

УДК 614.254

## РОССИЙСКИЕ И РЕГИОНАЛЬНЫЕ ПОКАЗАТЕЛИ ОБЕСПЕЧЕННОСТИ ВРАЧАМИ ОБЩЕЙ ПРАКТИКИ

Сон И.М., Бантьева М.Н.

*ФГБУ «Центральный НИИ Организации и информатизации здравоохранения»  
Министерства здравоохранения Российской Федерации г. Москва*

В настоящее время существует несоответствие численности и структуры медицинских кадров объёмам, задачам и направлениям реформирования отрасли. Как в целом по стране, так и во всех федеральных округах, обеспеченность врачами общей практики имеет тенденцию к росту. Среди пилотных субъектов наиболее значимый её рост произошёл в Астраханской, Новосибирской, Томской, Магаданской и Московской областях, максимальное снижение – в г. Москва. Динамика функции врачебной должности в Федеральных округах и субъектах Федерации неоднозначна. Наиболее существенный прирост функции врачебной должности врача общей практики за последние шесть лет зафиксирован в Республике Карачаево-Черкессия, наиболее значимое снижение – в Хабаровском крае, что объясняется приближением данного показателя к среднестатистическому от существенно завышенного. Описываемые тенденции могут свидетельствовать о наибольшей востребованности врача общей практики на селе.

**Ключевые слова:** обеспеченность, врач общей практики, функция врачебной должности, потребность.

## RUSSIAN AND REGIONAL PARAMETERS OF PROVIDING WITH GENERAL PRACTITIONERS

Son I.M., Bant'eva M.N.

*FRI "Health Organization and Informatics" Ministry of Health of the Russian Federation, Moscow*

Currently there is a mismatch of number and structure of medical personnel scope with tasks and directions of reforming medical industry. In both whole country and all Federal districts providing with general practitioners tends to increase. Among the pilot regions most significant its growth occurred in Astrakhan, Novosibirsk, Tomsk, Magadan and Moscow area regions, the maximum reduction - in Moscow. Dynamics of year number of visits in both Federal Districts and Federal regions is ambiguous. The most significant increase in the year number of visits to a general practitioner during the last six years was recorded in the Republic of Karachay-Cherkessia, the most significant decrease - in the Khabarovsk region, due to the approach of this indicator to the average from significantly overvalued. Described trends may indicate the greatest demand for general practitioners in countryside.

**Keywords:** providing with general practitioners, general practitioner, year number of visits, need in general practitioners.

### **Введение.**

В настоящее время амбулаторная помощь является одним из наиболее востребованных видов медицинской помощи, что обусловлено сочетанием её высокой доступности для населения с большим разнообразием видов деятельности (профилактической, диагностической, лечебной, реабилитационной и др.). Врачи общей практики (семейные врачи) (далее – ВОП), наряду с участковыми терапевтами, являются специалистами

первичного звена, на которых ложится большая ответственность за здоровье прикрепленного населения. В свою очередь, удовлетворение потребности населения качественной медицинской помощью в полном объеме невозможно осуществить при дефиците медицинских кадров. В настоящее время существует диспропорция между фактическим числом медицинских кадров и потребностью в них населения [1].

Для решения создавшейся проблемы в 2002г. была принята Концепция кадровой политики в здравоохранении Российской Федерации [2], где подчёркивалось: наличие несоответствия численности и структуры кадров объемам, задачам и направлениям реформированной отрасли; диспропорции в структуре медицинского персонала; несовершенство нормативно-правовой базы; несоответствие профессиональной подготовки; низкий уровень оплаты труда и социальная незащищенность работников здравоохранения способствуют оттоку из отрасли молодых специалистов.

В связи с вышеизложенным, в Концепции были определены основные направления кадровой политики:

1. Прогнозирование потребности в кадрах конкретных специальностей и планирование их подготовки.

2. Набор, отбор, подготовка, развитие и мотивация персонала к эффективному выполнению работы; оценка качества выполняемой работы; вознаграждение, продвижение, переводы, понижение, увольнение персонала.

3. Поддержание оптимальных взаимоотношений между работодателями и работниками на основе соблюдения закона, обеспечения справедливой системы оплаты труда, социальной защиты работников, создания благоприятных производственных отношений и здорового климата, обеспечения охраны труда и других условий, позитивно влияющих на качество труда и качество жизни сотрудников.

4. Содействие занятости работников здравоохранения через повышение профессионализма и конкурентоспособности рабочей силы на рынке труда.

5. Взаимодействие с другими ведомствами, организациями и учреждениями по вопросам труда и кадров.

В направлении совершенствования кадровой политики государством приняты активные меры в виде разработки и реализации ряда нормативных актов, направленных на рост мотивации к труду у медицинских работников, повышение качества оказываемой медицинской помощи населению [3,4,5,6].

В подпрограмме 7 «Кадровое обеспечение системы здравоохранения» государственной программы «Развитие здравоохранения» определены основные цели, задачи, направления и

мероприятия, источники финансирования, механизмы реализации и показатели результативности программы [7,8,9,10].

В соответствии с государственным заданием, на заседании Межведомственной рабочей группы по организации нормирования труда, разработке профессиональных стандартов и уровней квалификации в сфере здравоохранения под председательством заместителя Министра здравоохранения Российской Федерации И.Н. Каграманяна от 09.09.2013г. утверждены 17 пилотных субъектов РФ (из 8 Федеральных округов) для проведения работ по определению норм времени медицинских работников. В исследование вошли территории: Воронежская, Московская, Тамбовская области и Москва Центрального Федерального округа; Архангельская и Калининградская области Северо-Западного Федерального округа; Краснодарский край и Астраханская область Южного Федерального округа; Карачаево-Черкесская Республика Северо-Кавказского Федерального округа; Самарская область Приволжского Федерального округа; Свердловская область Уральского Федерального округа; Алтайский край, Кемеровская, Новосибирская, Томская области Сибирского Федерального округа; Хабаровский край и Магаданская область Дальневосточного Федерального округа.

В целях изучения существующей ситуации по обеспеченности населения Российской Федерации (далее РФ), Федеральных округов и пилотных субъектов врачами общей практики (далее ВОП) проведён анализ данных федерального статистического наблюдения в динамике за период с 2007 по 2012гг.

**Цель:** Проанализировать обеспеченность врачами общей практики в Российской Федерации, в разрезе Федеральных округов и пилотных субъектов Российской Федерации.

**Материал и методы:** анализ данных федерального статистического наблюдения (форма №30 «Сведения о лечебно-профилактическом учреждении») в динамике за 2007-2012гг.

**Результаты и их обсуждение.**

В Российской Федерации в целом за период с 2007 по 2012гг. показатель обеспеченности врачами общей практики стабильно возрастал с 0,56 до 0,76 на 10 000 населения (на 37,4%)(табл. 1). Подобная ситуация характерна для большинства федеральных округов (далее – ФО). Наибольший прирост показателя наблюдается в Южном ФО (67,2%), наименьший – в Сибирском ФО (29,2%). В Северо-Кавказском ФО обеспеченность всего населения ВОП в указанный период колеблется от 0,52 до 7,5%. Обращает на себя внимание тот факт, что, несмотря на стабильный прирост обеспеченности ВОП в стране в целом, прирост показателя по отношению к предыдущему году с каждым годом снижается.

Среди пилотных субъектов Центрального ФО в Воронежской области обеспеченность ВОП с 2007г. по 2012г. выросла с 1,8 до 3,01 - на 66,8%. Максимальный прирост по отношению к предыдущему году наблюдался в 2008г. (на 36,1%), а далее в 2009г. показатель обеспеченности ВОП уменьшился на 7,8%. Данная тенденция к снижению обеспеченности населения ВОП в последующие годы продолжалась. В Московской и Тамбовской областях обеспеченность ВОП за анализируемый период выросла на 84,2% (с 0,26 в 2007г. до 0,47 в 2012г.) и 39,1% (с 0,5 в 2007г. до 0,7 на 10 000 населения в 2012г.), соответственно. Для Московской области также является характерным снижение прироста показателя по отношению к предыдущему году, за исключением 2011г., когда наблюдался прирост на 14,3%. В Москве обеспеченность всего населения ВОП с 2007г. (0,04) по 2012г. (0,01) уменьшилась на 71,2%, в то время как максимальная убыль по отношению к предыдущему году наблюдалась в 2010г. и составила 58,5%.

Из числа пилотных субъектов Северо-Западного ФО, как в Архангельской, так и Калининградской областях, обеспеченность населения ВОП за анализируемый период выросла на 24,5% (с 0,81 в 2007г. до 1,01 на 10 000 населения в 2012г.) и на 22,4% (с 0,29 в 2007г. до 1,34 в 2012г.), соответственно. Максимальный показатель обеспеченности наблюдался в 2011г. (1,02), в следующем году отмечено его снижение (на 1,3%). В Калининградской области обеспеченность всего населения ВОП увеличилась на 17,3%. Наибольший прирост по отношению к предыдущему году наблюдался в 2012г. и составил 22,4%.

Из пилотных субъектов Южного ФО обеспеченность ВОП за период с 2007 по 2012гг. в 6,6 раза выросла в Астраханской области (с 0,29 до 1,92 на 10 000 населения). В Краснодарском крае за тот же период произошел рост на 16,0% - (с 0,32 до 0,38 на 10 000 населения). При этом максимальный прирост обеспеченности ВОП в крае относительно предыдущего года отмечен в 2008г. (17,7%), наибольшая убыль – в 2012г. (9,1%).

В республике Карачаево-Черкессия Северо-Кавказского ФО рост обеспеченности ВОП за период с 2007 по 2012гг. произошел на 17,4% (с 0,7 до 0,82 на 10 000 населения). Максимальный прирост обеспеченности относительно предыдущего года в республике наблюдался в 2008г. (17,7%), наибольшая убыль – в 2011г. (15,1%).

В Самарской области Приволжского ФО наиболее высокая обеспеченность ВОП отмечена в 2007 году (2,84 на 10000 всего населения). На протяжении следующих пяти лет показатель достаточно высок и достигает в 2009г. своего пикового значения - 3,0 на 10 000 населения, за которым следует снижение.

В Свердловской области Уральского ФО обеспеченность ВОП с 2007 по 2012гг. выросла на 83,1% (с 0,31 до 0,56 на 10 000 населения). Максимальный прирост относительно предыдущего года наблюдался в 2008г. - на 50,5%.

Среди пилотных субъектов Сибирского ФО рост обеспеченности ВОП прослеживался в Кемеровской области с 2007 по 2012гг. на 4,6% (с 0,6 до 0,62 на 10 000 населения) и в Новосибирской области – в 2,5 раза (с 0,08 до 0,2 на 10 000 населения). Аналогичная ситуация наблюдается в Томской области, где обеспеченность всего населения ВОП увеличилась за тот же период в 2 раза: с 0,39 до 0,79 на 10 000 населения. Наибольший прирост данного показателя относительно предыдущего года в Новосибирской области произошел в 2008г. (85,4%), в 2009г. он составил 34,9%. В Томской области максимальный прирост обеспеченности ВОП относительно предыдущего года отмечен в 2008г. - 85,4%, в 2009г. он составил 34,9%, а в последующие годы не превышал 4,0%.

Среди пилотных субъектов Сибирского ФО в Алтайском крае в 2010г. и 2012г. снизилась обеспеченность ВОП относительно предыдущего года, однако в целом за период с 2007 по 2012гг. данный показатель вырос на 24,9% (с 0,44 до 0,55 на 10 000 населения). В Кемеровской области снижение обеспеченности относительно предыдущего года наблюдалось лишь в 2008г. (на 6,3%).

Из пилотных субъектов Дальневосточного ФО в Магаданской области обеспеченность ВОП за период с 2007 по 2012гг. выросла на 90,9% (с 0,24 до 0,45 на 10 000 населения), в Хабаровском крае - на 24,3% (с 0,31 до 0,39 на 10 000 населения). Максимальный прирост обеспеченности специалистами в Магаданской области произошел в 2009 году (52,6%), в Хабаровском крае – в 2010 году (на 13,4%).

Данные, представленные ниже, характеризуют отклонение обеспеченности ВОП в субъектах РФ от соответствующего показателя по России в целом.

Максимальное отклонение обеспеченности ВОП от среднероссийских показателей в большую сторону наблюдается в Приволжском ФО: на 80,3% в 2007г. и на 77,7% в 2012г. Наиболее близкие показатели к среднероссийским данным характерны для Центрального ФО (различия в среднем на 10-15%). В Южном ФО обеспеченность ВОП в среднем в 1,9 раза ниже, чем в целом по стране.

В Воронежской области обеспеченность всего населения ВОП в среднем в 3,8 раза выше общероссийского показателя, в Самарской области – в 4,3 раза, в Архангельской области – в 1,35 раза, в Карачаево-Черкесской Республике – в 1,2 раза. В Астраханской области обеспеченность всего населения ВОП в 2007-2010гг. ниже общероссийского уровня примерно в 2 раза, затем наблюдается рост обеспеченности врачами данной специальности в

Таблица 1

Обеспеченность врачами общей практики (семейными врачами) (занятыми врачебными должностями) в поликлинике (амбулатории) в Российской Федерации, Федеральных округах и субъектах Федерации в динамике за 2007-2012 годы (на 10 000 всего населения)

Субъекты РФ	годы						темпы прироста / убыли (%)					
	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2008/2007	2009/2008	2010/2009	2011/2010	2012/2011	2012/2007
<b>РОССИЙСКАЯ ФЕДЕРАЦИЯ</b>	<b>0,56</b>	<b>0,63</b>	<b>0,68</b>	<b>0,71</b>	<b>0,74</b>	<b>0,76</b>	<b>12,8</b>	<b>8,0</b>	<b>5,5</b>	<b>4,1</b>	<b>2,6</b>	<b>37,4</b>
<b>ЦЕНТРАЛЬНЫЙ ФО</b>	<b>0,46</b>	<b>0,54</b>	<b>0,60</b>	<b>0,63</b>	<b>0,64</b>	<b>0,66</b>	<b>17,2</b>	<b>10,4</b>	<b>4,4</b>	<b>2,2</b>	<b>2,6</b>	<b>41,6</b>
ВОРОНЕЖСКАЯ ОБЛ.	1,80	2,46	2,65	2,79	2,87	3,01	36,1	7,8	5,5	2,7	4,8	66,8
МОСКОВСКАЯ ОБЛ.	0,26	0,31	0,37	0,38	0,44	0,47	23,0	16,9	4,4	14,3	7,3	84,2
ТАМБОВСКАЯ ОБЛ.	0,50	0,52	0,57	0,60	0,61	0,70	2,8	9,7	5,7	1,4	15,2	39,1
МОСКВА	0,04	0,04	0,04	0,02	0,01	0,01	-2,8	2,3	-58,5	-5,7	-25,8	-71,2
<b>СЕВЕРО-ЗАПАДНЫЙ ФО</b>	<b>0,66</b>	<b>0,73</b>	<b>0,79</b>	<b>0,87</b>	<b>0,88</b>	<b>0,93</b>	<b>11,1</b>	<b>7,8</b>	<b>10,0</b>	<b>1,4</b>	<b>5,6</b>	<b>41,1</b>
АРХАНГЕЛЬСКАЯ ОБЛ.	0,81	0,84	0,86	0,95	1,02	1,01	3,6	2,4	10,5	7,6	-1,3	24,5
КАЛИНИНГРАДСКАЯ ОБЛ.	0,29	0,29	0,28	0,27	0,28	0,34	0,0	-3,7	-3,9	3,6	22,4	17,3
<b>ЮЖНЫЙ ФО</b>	<b>0,26</b>	<b>0,30</b>	<b>0,32</b>	<b>0,38</b>	<b>0,42</b>	<b>0,44</b>	<b>15,5</b>	<b>6,5</b>	<b>18,6</b>	<b>9,7</b>	<b>4,4</b>	<b>67,2</b>
КРАСНОДАРСКИЙ КРАЙ	0,32	0,38	0,40	0,42	0,41	0,38	17,7	4,2	5,6	-1,6	-9,1	16,0
АСТРАХАНСКАЯ ОБЛ.	0,29	0,30	0,34	0,94	1,51	1,92	2,8	12,8	177,4	60,9	26,9	556,9
<b>СЕВЕРО-КАВКАЗСКИЙ ФО</b>	<b>0,52</b>	<b>0,53</b>	<b>0,55</b>	<b>0,53</b>	<b>0,50</b>	<b>0,48</b>	<b>2,0</b>	<b>4,0</b>	<b>-3,7</b>	<b>-5,0</b>	<b>-4,9</b>	<b>-7,5</b>
КАРАЧАЕВО-ЧЕРКЕС.РЕСП.	0,70	0,70	0,94	0,93	0,79	0,82	0,3	33,4	-1,2	-15,1	4,6	17,4
<b>ПРИВОЛЖСКИЙ ФО</b>	<b>1,00</b>	<b>1,11</b>	<b>1,16</b>	<b>1,25</b>	<b>1,33</b>	<b>1,36</b>	<b>10,7</b>	<b>4,5</b>	<b>7,7</b>	<b>6,2</b>	<b>2,4</b>	<b>35,4</b>
САМАРСКАЯ ОБЛ.	2,84	2,94	3,00	2,96	2,91	2,88	3,6	2,0	-1,3	-1,6	-1,1	1,5
<b>УРАЛЬСКИЙ ФО</b>	<b>0,38</b>	<b>0,48</b>	<b>0,54</b>	<b>0,55</b>	<b>0,57</b>	<b>0,59</b>	<b>26,2</b>	<b>13,9</b>	<b>1,5</b>	<b>2,8</b>	<b>4,6</b>	<b>56,9</b>
СВЕРДЛОВСКАЯ ОБЛ.	0,31	0,46	0,55	0,55	0,54	0,56	50,5	18,3	0,9	-1,1	3,2	83,1
<b>СИБИРСКИЙ ФО</b>	<b>0,39</b>	<b>0,42</b>	<b>0,47</b>	<b>0,48</b>	<b>0,50</b>	<b>0,50</b>	<b>9,2</b>	<b>10,9</b>	<b>2,2</b>	<b>3,6</b>	<b>0,8</b>	<b>29,2</b>
АЛТАЙСКИЙ КРАЙ	0,44	0,45	0,50	0,50	0,55	0,55	1,5	12,6	-0,2	10,5	-0,9	24,9
КЕМЕРОВСКАЯ ОБЛ.	0,60	0,56	0,60	0,61	0,62	0,62	-6,3	8,0	0,8	2,0	0,5	4,6
НОВОСИБИРСКАЯ ОБЛ.	0,08	0,14	0,19	0,19	0,20	0,20	85,4	34,9	1,6	1,3	3,1	165,4
ТОМСКАЯ ОБЛ.	0,39	0,60	0,75	0,76	0,76	0,79	54,4	24,5	1,7	0,2	3,8	103,2
<b>ДАЛЬНЕВОСТОЧНЫЙ ФО</b>	<b>0,31</b>	<b>0,37</b>	<b>0,39</b>	<b>0,43</b>	<b>0,44</b>	<b>0,47</b>	<b>20,0</b>	<b>6,0</b>	<b>8,0</b>	<b>2,9</b>	<b>6,7</b>	<b>50,9</b>
ХАБАРОВСКИЙ КРАЙ	0,31	0,33	0,34	0,38	0,37	0,39	4,7	2,3	13,4	-2,1	4,5	24,3
МАГАДАНСКАЯ ОБЛ.	0,24	0,24	0,37	0,34	0,38	0,45	1,6	52,6	-7,4	12,4	18,2	90,9

области, в результате чего в 2012г. значение показателя в области превысило уровень по стране в 2,5 раза. В остальных субъектах в разрезе рассматриваемых территорий значение показателя ниже общероссийского, как то: в среднем на 45,8% в Московской области, на 14,7% – в Тамбовской области, на 57,1% – в Калининградской области, на 43,2% – в Краснодарском крае, на 27,8% – в Свердловской области, на 26,5% – в Алтайском крае, на 10,6% – в Кемеровской области, на 48% – в Хабаровском крае, на 51% – в Магаданской области. Следует отметить, что обеспеченность ВОП по России в целом в среднем на 96,1% выше, чем в Москве, и на 76,1% выше, чем в Новосибирской области. Наименьшее отклонение наблюдается в Томской области: в среднем на 1,8% ниже, чем значение показателя по России.

Данные, представленные ниже, характеризуют отклонение обеспеченности ВОП в субъектах РФ от показателя соответствующего федерального округа.

В Воронежской области обеспеченность всего населения ВОП значительно превышала данный показатель по Центральному ФО на протяжении всего анализируемого периода. Максимальное отклонение отмечено в 2012г. (в 4,6 раза выше, чем по округу в целом). В Московской области в 2007г. обеспеченность ВОП на 44,8% ниже, чем по округу. В последующие годы отклонение сокращалось. К концу анализируемого периода разница уменьшилась в два раза (на 28,2% ниже данных по округу).

В Москве на протяжении всего анализируемого периода обеспеченность населения ВОП значительно ниже, чем в Центральном ФО, причём с тенденцией значительного снижения за анализируемый период. В 2007г. обеспеченность ВОП в Москве ниже на 91,9%, чем в федеральном округе, в 2012г. – на 98,4%. В Тамбовской области, как в 2007 году, так и в 2012г., обеспеченность ВОП незначительно превышала уровень по Центральному ФО – на 8,1% и 6,2% соответственно. В период с 2008 по 2011гг. обеспеченность ВОП по области ниже, чем в целом по округу.

Среди пилотных субъектов Северо-Западного ФО в Архангельской области обеспеченность всего населения ВОП в 2007-2012гг. нестабильна, в то же время в течение всего рассматриваемого периода превышает данные по округу, в то время как в Калининградской области – значительно ниже.

Среди пилотных субъектов Южного ФО в Краснодарском крае обеспеченность ВОП в 2007-2010гг. превышала данные по округу. В 2011г. значение показателя в регионе приблизилось к среднестатистическому по округу, в 2012г. оказалось ниже на 13,9%. В Астраханской области к 2012г. обеспеченность ВОП в регионе в 4,4 раза превысила данные по округу.

В Карачаево-Черкесской Республике за анализируемый период обеспеченность ВОП существенно выросла, превысив уровень по Северо-Кавказскому ФО на 72% к 2012г., при том, что в 2007г. уже превышала таковой на 35,4%. Среди пилотных территорий Приволжского ФО в Самарской области обеспеченность всего населения ВОП в 2007-2012гг. превышала значение по округу более чем в 2 раза, однако прослеживалась четкая тенденция к уменьшению отклонения.

В Свердловской области Уральского ФО отклонение от данных по округу в 2009-2011гг. направлено в сторону незначительного превышения. В остальные годы рассматриваемого периода обеспеченность ВОП в области ниже.

Среди пилотных субъектов Сибирского ФО в Алтайском крае и Кемеровской области обеспеченность ВОП значительно превышала данный показатель по округу на протяжении всего анализируемого периода. Максимальное отклонение в Кемеровской области (на 53,5%) отмечено в 2007г., в последующие годы прослеживалась тенденция к его снижению. В Новосибирской области в 2007г. обеспеченность ВОП на 80,5% ниже данных по округу. К концу анализируемого периода данное отклонение уменьшилось до 60,0%. В Томской области в 2007-2012гг. отклонение в обеспеченности ВОП по сравнению с данными по округу значительно выросло в сторону превышения: с 0,2% в 2007г. до 57,6% в 2012г.

Среди рассматриваемых субъектов Дальневосточного ФО обеспеченность ВОП за последние шесть лет нестабильна, однако в Магаданской области она растёт и приближается к значению по округу, тогда как в Хабаровском крае прослеживается чёткая тенденция к её снижению.

Проведен анализ фактической функции врачебной должности на основании данных федерального статистического наблюдения за период с 2007 по 2012гг. (табл. 2). Наименьшее значение функции врачебной должности ВОП в РФ наблюдалось в 2007г. – 4293 посещения в год в поликлинике (амбулатории) и на дому на одну занятую должность. В последующие годы значение показателя увеличивалось, составив в 2010г. 4809,5 посещения, затем наметилось его снижение. Всего с 2007 по 2012гг. функция врачебной должности ВОП по РФ увеличилась на 9,0%. В большинстве федеральных округов наблюдается аналогичная ситуация. Исключение составляет Северо-Кавказский ФО, где функция врачебной должности ВОП в рассматриваемом периоде выросла на 45,8% и составила в 2012г. 6356 посещений на одну занятую должность.

Среди пилотных субъектов Центрального ФО в Воронежской области функция врачебной должности ВОП с 2007г. (3468,7) по 2012г. (4942,0) выросла на 42,5%, однако,



Таблица 2

Фактическая функция врачебной должности врачей общей практики (семейных врачей) в Российской Федерации, Федеральных округах и субъектах Федерации в динамике за 2007-2012 годы

Субъекты	годы						темпы прироста / убыли (%)					
	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2008/2007	2009/2008	2010/2009	2011/2010	2012/2011	2012/2007
<b>РОССИЙСКАЯ ФЕДЕРАЦИЯ</b>	<b>4293,0</b>	<b>4586,6</b>	<b>4781,2</b>	<b>4809,5</b>	<b>4726,4</b>	<b>4681,2</b>	<b>6,8</b>	<b>4,2</b>	<b>0,6</b>	<b>-1,7</b>	<b>-1,0</b>	<b>9,0</b>
<b>ЦЕНТРАЛЬНЫЙ ФО</b>	<b>3767,8</b>	<b>4253,4</b>	<b>4360,7</b>	<b>4495,3</b>	<b>4403,7</b>	<b>4467,7</b>	<b>12,9</b>	<b>2,5</b>	<b>3,1</b>	<b>-2,0</b>	<b>1,5</b>	<b>18,6</b>
ВОРОНЕЖСКАЯ ОБЛ.	3468,7	4311,9	4742,4	4823,8	4787,3	4942,0	24,3	10,0	1,7	-0,8	3,2	42,5
МОСКОВСКАЯ ОБЛ.	4786,2	4830,7	4564,9	4649,2	4260,8	4527,8	0,9	-5,5	1,8	-8,4	6,3	-5,4
ТАМБОВСКАЯ ОБЛ.	3922,6	4138,0	3915,6	3985,3	3691,9	3567,4	5,5	-5,4	1,8	-7,4	-3,4	-9,1
МОСКВА	2687,2	3232,3	2936,7	7535,0	7500,7	10354,5	20,3	-9,1	156,6	-0,5	38,0	285,3
<b>СЕВЕРО-ЗАПАДНЫЙ ФО</b>	<b>4121,5</b>	<b>4346,4</b>	<b>4576,2</b>	<b>4528,2</b>	<b>4492,7</b>	<b>4389,5</b>	<b>5,5</b>	<b>5,3</b>	<b>-1,0</b>	<b>-0,8</b>	<b>-2,3</b>	<b>6,5</b>
АРХАНГЕЛЬСКАЯ ОБЛ.	4500,8	4692,8	4984,5	4491,4	4382,6	4310,4	4,3	6,2	-9,9	-2,4	-1,6	-4,2
КАЛИНИНГРАДСКАЯ ОБЛ.	5711,0	5675,8	5990,3	6167,5	5757,9	5899,5	-0,6	5,5	3,0	-6,6	2,5	3,3
<b>ЮЖНЫЙ ФО</b>	<b>4715,3</b>	<b>5088,6</b>	<b>5605,9</b>	<b>5339,7</b>	<b>5266,2</b>	<b>5162,8</b>	<b>7,9</b>	<b>10,2</b>	<b>-4,7</b>	<b>-1,4</b>	<b>-2,0</b>	<b>9,5</b>
КРАСНОДАРСКИЙ КРАЙ	4915,8	5128,2	5451,9	5224,8	5331,4	5553,1	4,3	6,3	-4,2	2,0	4,2	13,0
АСТРАХАНСКАЯ ОБЛ.	4366,8	4836,2	4898,6	4033,6	4710,0	4468,4	10,7	1,3	-17,7	16,8	-5,1	2,3
<b>СЕВЕРО-КАВКАЗСКИЙ ФО</b>	<b>4360,3</b>	<b>4515,4</b>	<b>5202,8</b>	<b>5425,4</b>	<b>5847,3</b>	<b>6356,0</b>	<b>3,6</b>	<b>15,2</b>	<b>4,3</b>	<b>7,8</b>	<b>8,7</b>	<b>45,8</b>
КАРАЧАЕВО-ЧЕРКЕС.РЕСП.	1050,9	1566,1	2676,5	3088,2	5128,7	4218,3	49,0	70,9	15,4	66,1	-17,8	301,4
<b>ПРИВОЛЖСКИЙ ФО</b>	<b>4651,5</b>	<b>4933,7</b>	<b>5099,3</b>	<b>5039,1</b>	<b>4934,1</b>	<b>4896,9</b>	<b>6,1</b>	<b>3,4</b>	<b>-1,2</b>	<b>-2,1</b>	<b>-0,8</b>	<b>5,3</b>
САМАРСКАЯ ОБЛ.	4280,2	4606,8	4636,6	4316,1	4447,3	4764,6	7,6	0,6	-6,9	3,0	7,1	11,3
<b>УРАЛЬСКИЙ ФО</b>	<b>3739,4</b>	<b>4098,1</b>	<b>4535,8</b>	<b>4435,6</b>	<b>4344,8</b>	<b>4014,9</b>	<b>9,6</b>	<b>10,7</b>	<b>-2,2</b>	<b>-2,0</b>	<b>-7,6</b>	<b>7,4</b>
СВЕРДЛОВСКАЯ ОБЛ.	3228,3	3850,1	4891,8	4425,9	4261,2	3869,7	19,3	27,1	-9,5	-3,7	-9,2	19,9
<b>СИБИРСКИЙ ФО</b>	<b>4282,1</b>	<b>4584,4</b>	<b>4724,9</b>	<b>4793,0</b>	<b>4573,9</b>	<b>4377,4</b>	<b>7,1</b>	<b>3,1</b>	<b>1,4</b>	<b>-4,6</b>	<b>-4,3</b>	<b>2,2</b>
АЛТАЙСКИЙ КРАЙ	4611,1	4510,3	4622,6	4469,1	3729,7	3744,5	-2,2	2,5	-3,3	-16,5	0,4	-18,8
КЕМЕРОВСКАЯ ОБЛ.	4625,8	5444,9	5223,7	5358,3	4709,3	4482,2	17,7	-4,1	2,6	-12,1	-4,8	-3,1
НОВОСИБИРСКАЯ ОБЛ.	3303,9	5011,6	4563,7	5173,4	4996,6	4167,7	51,7	-8,9	13,4	-3,4	-16,6	26,1
ТОМСКАЯ ОБЛ.	3242,6	3465,3	4327,3	4386,1	4719,6	4583,7	6,9	24,9	1,4	7,6	-2,9	41,4
<b>ДАЛЬНЕВОСТОЧНЫЙ ФО</b>	<b>4536,1</b>	<b>3995,6</b>	<b>4481,8</b>	<b>4387,1</b>	<b>4433,1</b>	<b>4224,3</b>	<b>-11,9</b>	<b>12,2</b>	<b>-2,1</b>	<b>1,0</b>	<b>-4,7</b>	<b>-6,9</b>
ХАБАРОВСКИЙ КРАЙ	6936,8	3543,2	4768,2	4352,9	4984,3	4891,4	-48,9	34,6	-8,7	14,5	-1,9	-29,5
МАГАДАНСКАЯ ОБЛ.	2554,3	3423,5	2945,7	2578,9	1990,2	1854,4	34,0	-14,0	-12,5	-22,8	-6,8	-27,4

стабильного темпа прироста по отношению к предыдущему году не наблюдалось. В Московской области за последние шесть лет значение показателя уменьшилось на 5,4%. В Тамбовской области в 2007-2012гг. наблюдалось снижение показателя на 9,1%. В 3,9 раза произошел рост показателя функции врачебной должности в Москве (с 2687,2 в 2007г. до 10354,5 в 2012г.

Из пилотных субъектов Северо-Западного ФО в Архангельской области снижение функции врачебной должности произошло на 4,2%. Минимальный прирост показателя характерен для Калининградской области (на 3,3%).

Среди пилотных субъектов Южного ФО минимальный прирост показателя характерен для Астраханской области (2,3%). В Краснодарском крае функция врачебной должности ВОП с 2007г. (4915,8) по 2012г. (5553,1) выросла на 13%. Максимальный прирост (6,3%) отмечен в 2008г., наибольшая убыль (4,2%) – в 2009г.

В Самарской Приволжского ФО функция врачебной должности ВОП с 2007г. (4280,2) по 2012г. (4764,6) выросла на 11,3%. И хотя своего максимального значения показатель достиг в 2012г., стабильного прироста в рассматриваемом периоде не наблюдается.

В республике Карачаево-Черкессия Северо-Кавказского ФО произошел рост функции врачебной должности в 4 раза (с 1050,9 в 2007г. до 4218,3 в 2012г.)

В Свердловской области Уральского ФО функция врачебной должности ВОП с 2007г. (3228,3) по 2009г. (4891,8) значительно выросла, затем началось снижение показателя. Однако, прирост показателя за последние шесть лет составил 19,9%.

Из пилотных субъектов Сибирского ФО в Алтайском крае снижение функции врачебной должности произошло на 18,8%, в Кемеровской области – на 3,1%. В Новосибирской области функция врачебной должности ВОП с 2007г. (3303,9) по 2012г. (4167,7) выросла на 26,1%, а наибольшего значения показатель достигал в 2010г. (5173,4). В Томской области с 2007г. (3242,6) по 2011г. (4719,6) показатель существенно вырос, после чего уменьшился на 2,9%. Несмотря на это, прирост показателя за последние шесть лет составил 41,4%.

Среди пилотных субъектов Дальневосточного ФО в Магаданской области снижение функции врачебной должности произошло на 27,4%. Максимальная убыль показателя в разрезе рассматриваемых территорий прослеживается в Хабаровском крае (29,5%).

Данные, представленные ниже, характеризуют отклонение функции врачебной должности ВОП в субъектах РФ от показателя по России в целом.

В федеральных округах существенных отклонений показателя фактической функции врачебной должности от такового по стране в целом не наблюдается, за исключением 2012г.,

когда в Северо-Кавказском ФО отклонение составило 35,8% в большую сторону. В Центральном ФО, Северо-Западном ФО функция врачебной должности ВОП на всем протяжении анализируемого периода ниже общероссийского уровня, в то время как в Южном и Приволжском федеральных округах, напротив, – превышала данные по стране.

Среди пилотных субъектов Центрального ФО в Воронежской области отклонение функции врачебной должности ВОП от общероссийского уровня в 2007г. составило 19,2% в меньшую сторону. На всем протяжении рассматриваемого периода показатель возрастал, превысив таковой по стране к 2012г. на 5,6%. В Московской области, напротив, значение функции врачебной должности ВОП уменьшилось: в 2007г. значение показателя на 11,5% превышало общероссийский уровень, в 2012г. стало на 3,3% ниже. В Тамбовской области в 2007г. функция врачебной должности ВОП на 8,6%, а в 2012г. - на 23,8% ниже общероссийского уровня. В г. Москва в 2007г. показатель по стране на 37,4% превышал значение в регионе, в то время как в 2012г. в Москве показатель превысил общероссийский уровень в 2,2 раза.

Из пилотных субъектов Северо-Западного ФО в Архангельской области значение функции врачебной должности ВОП в 2007-2009гг. несколько превышало общероссийский уровень. Далее показатель стал уменьшаться и не превышал общероссийский уровень. В Калининградской области значение функции врачебной должности ВОП на протяжении всего рассматриваемого периода значительно превышало таковое по стране (на 20-30%).

Среди пилотных субъектов Южного ФО в Краснодарском крае отклонение функции врачебной должности ВОП от общероссийского уровня на протяжении всего рассматриваемого периода превышало значение показателя по стране с максимальным превышением в 2012г. (на 18,6%). В Астраханской области в 2007-2009гг. показатели несколько превышали общероссийский уровень, в то время как в последующие годы были немного ниже.

В Республике Карачаево-Черкессия Северо-Кавказского ФО значения функции врачебной должности ВОП в 2007-2010гг. ниже общероссийского уровня (на 75-25%), к 2011г. показатель на 8,5% превысил данные по стране.

В Самарской области Приволжского ФО функция врачебной должности ВОП практически не отличалась от данных по стране.

В Свердловской области Уральского ФО функция врачебной должности ВОП в 2009г. на 2,3% выше данных по стране в целом, в остальные годы наблюдаемого периода – на 8-22% ниже.

Среди пилотных субъектов Сибирского ФО в Алтайском крае значения функции врачебной должности ВОП в 2007-2012гг. ниже общероссийского уровня, за исключением 2007г. (на 7,4% выше). В Кемеровской области в 2007-2010гг. показатели превышали общероссийский уровень с последующим снижением. В Новосибирской области показатель функции врачебной должности колебался около такового по РФ. В Томской области в 2008г. Функция врачебной должности ниже общероссийского значения на 24,5%, далее её значение неуклонно приближалось к общероссийскому уровню в 2012г. составив 97,9% от него.

Среди пилотных субъектов Дальневосточного ФО в Хабаровском крае функция врачебной должности ВОП превышала общероссийский уровень в 2007 (на 61,6%), в остальные годы приближалась к нему. В Магаданской области на протяжении всего рассматриваемого периода показатель значительно ниже соответствующих значений по стране (на 35-60%).

Данные, представленные ниже, характеризуют отклонение функции врачебной должности ВОП в субъектах РФ от показателя соответствующего федерального округа.

Среди пилотных субъектов Центрального ФО в Воронежской области значение функции врачебной должности ВОП в 2007г. на 7,9% ниже данных по округу, в 2008-2012гг. оно превышало данные по округу, с максимальным отклонением в 2012г. (на 10,6%). В Московской области функция врачебной должности наиболее существенно отличалась от данных по округу в 2007г. (на 27% выше), в остальные годы показатель близок к таковому по РФ в целом. В Тамбовской области значения рассматриваемого показателя превышали данные по округу: в 2007г. – на 4,1%, с последующим постепенным снижением (на 20,2% ниже данных по округу к 2012г.). В г. Москва значения функции врачебной должности ВОП в 2007-2009гг. ниже в среднем на 30%, а 2010-2012гг. значительно превышают показатели по округу, наибольшее отклонение отмечено в 2012г. (в 2,3 раза выше).

Из пилотных субъектов Северо-Западного ФО в Архангельской области значения функции врачебной должности ВОП в 2007-2009гг. превышали данные по округу на 9,2%, 8% и 8,9%, соответственно, в последующие годы они несколько ниже, чем по округу в целом. В Калининградской области на протяжении всего анализируемого периода данные выше, чем по округу (в среднем на 30%).

Среди пилотных субъектов Южного ФО в Краснодарском крае отклонение от данных по округу в 2007-2012гг. незначительно. В Астраханской области в 2007-2012гг. данные не достигали показателей по округу в целом на 5-25%.

В Республике Карачаево-Черкессия Северо-Кавказского ФО максимальное отклонение от данных по округу наблюдалось в 2007г. (на 75,9% ниже), наименьшее отклонение – в 2011г. (на 12,3% ниже).

В Самарской области Приволжского ФО и Уральского ФО (в Свердловской области) функция врачебной должности колебалась возле данных по округу.

Из пилотных субъектов Сибирского ФО в Алтайском крае значение функции врачебной должности ВОП в 2007г. было на 7,7% выше данных округу, в 2008-2012гг. оно не превышало таковой, постепенно снижаясь (в 2012г. На 14,5% ниже). В Кемеровской и Новосибирской областях значение изучаемого показателя примерно соответствовало таковому по РФ в целом. В Томской области в 2007-2012гг. отклонение от данных по округу постепенно изменялось: в 2007г. - на 24,3% ниже, в 2012г. – на 4,7% превысило показатель по округу.

Среди пилотных субъектов Дальневосточного ФО в Хабаровском крае значения функции врачебной должности ВОП в 2007, 2009, 2011 и 2012гг. превышали данные по округу на 6,4-52,9%, в то время как в 2008 и 2010гг. показатели по округу были выше, чем в регионе. В Магаданской области на протяжении всего анализируемого периода изучаемый показатель ниже данных по округу. Максимальное отклонение наблюдалось в 2012г. (на 56,1% ниже), минимальное – в 2008г. (на 14,3% ниже).

**Заключение.** В настоящее время существует несоответствие численности и структуры медицинских кадров объёмам, задачам и направлениям реформирования отрасли. Как в целом по стране, так и во всех федеральных округах, обеспеченность врачами общей практики имеет тенденцию к росту. Среди пилотных субъектов наиболее значимый рост показателя произошел в Астраханской, Новосибирской, Томской, Магаданской и Московской областях, максимальное снижение – в г. Москва, что может свидетельствовать о наибольшей востребованности врача общей практики на селе и сдерживании распространения данной специальности в условиях мегаполиса в связи с максимальной доступностью населению специализированных видов помощи. Наиболее высокое отклонение от показателя по стране в большую сторону отмечено в Воронежской, Самарской, Астраханской и Архангельской областях, в меньшую – в г. Москва и Новосибирской области. Наиболее значимое отклонение в большую сторону относительно данных по округу отмечается в Воронежской, Астраханской и Самарской областях.

Наиболее существенный прирост функции врачебной должности врача общей практики за последние шесть лет зафиксирован в Республике Карачаево-Черкессия и г. Москва. Самый высокий коэффициент отклонения функции врачебной должности в большую сторону относительно данных по стране наблюдался в г. Москва и Калининградской области.

Относительно федеральных округов наиболее высокие цифры показателя отмечены в г. Москва, Калининградской области и Хабаровском крае.

### Список литературы

1. Бантьева М.Н. Научное обоснование системы мер по оптимизации амбулаторной акушерско-гинекологической помощи и её нормативного обеспечения. Автореф...дисс. к.м.н. М., 2011, 24с.
2. Приказ Минздрава РФ №210 от 03.07.2002г. "О концепции кадровой политики в здравоохранении Российской Федерации".
3. Указ Президента Российской Федерации №598 от 07.05.2012г. «О совершенствовании государственной политики в сфере здравоохранения».
4. Распоряжение Правительства РФ от 15.04.2013 N 614-р «О комплексе мер по обеспечению системы здравоохранения Российской Федерации медицинскими кадрами до 2018 года».
5. Государственная Программа «Развитие здравоохранения» (разработанная в соответствии с Перечнем государственных программ РФ, утвержденная распоряжением Правительства РФ от 11.11.2010г. №1950-р).
6. Федеральная программа «Земский доктор».
7. Указ Президента РФ от 07.05.2012г. №597 «О мероприятиях по реализации государственной социальной политики».
8. Указ Президента РФ от 07.05.2012г. №598 «О совершенствовании государственной политики в сфере здравоохранения».
9. Указ Президента РФ от 07.05.2012г. №599 «О мерах по реализации государственной политики в области образования и науки».
10. Распоряжение Правительства РФ от 17.11.2008г. №1662-р «О Концепции долгосрочного социально-экономического развития Российской Федерации на период до 2020 года».

### The list of references

1. Bantyeva M.N. Scientific substantiation of measures to optimize outpatient obstetric care and its normative support . Avtoref ... Dr. med. sci. diss. Moscow; 2011, 24p.
2. Order of the Ministry of Health N 210 03.07.2002 "About the conception of health care personnel policy of the Russian Federation".
3. Presidential Decree № 598 07.05.2012 "About the improvement of public health policy".
4. RF Government Order N 614- p 15.04.2013 "About the complex of measures to ensure the health system of the Russian Federation by the medical staff in 2018".
5. State Program "Development of Public Health" (developed in accordance with the list of state programs of the Russian Federation, approved by the RF Government Decree 11.11.2010 № 1950 – p).
6. Federal Program "Zemsky doctor".
7. Presidential Decree 07.05.2012 № 597 "About measures for implementation of state social policy".
8. Presidential Decree 07.05.2012 № 598 "About improvement of public health policy".
9. Presidential Decree 07.05.2012. N 599 "About measures for implementation of the state policy in the field of education and science".
10. Russian Federation Government Decree N 1662-r 17.11.2008 "About the Conception of long-term socio-economic development of the Russian Federation for the period up to 2020".

**Сведения об авторах**

**Сон Ирина Михайловна** - д.м.н., профессор, заместитель директора по научной работе ФГБУ ЦНИИОИЗ МЗ РФ, e-mail: [son@mednet.ru](mailto:son@mednet.ru)

**Бантьева Марина Николаевна** - к.м.н, заместитель заведующей отделением «Нормирования труда медицинских работников», ведущий научный сотрудник отделения «Научных основ муниципального здравоохранения» ФГБУ ЦНИИОИЗ МЗ РФ, 127254, г. Москва, ул. Добролюбова, д. 11. Т. , e-mail: [ba.mani@yandex.ru](mailto:ba.mani@yandex.ru)