (с 20 до 49), Ямало-Ненецком АО – на (с 18 до 42), в Республике Ингушетия – (с 30 до 45 коек), в Вологодской области (с 43 до 58 коек), Ставропольском крае (с 244 до 310), Липецкой области (со 116 до 146), Чеченской Республике (со 105 до 132), Волгоградской области (с 60 до 74), Курганской области (с 2 до 4).

В Орловской области в 2019 году в ЦРБ было организовано 82 кардиологических койки (с 2015 года до 2018 их не было в ЦРБ), в 2016 году появились 44 кардиологических койки, а к 2019 году их число увеличилось до 51 в Удмуртской Республике. В Забайкальском крае в 2017 году было организовано 23 кардиологических койки, в 2018 их число увеличилось до 29, но в 2019 году было сокращено 2 койки.

В целом по РФ за анализируемый период сокращено 887 неврологических коек, что составило 4,9% от числа коек этого профиля в Больницах в 2015 году (таблица 1). К 2019 году были сокращены неврологические койки в Чеченской Республике – на 50,7% (с 75 в 2015 году и 115 в 2018 до 37 в 2019), на 47% в Костромской области (со 102 в 2015 и 119 в 2018 до 54), на 40% в Оренбургской области (с 420 до 252), на 33,9% в Пермском крае (со 189 в 2015, 199 в 2016 до 125), на 33,3% в Архангельской области (с 78 до 52), на 31,6% в Астраханской области (со 117 до 80), на 28,2% в Московской области (с 1635 до 1174) - всего в 44 субъектах РФ. В 33 субъектах РФ число неврологических коек в Больницах увеличилось, еще в одном субъекте (Магаданская область) неврологических коек в Больницах не было в 2015 году, они были организованы в 2016 – 4, с 2018 года – 5 коек. В 3-х субъектах их число практически осталось неизменным – разница в 1 койку, в Ненецком АО их не было весь период наблюдения.

На 504 уменьшилось число офтальмологических коек в Больницах в целом по РФ (24,7% от числа коек данного профиля в Больницах в 2015 году) (таблица 1). Полностью были ликвидированы офтальмологические койки в Больницах в Брянской, Рязанской, Оренбургской, Сахалинской областях и Алтайском крае. Всего 4 койки данного профиля в 2019 году из 31 в 2015 осталось в Костромской, 2 из 8 в 2015 и 10 в 2017 году – в Кировской областях, 7 из 18 в 2015 году – в Удмуртской Республике, 22 из 53 – в Воронежской, 24 из 40 в Белгородской, 405 из 623 в Московской, 10 из 15 в Ивановской, 20 из 28 в Архангельской областях. В 44 субъектах РФ, имеющих Больницы, не было офтальмологических коек в 2019 году. В 7-ми субъектах в Больницах произошел прирост офтальмологических коек, в 6-ти – число коек данного профиля не изменилось, в 27 субъектах число коек офтальмологического профиля сократилось по сравнению с 2015 годом.

На 25,2% сократилось число оториноларингологических коек в Больницах (с 1612 в 2015 году до 1206) (таблица 1). В 17 субъектах РФ, имеющих Больницы, коек указанного профиля не было на протяжении всего периода наблюдения: Ивановская, Калужская, Рязанская, Ярославская, Астраханская, Ульяновская, Магаданская области, республики Адыгея, Карелия, Калмыкия, Дагестан, Ингушетия, Алтай, Бурятия, Тыва, Хакасия, Ненецкий АО, Чувашская республика. В ряде субъектов имеющиеся в начале периода наблюдения оториноларингологические койки были в дальнейшем сокращены полностью: Архангельская, Калининградская, Пензенская, Самарская, Кемеровская, Амурская, Сахалинская области, Пермский, Камчатский, Приморский края. В 40 субъектах РФ число оториноларингологических коек меньше минимальной функциональной единицы стационарного отделения (30 коек).

Значительно сократились койки для беременных и рожениц в Больницах (таблица 1). В целом по РФ число коек данного профиля сократилось на 27,4% (с 9200 до 6677). Сокращение коек данного профиля произошло во всех федеральных округах, за исключением Дальневосточного, даже без учета вливания в него двух субъектов из Сибирского федерального округа. Наибольшая доля сокращенных коек отмечена в Сибирском и Приволжском федеральных округах – на 38,5 и 38,8% соответственно. Из субъектов только в Орловской области число коек увеличилось с 9 в 2015 году до 25 в 2019, в предыдущие годы этом субъекте наблюдалось сокращение коек данного профиля вплоть до их полного отсутствия в 2018 году. В 9-ти субъектах, не считая Чукотский АО, где Больницы были полностью закрыты, койки данного профиля были сокращены более чем на 50%: Еврейская

АО (с 24 до 6), Самарская область (с 89 до 24), Оренбургская (со 126 до 38), Архангельская (с 55 до 17), Калужская (с 59 до 24) области, республики Хакасия (с 20 до 9), Тыва (с 82 до 37), Пермский край (со 115 до 53), Костромская область (с 39 до 18).

**Таблица 1**

Динамика числа ЦРБ, РБ и коек в них (в абс. числах)

<i>показатели</i>	2015	2016	2017	2018	2019	%2019/2015
Число ЦРБ	1426	1388	1372	1361	1325	-7,1
из них в сельской местности	597	573	563	560	536	-10,2
Число коек в ЦБ	205639	192636	185526	183690	177439	-13,7
Число РБ	415	425	418	418	416	0,2
Число коек в РБ	54459	58068	57858	55830	52620	-3,4
<b>Число Больниц мощностью</b>						
до 25 коек	76	81	83	87	78	2,6
от 25 до 49 коек	265	258	263	273	277	4,5
от 50 до 99 коек	610	613	615	604	594	-2,6
от 100 до 199 коек	527	517	501	483	471	-10,6
от 200 до 249 коек	109	99	93	97	94	-13,8
от 300 до 399 коек	94	85	84	82	77	-18,1
от 500 коек и выше	46	43	44	42	32	-30,4
<b>Число коек в Больницах (ЦРБ и РБ) по профилям</b>						
терапевтические	59548	57172	55128	54532	52350	-12,1
хирургические взр.	35701	34222	32941	32515	31292	-12,3
кардиологические	9456	9212	9177	9209	8821	-6,7
неврологические	18125	17963	17942	17857	17238	-4,9
травматологические взр.	11429	11034	10842	10688	9960	-12,8
урологические взр.	2591	2591	2608	2600	2392	-7,7
офтальмологические	2043	1955	1875	1777	1539	-24,7
оториноларингологические	1612	1510	1462	1433	1206	-25,2
педиатрические	25205	23802	22992	22667	21756	-13,7
для беременных и рожениц	9200	8552	7911	7388	6677	-27,4

Педиатрические койки в целом по РФ сократились за анализируемый период на 13,7% (с 25205 коек до 21756) (таблица 1). Максимальная доля сокращения отмечена в Республике Ингушетия - на 54,9% (со 144 до 65), Оренбургской – на 49,4% (с 476 до 241), Костромской – на 41,3% (со 121 до 71), Калужской – на 40% (с 250 до 150), Московской – на 39,5% (с 1188 до 719), Архангельской – на 34,5% (с 206 до 135) областях, республиках Марий Эл – на 39,4% (со 142 до 86) и Калмыкия – 33,7% (со 101 до 67). Прирост педиатрических коек отмечен лишь в 6-ти субъектах: в Омской (с 331 до 332), Нижегородской (с 572 до 575), Тверской (с 322 до

328), Владимирской (со 120 до 125), Магаданской (с 35 до 37) областях и Ставропольском крае (с 542 до 572). В 3-х субъектах РФ число коек не изменилось: Тульская (269 коек), Новгородская (147 коек) области, Карачаево-Черкесская Республика (122 койки).

**Обсуждение** Численность сельского населения за анализируемый период сократилась в целом по РФ на 798 948 человек, или на 2,1%. Доля сельского населения в целом по РФ снизилась с 26% в 2015 году до 25,3% в 2019 году. Наибольшая доля сельского населения в 2015 году отмечалась в республиках Алтай (70,8%), Ингушетия (59,3%), Калмыкия, Дагестан (по 54,9%), Адыгея (52,9%), Крым (49,3%), Тыва (46,1%) и Бурятия (41,1%), в Чеченской (65,3%), Карачаево-Черкесской (57,3%) и Кабардино-Балкарской (47,8%) республиках, в Краснодарском (45,9%), Алтайском (44,0%) и Ставропольском (41,9%) краях, в Тамбовской (40,2%) и Оренбургской (40,1%) областях. В 2019 году эти же субъекты сохранили наибольшую долю сельского населения, которая во всех субъектах, за исключением Кабардино-Балкарской Республики, в разной степени снизилась по сравнению с 2015 годом, переместив некоторые субъекты на другие ранговые места. При этом число коек в Больницах сократилось на 11,5%. Показатель обеспеченности круглосуточными койками в целом всего населения РФ снизился с 74,9 на 10 тыс. населения в 2015 году до 70,2 в 2019 (на 6,3%). Показатель обеспеченности койками ЦРБ и РБ сельского населения, несмотря на его сокращение, снизился более быстрыми темпами, чем показатель обеспеченности всего населения круглосуточными койками в целом - с 68,5 в 2015 году до 61,9 на 10 тыс. сельского населения в 2019 году (на 9,6%).

По Центральному федеральному округу (ЦФО) наибольшая доля сокращения сельского населения отмечена в Тамбовской области – на 8,9%, при этом и показатель обеспеченности сельского населения койками в Больницах снизился на 10,6%. В Московской области при сокращении численности сельского населения на 7,7% показатель обеспеченности койками в Больницах снизился на 39,7%. Максимальное снижение показателя обеспеченности койками в Больницах в ЦФО отмечено в Орловской (на 45,5%) и Костромской (на 44,3%) областях.

Среди субъектов Северо-Западного федерального округа (СЗФО) максимальное снижение показателя обеспеченности сельского населения койками в Больницах отмечено в Мурманской (на 20,4%) и Архангельской (на 20,0%) областях, причем если в Архангельской области сельское население сократилось на 10,7%, то в Мурманской области возросло на 2,2%.

В Южном федеральном округе при росте численности сельского населения на 17,8% (в том числе за счет вливания Республики Крым) показатель обеспеченности койками в Больницах в

целом по округу снизился на 10,2%. Максимальное снижение показателя отмечено в республиках Калмыкия (на 24,7%) на фоне снижения на 4,8% численности сельского населения, Адыгея (на 20,5%) на фоне роста численности сельского населения на 2,8%.

Аналогичная тенденция отмечена и в Северо-Кавказском федеральном округе. При росте численности сельского населения на 0,4% показатель обеспеченности койками в Больницах снизился на 5,9%. Максимальное снижение показателя зафиксировано в Кабардино-Балкарской Республике – на 24,1% при росте численности сельского населения на 1,3%, в Республике Ингушетия (на 14,9%) при сокращении численности сельского населения на 18,2%, и в Чеченской Республике (на 12,8%) при росте численности на 4,4%.

В Приволжском федеральном округе максимальное снижение показателя отмечено в Оренбургской области – на 43,5% на фоне снижения численности сельского населения на 4,0%, на втором месте по темпу снижения показателя – Пермский край – на 30,4% на фоне снижения численности сельского населения на 2,9%.

Среди субъектов Уральского федерального округа максимально снижение показателя отмечено в Ямало-Ненецком АО (на 9,4%) при снижении численности сельского населения на 0,1%.

В Сибирском федеральном округе наибольшее снижение показателя отмечено в Иркутской области (на 16,9%) при росте численности сельского населения на 3,1% и Республике Хакасия (на 16,7%) при снижении численности сельского населения на 4,5%.

В Дальневосточном федеральном округе максимальное снижение показателя обеспеченности зафиксировано в республиках Бурятия (на 12,7%) на фоне неизменной численности сельского населения, Саха (Якутия) (на 12,4%) при снижении численности сельского населения на 0,9% и Амурской области (на 11,5%) при снижении численности сельского населения на 3,8%.

В ряде публикаций авторы также отмечают сокращение числа коек в медицинских организациях сельских муниципальных районов, снижение показателя обеспеченности сельского населения больничными койками, а также показателей эффективности их деятельности и показателя уровня госпитализации [5].

Обеспеченность койками в ЦРБ и РБ сельского населения субъектов РФ, имеющих аналогичную численность и структуру населения, в целом и в разрезе профилей коек, так же, как и всего населения РФ всеми круглосуточными койками, различается в разы [4].

В последние годы, с уменьшением численности населения сельских муниципальных районов и сокращением числа ЦРБ и коек в них, с целью приближения специализированной медицинской помощи к сельскому населению на базе крупных ЦРБ начали создаваться межрайонные центры специализированной медицинской помощи. Обычно функции таких центров возлагают на крупные ЦРБ (мощностью 500 и более коек), которые способны обеспечить население близлежащих муниципальных районов недостающими профилями специализированной стационарной и амбулаторно-поликлинической медицинской помощи. Тем не менее, эти межрайонные центры не могут подменить деятельность Больниц по оказанию медицинской помощи сельским жителям в стационарных условиях при мультиморбидной патологии, при подборе терапии в случае выявления хронических заболеваний, а также для проведения курсового лечения пациентам диспансерной группы.

Следует также отметить, что по ряду причин медицинская помощь в стационарозамещающих условиях не всегда доступна сельским жителям, так же, как и курсовое лечение заболеваний в амбулаторных условиях. В связи с чем, рядом авторов была выдвинута гипотеза об ошибочности управленческих решений, направленных на сокращение объемов медицинской помощи в условиях круглосуточного стационара, учитывая особенности заболеваемости и смертности сельского населения [3].

Сокращение числа такого значимого для российской отрасли типа медицинской организации, как ЦРБ происходит не одно десятилетие. Авторы отмечают уменьшение их числа в период с 2005 по 2014 годы на 15,2% при одновременном росте числа РБ на 56,2% [2]. По результатам нашего исследования неизменность числа РБ обусловлена процессами реорганизации ЦРБ и участковых больниц. При этом параметры сокращения коечного фонда (числа, профилизации) в Больницах так же, как и в целом круглосуточных коек во всех медицинских организациях, не всегда увязываются с возможностями медицинских организаций, оказывающих амбулаторную помощь сельчанам, обеспечить лечение пациентов в амбулаторных условиях [4,8]. О необходимости модернизации модели госпитальной помощи, изменении подходов к функционированию многопрофильных больниц, использовании потенциала больничных организаций для организации квалифицированной помощи пациентам на амбулаторном этапе указывалось в других публикациях [8].

#### **Выводы.**

С целью повышения качества и доступности квалифицированной медицинской помощи сельским жителям и жителям малых поселков и городов необходимо пересмотреть

приоритеты проводимых преобразований, остановить дальнейшее сокращение сети ЦРБ и РБ, предусмотреть масштабное строительство указанного типа больниц по современным типовым проектам, обеспечив их необходимым оборудованием и квалифицированными кадрами. Основными профилями коек в указанных больницах должны быть терапевтические, хирургические, травматологические, педиатрические койки, койки для беременных и рожениц, что позволит оказывать комплексную помощь пациентам при полиморбидной патологии, осуществлять углубленную диагностику, подбор терапии для курсового лечения хронических заболеваний, осуществлять профилактическое лечение пациентам диспансерной группы. Кардиологические, неврологические, офтальмологические, оториноларингологические, урологические койки необходимо организовать на базе межрайонных центров специализированной помощи в крупных ЦРБ или городских больницах с учетом транспортной доступности.

#### Список литературы

1. О.П. Щепин, В.А. Медик. Общественное здоровье и здравоохранение. Учебник. М. Гэотар-Мед. 2012; 592 с.
2. Стародубов В.И., Сон И.М., Сквирская Г.П. и др. Первичная медико-санитарная помощь. Характеристика сети медицинских организаций и обеспеченность кадрами. Менеджер здравоохранения. 2016; 3: С.6-15
3. Новикова И.И., Бережной В.Г., Ерофеев Ю.В. Организация профилактической работы с населением сельской местности (на примере крупного агропромышленного региона Сибири). Наука о человеке: гуманитарные исследования. 2014; (16): 56—62
4. Руголь Л.В., Сон И.М., Стародубов В.И., Погонин А.В. Некоторые итоги реформирования здравоохранения. Социальные аспекты здоровья населения [электронный медицинский журнал] 2018; 64(6). URL: <http://vestnik.mednet.ru/content/view/1023/30/lang,ru/>
5. Бережной В.Г. Социально-гигиеническая модель организации профилактической работы с сельским населением Омской области. Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. 2016; 24 (4): С. 238-242
6. Мусаев Ф.А. Куковьякина Н.Д. Куковьякин С.А. Причины проблем управления центральной районной больницей. Современные проблемы науки и образования. 2012. № 1 URL: <http://science-education.ru/ru/article/view?id=5448> (дата обращения: 07.11.2020)

7. Колядо Е.В., Лазарев В.С., Перфильев А.А. Рейтинговая оценка деятельности центральных районных больниц Алтайского края. Сибирский медицинский журнал. 2013; 5: С.91-94

8. Руголь Л.В., Сон И.М., Стародубов В.И., Меньшикова Л.И. Проблемы организации стационарной медицинской помощи и подходы к ее модернизации. Социальные аспекты здоровья населения. 2020; 66(1). URL: <http://vestnik.mednet.ru/content/view/1128/30/lang.ru/>

### References.

1. O.P. Shchepin, V.A. Medik. Obshchestvennoe zdorov'e i zdravookhranenie [Public health and healthcare]. Uchebnik. M. Geotar-Med. 2012; 592 s. (In Russian)

2. Starodubov V.I., Son I.M., Skvirskaya G.P. i dr. Pervichnaya mediko-sanitarnaya pomoshch'. Kharakteristika seti meditsinskih organizatsiy i obespechennost' kadrami [Primary Health care. Medical Network organization features and staff provision]. Menedzher zdravookhraneniya [Management in Health Care]. 2016; 3: S.6-15. (In Russian)

3. Novikova I.I., Berezhnoy V.G., Erofeev Yu.V. Organizatsiya profilakticheskoy raboty s naseleniem sel'skoy mestnosti (na primere krupnogo agropromyshlennogo regiona Sibiri) [Social and hygienic bases of the organization of scheduled maintenance with the population of rural areas (on the example of the large agro-industrial region of Siberia)]. Nauka o cheloveke: gumanitarnye issledovaniya [The Science of Person: Humanitarian Researches]. 2014; (16): 56—62. (In Russian)

4. Rugol' L.V., Son I.M., Starodubov V.I., Pogonin A.V. Nekotorye itogi reformirovaniya zdravookhraneniya [Some results of healthcare reforming]. Sotsial'nye aspekty zdorov'ya naseleniya [serial online]. 2018[cited 2020 Sep. 10]; 64(6). Available from: <http://vestnik.mednet.ru/content/view/1023/30/lang.ru/> (In Russian)

5. Berezhnoy V.G. Sotsial'no-gigienicheskaya model' organizatsii profilakticheskoy raboty s sel'skim naseleniem Omskoy oblasti [The social hygienic model of organization of preventive activities concerning rural population of the Omskaia obla]. Problemy sotsial'noy gigieny, zdravookhraneniya i istorii meditsiny [Problems of Social Hygiene, Public Health and History of Medicine]. 2016; 24 (4): S. 238-242. (In Russian)

6. Musaev F.A. Kukovyakina N.D. Kukovyakin S.A. Prichiny problem upravleniya tsentral'noy rayonnoy bol'nitsey. [The reasons of the ways of the central regional hospital managment]. Sovremennye problemy nauki i obrazovaniya [Modern problems of science and

education]. 2012. № 1 URL: <http://science-education.ru/ru/article/view?id=5448> (data obrashcheniya: 07.11.2020). (In Russian)

7. Kolyado E.V., Lazarev V.S., Perfil'ev A.A. Reytingovaya otsenka deyatel'nosti tsentral'nykh rayonnykh bol'nits Altayskogo kraya [Ranking score for central regional hospitals of the Altai territory]. Sibirskiy meditsinskiy zhurnal [Siberian Medical Journal]. 2013; 5: S.91-94. (In Russian)

8. Rugol' L.V., Son I.M., Starodubov V.I., Menshikova L.I. [Problems related to inpatient care organization and approaches towards its modernization] Sotsial'nye aspekty zdorov'ya naseleniya [serial online]. 2020; 66(1). Available from: <http://vestnik.mednet.ru/content/view/1128/30/lang,ru/> (In Russian)

**Финансирование.** Исследование не имело спонсорской поддержки

**Конфликт интересов.** Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов

**Acknowledgments.** The study had no sponsorship

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

#### Сведения об авторах

**Руголь Людмила Валентиновна**-кандидат медицинских наук, ведущий научный сотрудник ФГБУ «Центральный научно-исследовательский институт организации и информатизации здравоохранения» Минздрава России, 127254, Россия, Москва, ул. Добролюбова, 11, e-mail: [rugollv@mail.ru](mailto:rugollv@mail.ru), ORCID 0000-0003-2983-8774, SPIN: 6503-9081

**Люцко Василий Васильевич** – доктор медицинских наук, доцент, главный научный сотрудник отделения организации планирования и управления научными исследованиями ФГБУ «Центральный научно-исследовательский институт организации и информатизации здравоохранения» Минздрава России, 127254, Москва, ул. Добролюбова, д.11, e-mail: [vasiliy\\_l@mail.ru](mailto:vasiliy_l@mail.ru), ORCID: 0000-0003-2114-8613, SPIN: 6870-7472

**Кураева Виктория Михайловна** – старший научный сотрудник отделения разработки кадровой политики в здравоохранении ФГБУ «Центральный научно-исследовательский институт организации и информатизации здравоохранения» Минздрава России, 127254, Россия, Москва, ул. Добролюбова, 11, e-mail: [Kuraeva095@mail.ru](mailto:Kuraeva095@mail.ru)  
ORCID 0000-0002-1437-5861

#### Information about authors

**Rugol Liudmila Valentinovna**- candidate of medical Sciences, leading researcher, Federal Research Institute for Health Organization and Informatics of Ministry of Health of the Russian Federation, Moscow, 127254, Moscow, Dobrolyubova str., 11, e-mail: [rugollv@mail.ru](mailto:rugollv@mail.ru), ORCID 0000-0003-2983-8774, SPIN: 6503-9081

**Liutsko Vasilii Vasilyevich** – PhD, associate Professor, leading researcher, Federal Research Institute for Health Organization and Informatics of Ministry of Health of the Russian Federation, Moscow, 127254, Moscow, Dobrolyubova str., 11, e-mail: [vasiliy\\_l@mail.ru](mailto:vasiliy_l@mail.ru),

ORCID: 0000-0003-2114-8613, SPIN: 6870-7472

**Kuraeva Viktoriya Mikhailovna** - Senior researcher of the Federal research institute for health organization and informatics of Ministry of Health of the Russian Federation, 11 Dobrolyubova str., Moscow, 127254, e-mail: Kuraeva095@mail.ru,

ORCID: 0000-0002-1437-5861, SPIN-код 8998-2543.

Статья получена: 10.10.2020 г.

Принята к публикации: 15.12.2020 г.