

ФОРМИРОВАНИЕ ДОСТУПНОСТИ МЕДИЦИНСКОГО ОБСЛУЖИВАНИЯ НА СЕЛЕ КАК КЛЮЧЕВОГО ЭЛЕМЕНТА УСТОЙЧИВОГО РАЗВИТИЯ**Марина Геннадьевна ПОЛУХИНА**

кандидат сельскохозяйственных наук, старший научный сотрудник,
лаборатория управления вегетацией и продукционным процессом сельскохозяйственных культур,
Федеральный научный центр зернобобовых и крупяных культур,
пос. Стрелецкий, Орловская область, Российская Федерация
redhvosst@yandex.ru
<https://orcid.org/0000-0001-7949-4928>
SPIN-код: 7512-6636

История статьи:

Получена 14.01.2019
Получена в доработанном
виде 22.01.2019
Одобрена 28.01.2019
Доступна онлайн
15.02.2019

УДК 338.431.2

JEL: I14, I15, R23

Ключевые слова:

сельские территории,
сельское здравоохранение,
финансирование,
устойчивое развитие,
обеспеченность

Аннотация

Предмет. Удовлетворение потребностей сельского населения в медицинском обслуживании.

Цели. Разработка рекомендаций по формированию условий доступности медицинского обслуживания на селе; анализ уровня обеспеченности сельских территорий объектами медицинской инфраструктуры и медицинским персоналом; оценка эффективности мер государственного стимулирования развития здравоохранения на сельских территориях; разработка предложений по увеличению доступности медицинских услуг в сельской местности.

Методология. Базой для экономического анализа стали данные Федеральной службы государственной статистики и Министерства здравоохранения РФ. Проведен сравнительный анализ обеспеченности сельского и городского населения объектами здравоохранения. Выполнен мониторинг показателей сельского здравоохранения по регионам Центрального федерального округа. Представлены итоги стратегического SWOT-анализа.

Результаты. Оценка состояния сферы здравоохранения показала резкое различие в обеспеченности городского и сельского населения услугами здравоохранения, что приводит к социальному неравенству. Исследования, проведенные на примере регионов ЦФО, выявили общие проблемы развития сельской медицины, характерные для России в целом.

Выводы. Исследование выявило низкую обеспеченность сельской местности врачами и средним медицинским персоналом, а также отсутствие равного доступа к медицинской помощи, сокращение первичного звена здравоохранения в виде фельдшерско-акушерских пунктов (ФАП), недостаточность материально-технической базы, невыполнение социальных нормативов обеспеченности услугами здравоохранения.

© Издательский дом ФИНАНСЫ и КРЕДИТ, 2019

Для цитирования: Полухина М.Г. Формирование доступности медицинского обслуживания на селе как ключевого элемента устойчивого развития // Региональная экономика: теория и практика. – 2019. – Т. 17, № 2. – С. 308 – 330.

<https://doi.org/10.24891/re.17.2.308>

На сельской территории Российской Федерации (23,4% всей площади страны) проживают 37,8 млн чел.¹, что составляет 26% от общего числа жителей. Сельские

территории имеют недооцененный демографический, экономический, природно-ресурсный, национально-культурный потенциал и остро нуждаются в социально-экономическом развитии.

¹ Федеральная служба государственной статистики. Оценка численности постоянного населения на 1 января 2017 года и в среднем за 2016 год. URL: http://www.gks.ru/wps/wcm/connect/rosstat_main/rosstat/ru/statistics/population/demography/#

Одним из факторов, в значительной мере тормозящих устойчивое развитие сельских

территорий, является низкая доступность объектов здравоохранения.

На сегодняшний день сельскую медицину кратко можно охарактеризовать как ограниченно доступную и низкоэффективную в силу ряда нерешенных проблем. С каждым годом становится все острее проблема несопоставимости уровня сельской и городской доступности медицинского обслуживания.

Здоровье и благополучие являются ключевыми факторами экономического и социального развития и имеют важнейшее значение в жизни каждого человека, каждой семьи и всех сообществ².

Здравоохранение является составным элементом социальной инфраструктуры, а значит, оказывает непосредственное влияние на устойчивость и развитие сельских территорий. Отсутствие или недостаточность обеспеченности объектами здравоохранения на селе ставит под угрозу его существование. Различия между обеспеченностью городского и сельского населения социальными услугами, в том числе медицинскими, весьма велики.

Проблемам социально-экономического развития города и села посвящены многие работы современных российских и зарубежных исследователей. Анализу социально-экономического состояния городов, их благоустройству, качеству жизни горожан, уровню развития социальной инфраструктуры посвящали работы такие ученые, как Р. Парк [1], Л. Вирт [2]. Исследования функционирования социальной инфраструктуры российских городов проводили, в частности, В.П. Федько [3], П.В. Кухтин³. Изучением состояния социальной инфраструктуры села и ее развития занималась, в частности, Л.В. Бондаренко [4], которая в своих докладах, основанных на ежегодном мониторинге, неоднократно подчеркивала значение развития

социальной сферы села. А.И. Добрунова в своих работах указывает на влияние общей социальной неустроенности на качество жизни сельян [5]. Методикам исследования, определению показателей, факторов и критериев оценки устойчивого развития сельских территорий посвящены работы И.Н. Меренковой [6, 7], Ю.А. Большакова [8], П.Е. Анимицы [9], А.А. Максимова [10].

К решению проблемы социального развития села ученые подходят по-разному. Так, А.В. Мерзлов видит решение в реализации программ устойчивого развития [11] с применением мирового опыта и активизации непосредственно населения села⁴. Идея необходимости реализации программ развития отражена в работах А.В. Петрикова [12]. Р.Х. Кильдеев также считает, что социально-экономическое развитие села предполагает применение программно-целевого планирования [13].

Исследователь Л.З. Фатхулина движущей силой решения проблемы устойчивого развития считает непосредственно местное самоуправление [14]. Основную причину недостаточного притока молодых специалистов на село Л.З. Фатхулина видит в недостаточности социально-экономического развития села [15]. П.С. Юнусова в своих трудах также отмечает влияние социальной инфраструктуры на мотивацию к труду на селе [16].

Решению проблем обеспечения доступности медицинского обслуживания населения посвящены научные труды Г.Э. Улумбековой [17, 18], в которых она четко указывает на губительное влияние недофинансирования здравоохранения и необходимость установления приоритетов при финансировании. Однако автор рассматривает проблему в масштабе всей страны, без выделения сельских территорий⁵.

² Здоровье-2020 – основы европейской политики и стратегия для XXI века. URL: <http://www.euro.who.int/ru/health-topics/health-policy/health-2020-the-european-policy-for-health-and-well-being/about-health-2020>

³ Кухтин П.В., Семкина О.С., Левов А.А. и др. Инфраструктура муниципальных образований: учебное пособие. М.: КНОРУС, 2008. 208 с.

⁴ Мерзлов А.В., Овчинцева Л.А., Попова О.А. Региональный опыт разработки программ устойчивого развития сельских территорий. М.: Росинформагротех, 2012. 112 с.

⁵ Улумбекова: 70% расходов на здравоохранение должно нести государство. URL: <https://vademec.ru/news/2017/10/26/ulumbekova-70-raskhodov-na-zdravookhranenie-dolzhno-nesi-gosudarstvo/>

В настоящей работе рассмотрены проблемы доступности услуг здравоохранения для сельских жителей как составной части социальной инфраструктуры села.

Основной трудностью при разработке данного направления стало расхождение исходных данных в статистических сборниках Федеральной службы государственной статистики, что в значительной степени усложняет анализ и подчеркивает актуальность точного мониторинга доступности медицинских услуг на селе.

В Российской Федерации здравоохранение регулируется в соответствии с рядом законодательных и подзаконных актов. В Федеральном законе «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» указано, что государство обеспечивает гражданам охрану здоровья независимо от места жительства и любых других обстоятельств⁶. Таким образом, для жителей сельской местности является обязательным выполнение установленных принципов охраны здоровья.

В рамках Федерального закона «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации» всем гражданам должна оказываться бесплатная медицинская помощь⁷.

Приказом Министерства здравоохранения «Об утверждении положения об организации оказания первичной медико-санитарной помощи взрослому населению» регулируется деятельность первичного звена системы здравоохранения, к которому относятся амбулатории, фельдшерско-акушерские (далее ФАП) и фельдшерские пункты (далее ФП)⁸.

⁶ Федеральный закон от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации». URL: <https://www.rosminzdrav.ru/documents/7025>

⁷ Федеральный закон от 29.11.2010 № 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации» (с изм. и доп.). URL: <http://base.garant.ru/57406660/>

⁸ Приказ Минздравсоцразвития России от 15.05.2012 № 543н (ред. от 30.03.2018) «Об утверждении Положения об организации оказания первичной медико-санитарной помощи взрослому населению». URL: <http://legalacts.ru/doc/prikaz-minzdravsotsrazvitija-rossii-ot-15052012-n-543n/>

Развитие системы здравоохранения осуществляется согласно утвержденным программам и концепции развития.

Так, целью государственной программы Российской Федерации «Развитие здравоохранения» является обеспечение доступности медицинской помощи и повышение эффективности медицинских услуг, объемы, виды и качество которых должны соответствовать уровню заболеваемости и потребностям населения, передовым достижениям медицинской науки⁹.

Одной из задач Программы является обеспечение системы здравоохранения высококвалифицированными и мотивированными кадрами. Для ее решения отдельно утверждена подпрограмма – кадровое обеспечение системы образования. Аналогичную цель преследует и «Концепция долгосрочного социально-экономического развития Российской Федерации на период до 2020 г.»¹⁰.

Развитие системы здравоохранения, качество и количество предоставляемых услуг, а также ее функционирование напрямую зависят от государственного финансирования, сокращение которого губительно скажется на всей системе медицинского обслуживания.

Прямое государственное финансирование российской медицины в период 2016–2017 гг. сократилось на 17% из федерального бюджета и на 44% за счет бюджетов регионов при незначительном увеличении финансирования из внебюджетных фондов. Отдельного внимания заслуживает факт резкого отличия утвержденной суммы финансирования от исполненной. В зависимости от бюджета финансирование исполнялось в среднем от 38 (федеральный бюджет) до 47%

⁹ Постановление Правительства Российской Федерации от 14.04.2014 № 294 «Об утверждении государственной программы Российской Федерации «Развитие здравоохранения» (с изм. и доп. на 12.08.2017).

¹⁰ Распоряжение Правительства РФ от 17.11.2008 № 1662-р (редакция от 28.09.2018) «О Концепции долгосрочного социально-экономического развития Российской Федерации на период до 2020 г.». URL: http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_82134/

(внебюджетные фонды) за анализируемый период¹¹ (табл. 1).

В ежегодном докладе Всемирный банк назвал расходы России на здравоохранение неэффективными, так как основная ставка делается на специализированную и высокотехнологичную помощь, а не на улучшение здоровья населения через первичное звено¹². Текущий уровень государственных расходов на здравоохранение в России (3,3% ВВП в 2018 г. и 3,2% в 2019 г.) значительно отстает от средних показателей по странам ЕЭС (7,2% ВВП) и ОЭСР (6,5% ВВП).

По мнению Г.Э. Улумбековой, руководителя Высшей школы организации и управления здравоохранением, для улучшения здоровья россиян необходимо увеличение доли государственного финансирования медпомощи. К 2025 г. государственное участие должно вырасти минимум в 1,3 раза, достигнув 70%, а расходы бюджета на здравоохранение должны увеличиться до 5,9 трлн руб.

Остаточный принцип финансирования, применяемый к системе здравоохранения, может привести к утрате первичного звена (амбулатории, ФАП, ФП), которое непосредственно обслуживает сельское население, что приведет к ухудшению качества жизни, усилению оттока населения в города и будет препятствовать устойчивому развитию сельских территорий.

Таким образом, сложилась ситуация, когда к остаточному принципу финансирования добавляются повышение общей заболеваемости, острая нехватка кадров, проблемы материально технической базы и, как следствие, недофинансирование системы.

Кроме того, ожидается увеличение нагрузки на бесплатную медицину за счет увеличения

¹¹ Бюджетная поддержка медицины стремительно сокращается. URL: http://www.ng.ru/economics/2017-08-30/1_7063_medicina.html

¹² Всемирный банк рекомендует Минздраву России больше тратить на первичную помощь. URL: <https://www.medvestnik.ru/content/news/Vsemirnyi-bank-rekomenduet-Minzdravu-Rossii-bolshe-tratit-na-pervichnuu-pomosh.html>

продолжительности жизни населения и, как следствие, увеличение доли населения в возрасте старше трудоспособного и сокращение доли населения трудоспособного возраста [19–21].

Обращая внимание на общую заболеваемость городского населения по стране, можно отметить ее сокращение на 7,5% за 3 года. В то же время заболеваемость сельского населения выросла на 1,8% за тот же период (табл. 2). Сельские территории значительно отличаются от городских не в лучшую сторону и по ряду других показателей (табл. 3).

Объективно оценить состояние здравоохранения, в том числе и сельского, поможет сравнение имеющихся показателей с нормативными значениями, за которые были взяты значения индикаторов государственной программы «Развитие здравоохранения»¹³ (далее Программа) и Распоряжения Правительства Российской Федерации «Об утверждении плана мероприятий («дорожной карты»)), дублирующего Указ Президента Российской Федерации «О мерах по реализации демографической политики Российской Федерации»^{14, 15}. Укажем, что все нормативные значения одинаково распространяются на всю территорию России, без разделения на городскую и сельскую местность.

Итак, к ожидаемым результатам реализации Программы относятся:

– снижение смертности от всех причин до 11,4 случая на 1 000 чел. населения к 2020 г. (на 2014–2015 гг. значение составляло 12,8 и 12,5 соответственно, то есть означенные

¹³ Государственная программа Российской Федерации «Развитие здравоохранения». URL: <https://www.rosminzdrav.ru/ministry/programms/health/info>

¹⁴ Указ Президента Российской Федерации от 07.05.2012 № 606 «О мерах по реализации демографической политики Российской Федерации». URL: <http://legalacts.ru/doc/ukaz-prezidenta-rf-ot-07052012-n-606/>

¹⁵ Распоряжение Правительства Российской Федерации от 28.12.2012 № 394 «Об утверждении плана мероприятий («дорожной карты») «Изменения в отраслях социальной сферы, направленные на повышение эффективности здравоохранения». URL: <http://legalacts.ru/doc/rasporjazhenie-pravitelstva-rf-ot-28122012-n-2599-r/>

цифры не были достигнуты ни в целом по России, ни по сельскому населению в частности);

- снижение младенческой смертности до 6,4 случая на 1 000 родившихся живыми к 2020 г. (к 2014 г. показатель составил 8,1, то есть снизился в целом по России и отдельно по городскому населению, но этого нельзя сказать о селе).

Заметим, что на протяжении всего анализируемого периода (табл. 3) младенческая смертность среди сельских жителей заметно выше, чем среди городских, и снижается значительно меньшими темпами.

Что касается ожидаемой продолжительности жизни при рождении, можно отметить ее планомерное увеличение, однако недостаточное, чтобы достичь намеченных показателей – увеличения к 2018 г. до 74 лет¹⁶. Таким образом, четко прослеживается губительное влияние недофинансирования на систему здравоохранения.

На сегодняшний день сельское здравоохранение остается ограниченно доступным и низкоэффективным. Тому имеется ряд причин, кроме общего недофинансирования системы.

Первая причина – недостаточно развитая социальная инфраструктура. На сегодняшний день в среднем по России 0,15% населения, проживающего в населенных пунктах, не имеют регулярного автобусного и (или) железнодорожного сообщения с административным центром муниципального района. К примеру, в 2015 г. в Орловской и Курской областях почти 2,5% и 1,6% населения соответственно не имели регулярного автобусного сообщения с административным центром. Кроме того, значительная часть муниципальных автомобильных дорог по техническому состоянию не отвечала нормативным требованиям, и отсюда вытекает ограниченная доступность. Зачастую сельские жители откладывают свой визит к врачу, тем самым усугубляя болезнь.

¹⁶ Там же.

Вторая причина – это острая нехватка квалифицированных медицинских кадров. Качество оказываемых медицинских услуг населению в первую очередь зависит от квалификации специалистов, их оказывающих, а удовлетворенность пациента этими услугами является критерием ее эффективности. Повышению квалификации медицинских работников и качества оказываемых ими услуг уделяют свое внимание как специалисты отрасли, так и государство. Данная проблема актуальна и требует скорейшего решения.

Если специалисты больший упор делают на непрерывное медицинское образование и повышение квалификации для улучшения качества медицинской помощи, то государственные органы делают ставку на аккредитацию специалиста. Аккредитацию планируется проводить в рамках приоритетного проекта «Обеспечение здравоохранения квалифицированными специалистами»¹⁷.

Привлечение квалифицированных кадров, в том числе молодых, для работы в сельской местности – не менее острая проблема. Специалисты в качестве причин дефицита квалифицированных кадров в сельской местности указывают отсутствие мотивации; низкую заработную плату; огромные перегрузки, когда приходится работать на две ставки [22]. Кроме того, следует учесть общую социальную неустроенность и неравномерные территории обслуживания, преобладание участков с удаленностью от 2 до 5 км в городских, от 5 до 10 и более км – в сельских поселениях [23].

На государственном и региональном уровнях разработан широкий спектр льгот. Осуществляется единовременная компенсационная выплата специалистам,

¹⁷ Паспорт приоритетного проекта Обеспечение здравоохранения квалифицированными специалистами (утвержден президиумом Совета при Президенте РФ по стратегическому развитию и приоритетным проектам, протокол от 26.07.2017 № 8). URL: <http://legalacts.ru/doc/pasport-prioritetnogo-proekta-obespechenie-zdravookhraneniya-kvalifitsirovannymi-spetsialistami-utv-prezidiumom/>

направленным на работу в сельскую местность, в размере 1 млн руб. (для врачей)¹⁸.

Помимо федеральных льгот регионы, со своей стороны, в рамках региональных программ развития и нормативно-правовых актов, регулирующих сферу здравоохранения, предусматривают дополнительные льготы и финансовое стимулирование. Так, единовременная компенсационная выплата производится для фельдшеров в размере 500 тыс. руб. и медицинских сестер в размере 300 тыс. руб. при переезде в сельскую местность.

Для сельского здравоохранения характерна децентрализация амбулаторной помощи и централизация стационарной. Основной объем медицинской помощи населению оказывается средним медицинским персоналом – фельдшерами и медсестрами в ФП и ФАП. Врачебную помощь сельский житель может получить только в амбулатории и районных больницах, в ряде удаленных и труднодоступных районов организуются выезды врачей в составе специальных бригад по определенному плану.

Как видно из *табл. 4*, ресурсы медицинских организаций, расположенных в сельской местности, значительно уступают городским и среднему значению по стране.

Оценить имеющиеся значения показателей можно путем их сопоставления с утвержденными социальными нормативами¹⁹. Так, согласно нормативу, обеспеченность койками на 10 тыс. чел. должна составлять 134,7 ед., что не выполняется ни в целом по стране, ни отдельно в сельской местности. Кроме того, за анализируемый период прослеживается четкая тенденция к снижению показателя: за анализируемый период обеспеченность в целом по стране сократилась

на 26,4%. Норматив обеспеченности средним медперсоналом на 10 тыс. чел. составляет 114,3. Данное значение не достигнуто ни в целом по России, ни отдельно в сельской местности и имеет тенденцию к снижению – 1,8 и 4,9% соответственно за 10 лет.

Обеспеченность врачами на 10 тыс. чел. составляет 41. Если в целом по стране обеспеченность врачами значительно превышает нормативную (45,9 – в 2015 г., 46,4 – в 2016 г.), то в сельской местности обеспеченность составляет только 35,3% от нормативного значения.

Количество среднего медицинского персонала на одного врача регламентируется Государственной Программой «Развитие здравоохранения» и установлено на уровне 1/3. В среднем по стране данное соотношение не выполняется, однако достигнуто отдельно по сельским территориям на фоне резкой нехватки как врачей, так и среднего медицинского персонала²⁰.

Из числа среднего медицинского персонала выделим фельдшеров. Именно они, работники первичного звена, выполняют основную работу с сельским населением. Начиная с 1990 г. число фельдшеров резко сокращается, несмотря на государственную поддержку: за 26 лет их число сократилось в 2,7 раза, а в период 2000–2016 гг. – на 28,9% (*рис. 1*).

Для более наглядного примера обеспеченности сельского населения услугами здравоохранения рассмотрим области ЦФО (*табл. 5*). После анализа имеющихся данных можно сделать вывод, что не все регионы характеризуются одинаковой доступностью медицинских услуг. Значения представленных показателей по всем областям не достигают нормативных значений. При средней обеспеченности койками на 10 тыс. чел. сельского населения по ЦФО в 53,4 ед. наименьшее значение отмечается в Орловской (9,6), Брянской (12), Рязанской (16,4) и Белгородской (18,8) областях по причине

¹⁸ Обзор изменений Федерального закона от 29.11.2010 № 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации». Редакция от 28.12.2016 (с изменениями и дополнениями, вступившими в силу с 09.01.2017). URL: http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_115208/a57fcee770a9cd86e403bcd737bd29b7342a001b/

¹⁹ Распоряжение Правительства РФ от 03.07.1996 № 1063-р (ред. от 26.01.2017) «О социальных нормативах и нормах». URL: <http://legalacts.ru/doc/rasporjazhenie-pravitelstva-rf-ot-03071996-n-1063-r/>

²⁰ Михалюк С.Ф. О некоторых аспектах медицинского обеспечения сельского населения // Здоровье – основа человеческого потенциала: проблемы и пути их решения. Т. 4. № 1. 2009. С. 359–360.

сокращения коек в среднем на 10%. К наиболее обеспеченным областям можно отнести Костромскую (95,6) и Курскую области (85,5).

В ряде областей, несмотря на снижение числа коек, наблюдается повышение уровня госпитализации на 100 чел. сельского населения (в Орловской – на 6,5%, в Костромской – на 12,3%, в Ивановской – на 4%) на фоне общего снижения в среднем на 2%.

Повсеместное увеличение числа посещений врача на 1 сельского жителя в год в 2013–2015 гг. в среднем в 2 раза можно связать как с повышением доступности врачебной помощи, так и с ростом заболеваемости, старением сельского населения.

На фоне общего повышения обеспеченности врачами на 10 тыс. сельского населения (9,2% – РФ, 24,2% – ЦФО с 2012 по 2015 г.) выделяется ряд областей с обратной тенденцией. Сокращение произошло в Ивановской (на 3,6%), Костромской (на 4,3%), Рязанской (на 14,5%), Ярославской (на 14,6%) областях.

Обратная ситуация складывается с обеспеченностью средним медицинским персоналом на 10 тыс. сельского населения. Из 17 областей ЦФО в 7 наблюдается повышение обеспеченности, а в 10 – сокращение.

Следует отметить, что в областях, где наблюдалось снижение обеспеченности врачами, наблюдается аналогичная ситуация со средним медицинским персоналом. Так, в Ивановской области отмечается сокращение на 27,6%, в Костромской – на 4,5%, в Рязанской – на 20,6%, в Ярославской – на 20,3%.

Третья причина – сокращение первичного звена в виде ФАП [24]. Наличие ФАП требуется по причине большого радиуса обслуживания участковой больницы (врачебной амбулатории) по отношению ко всем имеющимся населенным пунктам, а

также в целях «приближения» медицинской помощи к сельскому населению²¹.

ФАП является наиболее крупным доврачебным амбулаторно-поликлиническим учреждением по оказанию первичной медико-санитарной помощи сельскому населению²². В цели деятельности ФАП входит профилактическая работа с населением: профилактические прививки, патронаж беременных и новорожденных, проверка выполнения назначений врача, первичный прием, осмотр в процессе лечения заболевания, оказание экстренной доврачебной помощи.

Организация первичной медицинской помощи на селе регламентируется приказом Министерства здравоохранения. Первичная медико-санитарная помощь в малочисленных населенных пунктах оказывается в фельдшерских здравпунктах, фельдшерско-акушерских пунктах, центрах (отделениях) общей врачебной практики (семейной медицины), врачебных амбулаториях в зависимости от числа жителей²³.

Начиная с 2005 г. наблюдается сокращение числа ФАП: к 2016 г. сокращение составило 19,4% (табл. 3)²⁴. Наиболее детально сложившуюся ситуацию можно рассмотреть на примере областей ЦФО (табл. 6). Наибольшее сокращение числа ФАП за исследуемый период произошло в Курской и Воронежской областях, 44,9% и 30,7% соответственно. Сокращение числа ФАП ожидаемо вызывает волну сокращения числа фельдшеров, в отдельных регионах до 23% (Рязанская область).

²¹ Проклова Т.Н., Расторгуева Т.И., Карпова О.Б. Организация медицинской помощи сельскому населению // Бюллетень Национального научно-исследовательского института общественного здоровья имени Н.А. Семашко. 2016. № 5. С. 86–90.

²² Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 15.05.2012 № 543н «Об утверждении положения об организации оказания первичной медико-санитарной помощи взрослому населению» (в редакции Приказа Минздрава России от 23.06.2015 № 361н). URL: <https://normativ.kontur.ru/document?moduleId=1&documentId=255422>

²³ Там же.

²⁴ Фонд «Здоровье». URL: <http://www.fondzdorovie.ru/>

Ситуацию с сокращением ФАП не изменили даже мероприятия, осуществляемые в рамках Федеральных целевых программ «Социальное развитие села до 2013 года»²⁵ и «Устойчивое развитие сельских территорий на 2014–2017 годы и на период до 2020 года»²⁶. Последняя программа досрочно завершена с 1 января 2018 г.²⁷

Начиная с 2003 г. на территории России в рамках программ активно вводились в действие объекты первичной медико-санитарной помощи (табл. 7). Необходимо заметить, что не все регионы одинаково активно реализовали на своей территории данные мероприятия – Калужская, Смоленская и Тульская области вообще в них не участвовали, а к лидерам можно отнести Рязанскую, Воронежскую, Владимирскую, Липецкую и Тамбовскую области.

За 14 лет суммарного действия программ на территории ЦФО было введено в действие 96 ФАП, а сокращение только с 2012 по 2015 г. включительно составило 721. Нетрудно заметить, что принятые меры практически не изменили ситуации, а сокращение числа ФАП и их укрупнение приводит к увеличению нагрузки на медицинский персонал и увеличению радиуса обслуживания [25], что негативно влияет на качество оказываемой помощи.

Четвертая причина – недостаточная материально-техническая база системы здравоохранения на селе. Имеющийся фонд зданий, несмотря на его укрупнение, не может удовлетворить актуальных потребностей. Как правило, ФАП располагаются в малоприспособленных помещениях, во

многих из них отсутствуют водопровод, горячее водоснабжение, центральное отопление, канализация. Около 20% имеющегося фонда в 2015 г. нуждались в реконструкции или капитальном ремонте, из них 1,85% находились в аварийном состоянии (табл. 8).

При строительстве модульных ФАП, в том числе в рамках федеральных и региональных программ, основным критерием является низкая цена, а не качество или удобство сооружений. Высокотехнологичную помощь сельский житель может получить зачастую только в региональном центре.

Проведенные исследования являются основой для глубокого стратегического SWOT-анализа сложившейся ситуации в сельском здравоохранении, а также основанием для разработки решений существующих проблем и дальнейших путей развития (табл. 9).

Оценивая уровень развития медицинского обслуживания на селе, можно указать, что обеспеченность сельских жителей в регионах ЦФО значительно ниже, чем в городах, что нарушает социальное равенство. Сельское здравоохранение остается ограниченно доступным и низкоэффективным.

После проведенного анализа можно выделить основные ключевые проблемы, угрозы, а также необходимые меры для развития медицинского обслуживания сельской местности в регионах ЦФО. Ключевыми проблемами являются острая нехватка квалифицированных медицинских кадров, как врачей, так и среднего медицинского персонала; сокращение первичного звена в виде ФАП; недостаточная материально-техническая база; ежегодное сокращение финансирования государственной программы «Развитие здравоохранения».

Если вопросы медицинского обеспечения на селе оставить в инерционном векторе развития, возможно повышение общей заболеваемости и дальнейшее сокращения сельского населения (преобладание смертности над рождаемостью). Отметим и такие последствия, как отток населения с

²⁵ Постановление Правительства РФ от 03.12.2002 № 858 «О федеральной целевой программе «Социальное развитие села до 2013 года» (с изменениями и дополнениями). URL: <http://base.garant.ru/2159191/>

²⁶ Федеральная целевая программа «Устойчивое развитие сельских территорий на 2014–2017 годы и на период до 2020 года» (утверждена постановлением Правительства РФ от 15.07.2013 № 598). URL: <http://www.garant.ru/products/ipo/prime/doc/70319016/>

²⁷ Постановление Правительства Российской Федерации от 12.10.2017 № 1243 «О реализации мероприятий федеральных целевых программ, интегрируемых в отдельные федеральные государственные программы Российской Федерации». URL: <http://docs.cntd.ru/document/436792268>

сельских территорий в город; дальнейшее сокращение первичного звена; укрупнение ФАП и увеличение радиуса обслуживания; снижение качества и объема медицинской помощи; дефицит высокотехнологичной медицинской помощи.

В качестве направлений развития можно выделить: увеличение доли государственного финансирования и бюджета здравоохранения; увеличение финансирования первичного звена; непрерывное медицинское образование и повышение квалификации для специалистов и среднего медперсонала; модернизация материально-технической базы; увеличение заработной платы; устранение перегрузок. Кроме того, для повышения привлекательности сельских территорий и

привлечения квалифицированных медицинских работников необходимы комплексное социально-экономическое развитие сельских территорий; формирование пакета социальных льгот [21]; разработка на региональном уровне программы по решению жилищных вопросов (создание служебного жилого фонда за счет муниципалитета и крупных предприятий района, предоставление служебного жилья с возможностью его последующего оформления в социальный наем, частичная компенсация платы за съемное жилье, льготная ипотека); выплата ежемесячной стипендии студентам, обучающимся по программам целевой подготовки, из бюджета муниципального образования; повышение квалификации специалистов за счет регионального бюджета.

Таблица 1

Объемы финансирования здравоохранения в РФ, млрд руб.

Table 1

Volumes of health care financing in the Russian Federation, billion RUB

Показатель	Федеральный бюджет (2016 г.)	Федеральный бюджет (2017 г.)	Региональные бюджеты (2016 г.)	Региональные бюджеты (2017 г.)	Внебюджетные средства (2016 г.)	Внебюджетные средства (2017 г.)
Утверждено	541	443	1 398	872	1 687	1 734
Исполнено	210	174	631	352	786	826

Примечание. В графе «Исполнено» приведены данные за 6 месяцев соответствующего года.

Источник: Счетная палата РФ по данным Казначейства РФ

Source: Accounts Chamber of the Russian Federation based on the Federal Treasury data

Таблица 2

Общая заболеваемость на 10 тыс. чел. населения

Table 2

Sick rate per 10 thousand people

Показатель	2013	2014	2015	2015 г. к 2013 г.
Население (общее количество)	16 106,2	16 067	16 020,8	99,5
Городское население	4 004	3 917,3	3 703,2	92,5
Сельское население	12 102,1	12 149,7	12 317,5	101,8

Источник: Сельское здравоохранение России в 2013 г. URL:

http://mednet.ru/images/stories/files/statistika/zabolevaemost_vsego_naseleniya/2010/selo_2014.pdf; Сельское

здравоохранение России в 2015 г. URL: <https://www.rosminzdrav.ru/ministry/61/22/stranitsa-979/statisticheskie-i-informatsionnye-materialy/statisticheskii-sbornik-2015-god>; Здравоохранение в России. 2015: Стат. сб. М.: Росстат, 2015. 174 с. URL: http://www.gks.ru/bgd/regl/b15_34/Main.htm

Source: Health Care Service in Rural Areas of Russia in 2013.

URL: http://mednet.ru/images/stories/files/statistika/zabolevaemost_vsego_naseleniya/2010/selo_2014.pdf; Health Care

Service in Rural Areas of Russia in 2015. URL: <https://www.rosminzdrav.ru/ministry/61/22/stranitsa-979/statisticheskie-i-informatsionnye-materialy/statisticheskii-sbornik-2015-god>; *Zdravookhranenie v Rossii. 2015: Stat. Sbornik* [Health Care Service in Russia. 2015: A statistical book]. Moscow, Rosstat Publ., 2015, 174 p.

URL: http://www.gks.ru/bgd/regl/b15_34/Main.htm

Таблица 3
Отдельные демографические показатели (1990–2016 гг.)

Table 3
Selected demographic indices, 1990–2016

Показатель	1990	2000	2005	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
<i>На 1 тыс. чел. всего населения</i>										
Число родившихся	13,4	8,7	10,2	12,5	12,6	13,3	13,2	13,3	13,3	12,9
Число умерших	11,2	15,3	16,1	14,2	13,5	13,3	13	13,1	13	12,9
Естественный прирост	2,2	-6,3	-5,3	-1,5	-0,8	0	0,3	0,3	0,3	-0,01
Число умерших в возрасте до 1 года (на 1 тыс. родившихся живыми)	17,4	15,3	11	7,5	7,4	8,6	8,2	7,4	6,5	6
Ожидаемая продолжительность жизни при рождении	69,2	65,3	65,4	68,9	69,8	70,2	70,7	70,9	71,4	-
<i>На 1 тыс. чел. городского населения</i>										
Число родившихся	12,7	8,3	9,8	12	12	12,8	12,8	12,9	-	-
Число умерших	10,5	14,6	15,1	13,5	12,8	12,8	12,5	12,6	-	-
Естественный прирост	2,2	-6,3	-5,3	-1,5	-0,8	0	0,3	0,3	-	-
Число умерших в возрасте до 1 года (на 1 тыс. родившихся живыми)	17	14,7	10,3	6,9	6,6	8,1	7,7	6,9	-	-
Ожидаемая продолжительность жизни при рождении	69,5	65,7	66,1	69,7	70,5	70,8	71,3	71,4	71,9	-
<i>На 1 тыс. чел. сельского населения</i>										
Число родившихся	15,5	9,8	11	14	14,1	14,7	14,5	14,4	-	-
Число умерших	13,2	17,1	18,6	16,1	15,2	14,8	14,5	14,5	-	-
Естественный прирост	2,3	-7,3	-7,6	-2,1	-1,1	-0,1	0	-0,1	-	-
Число умерших в возрасте до 1 года (на 1 тыс. родившихся живыми)	18,3	16,8	12,7	9,1	9,1	10,1	9,4	8,5	-	-
Ожидаемая продолжительность жизни при рождении	67,9	64,3	63,4	66,9	68	68,6	68,2	69,5	69,9	-

Примечание. Ожидаемая продолжительность жизни при рождении приведена по данным:

URL: http://gks.ru/free_doc/new_site/population/demo/demo26.xls

Источник: Россия в цифрах. 2017: Краткий статистический сборник. М.: Росстат, 2017. 511 с.

URL: http://www.gks.ru/free_doc/doc_2017/rusfig/rus17.pdf; Женщины и мужчины России. 2016: Статистический сборник. М.: Росстат, 2016. 208 с. URL: http://www.gks.ru/free_doc/doc_2016/wo-man16.pdf

Source: Rossiya v tsifrakh. 2017: Kratkii statisticheskii sbornik [Russia in figures. 2017: Statistics digest]. Moscow, Rosstat Publ., 2017, 511 p. URL: http://www.gks.ru/free_doc/doc_2017/rusfig/rus17.pdf; Zhenshchiny i muzhchiny Rossii. 2016: Statisticheskii sbornik [Women and men in Russia. 2016: A statistical book]. Moscow, Rosstat Publ., 2016, 208 p. URL: http://www.gks.ru/free_doc/doc_2016/wo-man16.pdf

Таблица 4**Ресурсы медицинских организаций, в том числе расположенных в сельской местности и оказывающих помощь сельскому населению (2005–2016 гг.)****Table 4****Resources of medical facilities, including those located in rural areas and delivering medical care to rural population, 2005–2016**

Показатель	Норматив	2005	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
Обеспеченность койками, всего (на 10 тыс. чел.)	134,7	110,9	93,8	94,2	92,9	90,6	86,6	83,4	81,6
Обеспеченность койками сельского населения (на 10 тыс. чел.)	134,7	49,6	40	37,4	36,3	34,8	35,3	40,5	-
Обеспеченность врачами, всего (на 10 тыс. чел.)	41	48,6	50,1	51,2	49,1	48,9	48,5	45,9	46,4
Обеспеченность врачами сельского населения (на 10 тыс. чел.)	41	11,9	12,5	12	13,1	13,9	13,8	14,3	-
Обеспеченность средним медперсоналом, всего (на 10 тыс. чел.)	114,3	107,7	105,6	107	106,1	105,7	104,3	105,8	104,8
Обеспеченность средним медицинским персоналом сельского населения, (на 10 тыс. чел.)	114,3	57,6	55,4	53,7	54,4	56,1	53,6	54,8	-
Количество фельдшеров, чел.	-	11,3	11,2	11,3	7,7	11	10,8	8,9	9
Число фельдшерско-акушерских пунктов, ед	-	42,2	37,6	34,9	34,7	34,7	34,9	34,3	34
Количество среднего медицинского персонала на одного врача, чел., всего	1/3	2,2	2,1	2,1	2,2	2,2	2,2	2,3	2,3
Количество среднего медицинского персонала на одного врача (сельские территории), чел.	1/3	4,8	4,4	4,5	4,2	4	3,9	3,8	

Источник: Распоряжение Правительства РФ от 03.07.1996 № 1063-р (ред. от 26.01.2017) «О социальных нормативах и нормах». URL: <http://legalacts.ru/doc/rasporjazhenie-pravitelstva-rf-ot-03071996-n-1063-r/>; Сельское здравоохранение России в 2014 г. URL: <https://www.rosminzdrav.ru/ministry/61/22/stranitsa-979/statisticheskie-i-informatsionnye-materialy/statisticheskij-sbornik-2014-god>; Сельское здравоохранение России в 2015 г. URL: <https://www.rosminzdrav.ru/ministry/61/22/stranitsa-979/statisticheskie-i-informatsionnye-materialy/statisticheskij-sbornik-2015-god>

Source: RF Government Resolution *On Social Standards and Norms* № 1063 of July 3, 1996 (as amended on January 26, 2017). URL: <http://legalacts.ru/doc/rasporjazhenie-pravitelstva-rf-ot-03071996-n-1063-r/>; Health Care Service in Rural Areas of Russia in 2014. URL: <https://www.rosminzdrav.ru/ministry/61/22/stranitsa-979/statisticheskie-i-informatsionnye-materialy/statisticheskij-sbornik-2014-god>; Health Care Service in Rural Areas of Russia in 2015. URL: <https://www.rosminzdrav.ru/ministry/61/22/stranitsa-979/statisticheskie-i-informatsionnye-materialy/statisticheskij-sbornik-2015-god>

Таблица 5**Обеспеченность сельского населения услугами здравоохранения на примере областей ЦФО (2012–2015 гг.)****Table 5****Health care services delivery to rural population: Evidence from the Central Federal District, 2012–2015**

Регион	Обеспеченность койками на 10 тыс. чел. сельского населения				Уровень госпитализации на 100 чел. сельского населения		
	2012	2013	2014	2015	2012	2013	2014
РФ	36,3	34,8	35,3	40,5	24,3	24,1	23,5
ЦФО	27,8	26,4	38,5	53,4	23,8	23,8	23,4
Белгородская область	17,9	17,8	17,9	18,8	24,4	24,5	23,9

Брянская область	15,1	13,8	11,2	12	22,2	21,6	20,8
Владимирская область	6,4	6	3,4	40,6	18,9	18,4	18
Воронежская область	24,5	23,1	15,7	34,8	26,7	26,8	26,2
Ивановская область	62	61,5	47,3	55,2	22,6	23,5	23,5
Калужская область	19,6	17,6	14,4	39,7	23,1	24,2	21,6
Костромская область	102,3	99,4	100,8	95,6	20,3	20,7	22,8
Курская область	66,1	65,9	52,2	85,5	25,6	26,3	25,4
Липецкая область	58,3	54,3	54,1	58,1	27,9	26,8	26,5
Московская область	11,8	12,1	49,6	61,1	18,3	19,5	19,8
Орловская область	10,8	9,6	9,2	9,6	29,1	30,3	31
Рязанская область	3,1	2,7	3,7	16,4	23,9	23,4	23,3
Смоленская область	60,7	58,6	57,6	55,2	21,5	20,8	19,6
Тамбовская область	28,6	27,4	25,2	28,2	22,6	21	20,4
Тверская область	5,7	0,6	1,1	66,6	21,2	19,5	19,5
Тульская область	61,6	52,2	77,9	82,5	16,2	15,7	13,9
Ярославская область	17	16,8	14,2	50,3	23,7	22,9	21,8

Продолжение

Регион	Обеспеченность врачами на 10 тыс. чел. сельского населения				Число посещений врача на одного сельского жителя в год		Обеспеченность средним медицинским персоналом на 10 тыс. чел. сельского населения			
	2012	2013	2014	2015	2013	2015	2012	2013	2014	2015
РФ	13,1	13,9	12,1	14,3	3,6	4,6	54,4	55,9	44,4	54,8
ЦФО	9,5	10,5	7,9	11,8	1,9	3,4	41,6	45,6	28,5	47,3
Белгородская область	8,7	9,4	6,1	9,9	1,8	3,5	44,6	43,7	17,8	42,6
Брянская область	5,5	6,1	5,8	5,8	1,7	1,6	35,8	35,6	34,3	34,1
Владимирская область	4,1	6,4	0,8	7,2	1,2	2,7	20,9	35,4	5,1	35,7
Воронежская область	12,3	13	6,6	13,2	1,8	3,8	51,4	51,4	20,9	49,1
Ивановская область	11,1	12,8	6,5	10,7	2,9	3,2	53,2	52,1	19,4	38,5
Калужская область	5,2	5,5	5,8	8,4	1,9	3,2	22,1	21,6	22,4	40
Костромская область	14,1	14,2	12,5	13,5	4,1	5,4	79,6	77	63,1	76
Курская область	11,4	11	7,9	11,8	2,3	3,3	59,3	55,1	27,9	46,5
Липецкая область	15	15,4	16,3	17,1	3,8	3,8	58,2	65,2	63,2	68,1
Московская область	11,9	13	7,3	14,2	1,6	4,8	40,2	40,7	23	44,6
Орловская область	6,7	6,7	5,2	7	1,6	2,5	35,1	33,6	19,6	33,9
Рязанская область	6,9	6,4	3,4	5,9	1	1,8	45,6	46,1	8,5	36,2
Смоленская область	11,6	11,5	11,7	11,8	1,9	2,1	45,1	44,1	30,7	41,2
Тамбовская область	8,3	9	8,7	11,8	2,5	3,9	31,7	37,8	33,6	47,4
Тверская область	1	9,5	0,2	8,8	0,2	2,1	8,9	45,5	1,6	40,1
Тульская область	6,5	8,1	9,9	9,5	1,7	2,5	38,7	44,3	29,9	42,6
Ярославская область	15,8	15,8	9,1	13,5	2,1	3,2	58,2	55,8	24,3	46,4

Источник: Сельское здравоохранение России в 2013 г.

URL: http://mednet.ru/images/stories/files/statistika/zabolevaemost_vsego_naseleniya/2010/selo_2014.pdf; Сельское здравоохранение России в 2014 г. URL: <http://mednet.ru/images/stories/files/CMT/selo2015.pdf>; Сельское здравоохранение России в 2015 г. URL: <https://www.rosminzdrav.ru/ministry/61/22/stranitsa-979/statisticheskie-i-informatsionnye-materialy/statisticheskiy-sbornik-2015-god>

Source: Health Care Service in Rural Areas of Russia in 2013.

URL: http://mednet.ru/images/stories/files/statistika/zabolevaemost_vsego_naseleniya/2010/selo_2014.pdf; Health Care Service in Rural Areas of Russia in 2014. URL: <http://mednet.ru/images/stories/files/CMT/selo2015.pdf>; Health Care Service in Rural Areas of Russia in 2015. URL: <https://www.rosminzdrav.ru/ministry/61/22/stranitsa-979/statisticheskie-i-informatsionnye-materialy/statisticheskiy-sbornik-2015-god>

Таблица 6

Количество действующих фельдшерско-акушерских и фельдшерских пунктов в 2012–2015 гг. (включая передвижные), ед.

Table 6

Feldsher/midwife and feldsher's stations operating in 2012–2015 (including mobile medical care units), number of units

Регион	ФАП и ФП				Число фельдшеров, работающих в ФАП и ФП			
	2012	2013	2014	2015	2012	2013	2014	2015
РФ	36 601	36 225	36 553	34 876	24 510	23 322	23 706	22 894
ЦФО	7 926	7 836	7 790	7 205	5 060	4 783	4 711	4 635
Белгородская область	552	546	543	542	389	350	368	362
Брянская область	598	595	595	590	433	405	393	385
Владимирская область	330	328	326	325	227	213	213	221
Воронежская область	678	672	675	470	371	330	345	342
Ивановская область	253	250	244	244	196	182	170	183
Калужская область	381	380	379	380	222	230	217	220
Костромская область	330	324	323	321	229	220	219	210
Курская область	644	628	621	355	387	354	351	355
Липецкая область	393	393	391	388	257	248	254	254
Московская область	533	532	505	441	288	373	347	331
Орловская область	450	449	448	448	249	256	266	289
Рязанская область	532	532	534	523	409	403	375	315
Смоленская область	505	500	500	484	261	250	247	238
Тамбовская область	481	481	481	481	180	184	184	178
Тверская область	606	566	570	567	396	339	330	331
Тульская область	348	341	336	331	225	214	214	208
Ярославская область	312	312	315	315	241	232	216	213

Источник: Сельское здравоохранение России в 2014 г.

URL: <http://mednet.ru/images/stories/files/CMT/selo2015.pdf>; Сельское здравоохранение России в 2015 г.

URL: <https://www.rosminzdrav.ru/ministry/61/22/stranitsa-979/statisticheskie-i-informatsionnye-materialy/statisticheskiy-sbornik-2015-god>

Source: Health Care Service in Rural Areas of Russia in 2014.

URL: <http://mednet.ru/images/stories/files/CMT/selo2015.pdf>; Health Care Service in Rural Areas of Russia in 2015.

URL: <https://www.rosminzdrav.ru/ministry/61/22/stranitsa-979/statisticheskie-i-informatsionnye-materialy/statisticheskiy-sbornik-2015-god> text here

Таблица 7

Мероприятия по развитию сети учреждений первичной медико-санитарной помощи в сельской местности в рамках Федеральных целевых программ (2003–2016 гг.)

Table 7

Activities on developing a network of primary medical and sanitary care facilities in rural areas as part of Federal special-purpose programs, 2003–2016

Регион	2003–2013		
	Ввод в действие ФАП, ед	Ввод в действие районных участковых больниц, койко-мест	Амбулаторно-поликлинические учреждения, количество посещений в смену
РФ	751	6 053	7 574
ЦФО	47	1 200	1 389
Белгородская область	–	370	–
Брянская область	4	50	–
Владимирская область	11	–	–
Воронежская область	3	55	69
Ивановская область	2	–	–
Костромская область	5	25	–
Курская область	7	187	–
Липецкая область	4	–	–

Московская область	–	280	570
Орловская область	7	–	250
Рязанская область	2	126	100
Тамбовская область	–	57	–
Тверская область	–	50	–
Ярославская область	2	–	400

Продолжение

Регион	2014		2015		2016	
	Ввод в действие ФАП, ед.	В счет плана на 2013 г.	Ввод в действие ФАП, ед.			
РФ	159	15	146	129		
ЦФО	11	7	11	20		
Белгородская область	–	–	–	–		
Брянская область	–	–	–	–		
Владимирская область	3	–	1	6		
Воронежская область	1	–	1	1		
Ивановская область	–	–	–	–		
Костромская область	–	–	–	–		
Курская область	–	–	–	1		
Липецкая область	1	3	5	8		
Московская область	–	–	–	2		
Орловская область	–	–	–	–		
Рязанская область	1	1	1	1		
Тамбовская область	5	3	1	1		
Тверская область	–	–	–	–		
Ярославская область	–	–	–	–		

Источник: Итоги реализации ФЦП «Социальное развитие села до 2013 года» за 2003–2013 гг.: информационное издание. М.: Росинформагротех, 2014. С. 118–119; О ходе реализации федеральной целевой программы «Устойчивое развитие сельских территорий на 2014–2017 годы и на период до 2020 года»: информационное издание. М.: Росинформагротех, 2016. С. 112; О ходе реализации федеральной целевой программы «Устойчивое развитие сельских территорий на 2014–2017 годы и на период до 2020 года»: информационное издание. М.: Росинформагротех, 2017. С. 93

Source: *Itogi realizatsii FTsP "Sotsial'noe razvitie sela do 2013 goda" za 2003–2013 gg: informatsionnoe izdanie* [Results of the Federal Target Program implementation Social Development of Rural Areas up to 2003–2013: A Fact Book]. Moscow, Rosinformagrotekh Publ., 2014, pp. 118–119; *O khode realizatsii federal'noi tselevoi programmy Ustoichivoe razvitie sel'skikh territorii na 2014–2017 gody i na period do 2020 goda: informatsionnoe izdanie* [On progress of the Federal Target Program implementation Sustainable Development of Rural Areas for 2014–2017 and up to 2020: A Fact Book]. Moscow, Rosinformagrotekh, 2016, p. 112; *O khode realizatsii federal'noi tselevoi programmy Ustoichivoe razvitie sel'skikh territorii na 2014–2017 gody i na period do 2020 goda: informatsionnoe izdanie* [On progress of the Federal Target Program implementation Sustainable Development of Rural Areas for 2014–2017 and up to 2020: A Fact Book]. Moscow, Rosinformagrotekh, 2017, p. 93

Таблица 8**Техническое состояние зданий медицинских организаций, расположенных в сельской местности (2011–2015 гг.)****Table 8****Technical condition of health facilities buildings located in rural areas, 2011–2015**

Регион	Количество зданий, ед.		Доля зданий, находящихся в аварийном состоянии и требующих сноса, %		Доля зданий, требующих реконструкции, %		Доля зданий, требующих капитального ремонта, %	
	2014	2015	2014	2015	2014	2015	2014	2015
Российская Федерация	30 955	57 486	2,16	1,85	2,59	1,77	18,8	16,1

Источник: Сельское здравоохранение России в 2015 г. URL: <https://www.rosminzdrav.ru/ministry/61/22/stranitsa-979/statisticheskie-i-informatsionnye-materialy/statisticheskij-sbornik-2015-god>

Source: Health Care Service in Rural Areas of Russia in 2015. URL: <https://www.rosminzdrav.ru/ministry/61/22/stranitsa-979/statisticheskie-i-informatsionnye-materialy/statisticheskij-sbornik-2015-god>

Таблица 9**SWOT-анализ сельского здравоохранения России****Table 9****SWOT analysis of rural health service of Russia**

Развитие системы медицинского обслуживания на селе	Характеристики	
	сильные стороны (S)	слабые стороны (W)
Юридическая база. Статистика. Условия труда	<p>Ряд нормативно-правовых актов, ФЗ: «Об основах охраны здоровья граждан в РФ»; «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации» и др. Приказы президента РФ. Приказы Минздрава: «Об утверждении положения об организации оказания первичной медико-санитарной помощи взрослому населению» и др. Государственные программы РФ: «Развитие здравоохранения» и региональные программы. «Концепция долгосрочного социально-экономического развития РФ на период до 2020 г.».</p> <p>Осуществление мероприятий по развитию сети первичного звена в рамках названных актов. Ввод в действие амбулаторий, ФАП и ФП. Строительство поликлиник, больниц. Реализация мероприятий в рамках федеральных и региональных программ по привлечению квалифицированных специалистов на село (единовременная выплата работникам, направленным в сельскую местность)</p>	<p>Острая нехватка квалифицированных медицинских кадров: обеспеченность врачами на 10 тыс. чел. составляет 41 чел. В сельской местности обеспеченность составляет 35,3% от нормативного значения. Нормативное значение общей обеспеченности средним медперсоналом на 10 тыс. чел. составляет 114,3. Данное значение не достигнуто ни в целом по России, ни отдельно в сельской местности и имеет тенденцию к снижению – 1,8 и 4,9% соответственно за 10 лет; с 1990 по 2016 г. число фельдшеров сократилось в 2,7 раза. Обеспеченность сельского населения койко-местами за период 2005–2015 гг. сократилась на 8,3% и в 2016 г. составила 40,5 при нормативе 134,7. За 14 лет на территории ЦФО было введено 96 ФАП, а сокращение в 2012–2015 гг. составило 721. Сокращение первичного звена (ФАП). Недостаточная материально техническая база. Во многих ФАП отсутствуют центральный водопровод, горячее водоснабжение, центральное отопление, канализация. Около 20% имеющегося фонда нуждается в реконструкции или капитальном ремонте, 1,85% находится в аварийном состоянии (данные за 2015 г.).</p>

		Ежегодное сокращение финансирования государственной программы «Развитие здравоохранения» и бюджета здравоохранения. Рост общей заболеваемости сельского населения на 1,8% за период 2013–2015 гг. на фоне сокращения этого показателя в городах (на 7,5% за тот же период). Недостаточно развитая социальная инфраструктура. Низкая заработная плата в системе здравоохранения. Огромные перегрузки
Планы. Прогнозы.	<i>Возможности (О)</i>	<i>Угрозы (Т)</i>
Возможные последствия	<p>Увеличение доли государственного финансирования медпомощи и увеличение бюджета здравоохранения.</p> <p>Увеличение финансирования первичного звена, непрерывное медицинское образование и повышение квалификации для специалистов и среднего медицинского персонала.</p> <p>Увеличение и модернизация материально-технической базы.</p> <p>Увеличение заработной платы.</p> <p>Устранение перегрузок.</p> <p>Разработка на региональном уровне комплексной программы по решению жилищных вопросов</p>	<p>Повышение общей заболеваемости сельского населения.</p> <p>Дальнейшее сокращение сельского населения (преобладание смертности над рождаемостью).</p> <p>Отток населения из села в город.</p> <p>Дальнейшее сокращение первичного звена.</p> <p>Укрупнение ФАП и увеличение радиуса обслуживания.</p> <p>Снижение качества и объема медицинской помощи.</p> <p>Дефицит высокотехнологичной медицинской помощи</p>

Источник: авторская разработка

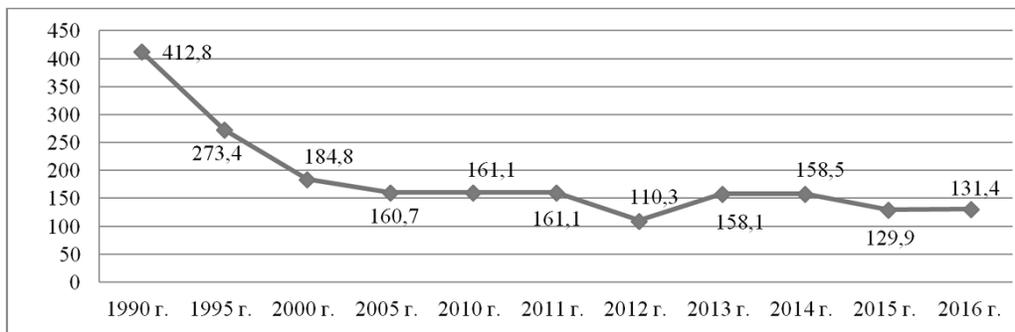
Source: Authoring

Рисунок 1

Число фельдшеров в Российской Федерации, тыс. чел.

Figure 1

Number of feldshers in the Russian Federation, thousand people



Источник: Российский статистический ежегодник. 2017. URL: http://www.gks.ru/bgd/regl/b17_13/Main.htm

Source: Russian Statistical Yearbook. 2017. URL: http://www.gks.ru/bgd/regl/b17_13/Main.htm

Список литературы

1. *Park R.E.* Human Communities. The City and Human Ecology. New York, The Free Press, 1952, 292 p.
2. *Wirth L.* Urbanism as a Way of Life. *American Journal of Sociology*, 1938, vol. 44, no. 1, pp. 1–24. URL: <https://doi.org/10.1086/217913>
3. *Федько В.П., Бондаренко В.А., Бондаренко Е.А.* Экономика мирохозяйственных связей и их инфраструктурное обеспечение. Ростов н/Д: Ростовский гос. экон. ун-т «РИНХ», 2004. 317 с.
4. *Бондаренко Л.В.* Проблемы развития сельских территорий // АПК: экономика, управление. 2009. № 12. С. 24–31.
5. *Добрунова А.И., Епифанцев Н.П.* Социальная инфраструктура села и качество жизни сельских жителей Белгородской области // Международные научные исследования. 2016. № 4. С. 49–51.
6. *Меренкова И.Н., Перцев В.Н.* Приоритеты социально ориентированного развития сельских территорий и поселений // Экономика сельскохозяйственных и перерабатывающих предприятий. 2016. № 4. С. 54–57.
7. *Закиевский В.Г., Меренкова И.Н., Перцев В.Н.* Теоретико-методологический подход к исследованию жизнеобеспечения сельского населения региона // Регион: системы, экономика, управление. 2017. № 1. С. 70–76.
URL: http://rseu.vrn.ranepa.ru/jfiles/2017_1_9.pdf
8. *Большакова Ю.А.* Факторы и показатели устойчивого развития социальной инфраструктуры сельских территорий // Вестник НГИЭИ. 2015. № 11. С. 15–21.
URL: <https://cyberleninka.ru/article/v/factory-i-pokazateli-ustoychivogo-razvitiya-sotsialnoy-infrastruktury-selskih-territoriy>
9. *Анимица П.Е., Новикова Н.В., Ходус В.В.* Типология как метод исследования социально-экономического развития регионов // Известия Уральского государственного экономического университета. 2009. № 1. С. 52–59.
URL: <https://cyberleninka.ru/article/v/tipologiya-kak-metod-issledovaniya-sotsialno-ekonomicheskogo-razvitiya-regionov>
10. *Максимов А.А., Бурьян М.С.* Опыт оценки социального потенциала муниципальных образований // Экономические и социальные перемены: факты, тенденции, прогноз. 2008. № 2. С. 96–106.
URL: <https://cyberleninka.ru/article/v/opyt-otsenki-sotsialnogo-potentsiala-munitsipalnyh-obrazovaniy>
11. *Мерзлов А.В., Леонова Н.В.* Разработка программы развития сельских территорий в Германии // АПК: экономика, управление. 2009. № 1. С. 87–90.
12. *Петриков А.В.* Устойчивое развитие сельских территорий: направления и проблемы. В кн.: Устойчивое развитие сельского хозяйства и сельских территорий. Зарубежный опыт и проблемы России. М.: Институт географии РАН; Министерство сельского хозяйства России, 2005. С. 228–243.

13. *Кильдеев Р.Х., Тусков А.А.* Роль программно-целевого метода в управленческом воздействии на развитие социальной инфраструктуры села // *Управление экономическими системами*. 2013. № 9. URL: <https://cyberleninka.ru/article/v/rol-programmno-tselevogo-metoda-v-upravlencheskom-vozdeystvii-na-razvitie-sotsialnoy-infrastruktury-sela>
14. *Фатхуллина Л.З.* Социальная инфраструктура села и основные пути ее совершенствования // *Вестник Казанского технологического университета*. 2011. № 12. С. 196–204. URL: <https://cyberleninka.ru/article/v/sotsialnaya-infrastruktura-sela-i-osnovnye-puti-ee-sovershenstvovani>
15. *Фатхуллина Л.З.* Проблемы и перспективы повышения качества жизни населения в сельской местности региона // *Регионология*. 2011. № 3. С. 223–231. URL: <https://cyberleninka.ru/article/v/problemy-i-perspektivy-povysheniya-kachestva-zhizni-naseleniya-v-selskoy-mestnosti-regiona>
16. *Юнусова П.С.* Роль социальной инфраструктуры как неотъемлемое условие мотивации работников села // *Региональные проблемы преобразования экономики*. 2016. № 1. С. 32–37. URL: <https://cyberleninka.ru/article/v/razvitie-sotsialnoy-infrastruktury-kak-neotemlemoe-uslovie-motivatsii-rabotnikov-sela>
17. *Улумбекова Г.Э.* Здоровоохранение России: итоги деятельности 2012–2016 гг. Неотложные меры в 2017–2018 гг. // *ОРГЗДРАВ: Новости. Мнения. Обучение. Вестник ВШОУЗ*. 2017. № 1. С. 8–22. URL: <https://cyberleninka.ru/article/v/zdravooxranenie-rossii-itogi-deyatelnosti-2012-2016-gg-neotlozhnye-mery-v-2017-2018-gg>
18. *Улумбекова Г.Э.* *Здоровоохранение России. Что надо делать*. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2015. 704 с.
19. *Гальянов И.В., Студенникова Н.С.* Сохранение трудового потенциала – стратегическая задача демографической политики Российской Федерации // *Национальные интересы: приоритеты и безопасность*. 2010. Т. 6. Вып. 24. С. 16–20. URL: <https://cyberleninka.ru/article/v/sohranenie-trudovogo-potentsiala-strategicheskaya-zadacha-demograficheskoy-politiki-rossiyskoy-federatsii>
20. *Студенникова Н.С.* По следам исчезнувших деревень // *Национальные интересы: приоритеты и безопасность*. 2016. Т. 12. Вып. 8. С. 184–196. URL: <https://cyberleninka.ru/article/v/po-sledam-ischeznuvshih-dereven>
21. *Свистунов А.А., Улумбекова Г.Э., Балкизов З.З.* Непрерывное медицинское образование для улучшения качества медицинской помощи // *Медицинское образование и профессиональное развитие*. 2014. № 1. С. 21–31. URL: <https://cyberleninka.ru/article/v/nepreryvnoe-meditsinskoe-obrazovanie-dlya-uluchsheniya-kachestva-meditsinskoj-pomoschi>
22. *Баянова Н.А., Борщук Е.Л., Аверьянов В.Н.* Организационные аспекты профессиональной деятельности врача терапевта-участкового при обслуживании населения на территории проживания // *Современные проблемы науки и образования*. 2016. № 2. URL: <https://science-education.ru/ru/article/view?id=24444>
23. *Богачев А.И., Полухина М.Г., Студенникова Н.С.* Обеспеченность услугами здравоохранения сельских жителей Центральной России // *Национальные интересы: приоритеты и безопасность*. 2016. Т. 12. Вып. 7. С. 166–177. URL: <https://cyberleninka.ru/article/v/obespechennost-uslugami-zdravooxraneniya-selskih-zhiteley-tsentralnoy-rossii>

24. Боев В.С., Ушакова Л.В. Деятельность фельдшерско-акушерских пунктов // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. 2012. № 3. С. 41–44.
URL: <https://cyberleninka.ru/article/v/deyatelnost-feldshersko-akusherskih-punktov>
25. Полухина М.Г., Студенникова Н.С. Опыт и проблемы привлечения молодых специалистов на сельские территории (на примере субъектов Центрального федерального округа) // Аграрный научный журнал. 2017. № 8. С. 90–95.
URL: <http://agrojr.ru/index.php/asj/article/view/175/165>

Информация о конфликте интересов

Я, автор данной статьи, со всей ответственностью заявляю о частичном и полном отсутствии фактического или потенциального конфликта интересов с какой бы то ни было третьей стороной, который может возникнуть вследствие публикации данной статьи. Настоящее заявление относится к проведению научной работы, сбору и обработке данных, написанию и подготовке статьи, принятию решения о публикации рукописи.

ARRANGEMENT OF AVAILABLE MEDICAL SERVICES IN RURAL AREAS AS A KEY ELEMENT OF SUSTAINABLE DEVELOPMENT

Marina G. POLUKHINA

All-Russia Research Institute of Legumes and Groat Crops,
Streletskii Residential Settlement, Orel Oblast, Russian Federation
redhvost@yandex.ru
<https://orcid.org/0000-0001-7949-4928>

Article history:

Received 14 January 2019
Received in revised form
22 January 2019
Accepted 28 January 2019
Available online
15 February 2019

JEL classification: I14, I15,
R23

Keywords: rural region,
rural health service,
financing, sustainable
development

Abstract

Subject The article considers the issues of satisfying the medical care needs of rural population.

Objectives The study aims to develop recommendations on arranging the conditions for availability of medical services in rural areas.

Methods The economic analysis draws on data of the Federal State Statistics Service and the Ministry of Health of the Russian Federation. I performed a comparative analysis of availability of public health facilities in urban and rural areas, monitored the indicators of rural health services in the Central Federal District by region, presented the results of strategic SWOT analysis.

Results The assessment of the health care condition demonstrated well-marked differences in the health care service delivery to urban and rural population. This results in social disparity. The investigation of the Central Federal District cases displayed points of concern that are typical of rural medicine of Russia.

Conclusions The study revealed the low supply of doctors and nursing personnel in rural regions, absence of equal access to medical care, a reduction in the number of feldsher-midwife stations, insufficient material and technical base, failure to observe social norms related to health care services delivery.

© Publishing house FINANCE and CREDIT, 2019

Please cite this article as: Polukhina M.G. Arrangement of Available Medical Services in Rural Areas as a Key Element of Sustainable Development. *Regional Economics: Theory and Practice*, 2019, vol. 17, iss. 2, pp. 308–330.
<https://doi.org/10.24891/re.17.2.308>

References

1. Park R.E. *Human Communities: The City and Human Ecology*. New York, The Free Press, 1952, 292 p.
2. Wirth L. *Urbanism as a Way of Life*. *American Journal of Sociology*, 1938, vol. 44, no. 1, pp. 1–24. URL: <https://doi.org/10.1086/217913>
3. Fed'ko V.P., Bondarenko V.A., Bondarenko E.A. *Ekonomika mirokhozyaistvennykh svyazei i ikh infrastruktturnoe obespechenie* [Economics of world economic relations and the infrastructure to support them]. Rostov-on-Don, Rostov State University of Economics Publ., 2004, 317 p.
4. Bondarenko L.V. [Problems of development in rural areas]. *APK: ekonomika, upravlenie = AIC: Economics, Management*, 2009, no. 12, pp. 24–31. (In Russ.)
5. Dobrunova A.I., Epifantsev N.P. [The social infrastructure and quality of villagers life in the Belgorod region]. *Mezhdunarodnye nauchnye issledovaniya = Journal of International Scientific Researches*, 2016, no. 4, pp. 49–51. (In Russ.)

6. Merenkova I.N., Pertsev V.N. [Priorities of socially oriented developing rural areas and settlements]. *Ekonomika sel'skokhozyaystvennykh i pererabatyvayushchikh predpriyatii* = *Economy of Agricultural and Processing Enterprises*, 2016, no. 4, pp. 54–57. (In Russ.)
7. Zakshevskii V.G., Merenkova I.N., Pertsev V.N. [Teoretiko-metodologicheskiiy approach to the research of life support rural population of the region]. *Region: sistemy, ekonomika, upravlenie* = *Region: Systems, Economics, Management*, 2017, no. 1, pp. 70–76.
URL: http://rseu.vrn.ranepa.ru/jfiles/2017_1_9.pdf (In Russ.)
8. Bol'shakova Yu.A. [Factors and indicators of sustainable development the social infrastructure of rural territories]. *Vestnik NGIEI* = *Herald NGIEI*, 2015, no. 11, pp. 15–21.
URL: <https://cyberleninka.ru/article/v/factory-i-pokazateli-ustoychivogo-razvitiya-sotsialnoy-infrastruktury-selskih-territoriy> (In Russ.)
9. Animitsa P.E., Novikova N.V., Khodus V.V. [Typology as a method to study the socio-economic development of regions]. *Izvestiya Ural'skogo gosudarstvennogo ekonomicheskogo universiteta* = *Journal of Ural State University of Economics*, 2009, no. 1, pp. 52–59.
URL: <https://cyberleninka.ru/article/v/tipologiya-kak-metod-issledovaniya-sotsialno-ekonomicheskogo-razvitiya-regionov> (In Russ.)
10. Maksimov A.A., Bur'yan M.S. [Estimation experience of the municipal institutions' social potential]. *Ekonomicheskie i sotsial'nye peremeny: fakty, tendentsii, prognoz* = *Economic and Social Changes: Facts, Trends, Forecast*, 2008, no. 2, pp. 96–106.
URL: <https://cyberleninka.ru/article/v/opyt-otsenki-sotsialnogo-potentsiala-munitsipalnyh-obrazovaniy> (In Russ.)
11. Merzlov A.V., Leonova N.V. [Elaborating a program for rural areas development in Germany]. *APK: ekonomika, upravlenie* = *AIC: Economics, Management*, 2009, no. 1, pp. 87–90. (In Russ.)
12. Petrikov A.V. *Ustoichivoe razvitie sel'skikh territorii: napravleniya i problemy. V kn.: Ustoichivoe razvitie sel'skogo khozyaistva i sel'skikh territorii. Zarubezhnyi opyt i problemy Rossii* [Sustainable development of rural areas: Directions and problems. In: Sustainable development of agriculture and rural areas. Foreign experience and problems of Russia]. Moscow, Institute of Geography of RAS, Ministry of Agriculture of the Russian Federation Publ., 2005, pp. 228–243.
13. Kil'deev R.H., Tuskov A.A. [Role of a program and target method in administrative impact on development of social infrastructure of the village]. *Upravlenie ekonomicheskimi sistemami*, 2013, no. 9. (In Russ.) URL: <https://cyberleninka.ru/article/v/rol-programmno-tselevogo-metoda-v-upravlencheskom-vozdeystvii-na-razvitie-sotsialnoy-infrastruktury-sela>
14. Fatkhullina L.Z. [Social infrastructure of the village and the main ways to improve it]. *Vestnik Kazanskogo tekhnologicheskogo universiteta* = *Herald of Kazan Technological University*, 2011, no. 12, pp. 196–204. URL: <https://cyberleninka.ru/article/v/sotsialnaya-infrastruktura-sela-i-osnovnye-puti-ee-sovershenstvovani> (In Russ.)
15. Fatkhullina L.Z. [Problems and Perspectives for Population Life Quality Increase in Regional Rural Area]. *Regionologiya* = *Regionology*, 2011, no. 3, pp. 223–231.
URL: <https://cyberleninka.ru/article/v/problemy-i-perspektivy-povysheniya-kachestva-zhizni-naseleniya-v-selskoy-mestnosti-regiona> (In Russ.)

16. Yunusova P.S. [Development of social infrastructure as a given condition for motivation of agricultural workers]. *Regional'nye problemy preobrazovaniya ekonomiki = Regional Problems of Transforming the Economy*, 2016, no. 1, pp. 32–37.
URL: <https://cyberleninka.ru/article/v/razvitie-sotsialnoy-infrastruktury-kak-neotemlemoe-uslovie-motivatsii-rabotnikov-sela> (In Russ.)
17. Ulumbekova G.E. [Healthcare system of Russian Federation: The results of activities in the years 2012–2016. Urgent measures for 2017–2018]. *ORGZDRAV: Novosti. Mneniya. Obuchenie. Vestnik VShOUZ = Healthcare Management: News. Views. Education. Bulletin of VSHOUZ*, 2017, no. 1, pp. 8–22. URL: <https://cyberleninka.ru/article/v/zdravookhranenie-rossii-itogi-deyatelnosti-2012-2016-gg-neotlozhnye-mery-v-2017-2018-gg> (In Russ.)
18. Ulumbekova G.E. *Zdravookhranenie Rossii. Chto nado delat'* [Healthcare in Russia. What should be done]. Moscow, GEOTAR-Media Publ., 2015, 704 p.
19. Gal'yanov I.V., Studennikova N.S. [Preservation of labor potential – a strategic problem of a demographic policy of the Russian Federation]. *Natsional'nye interesy: priority i bezopasnost' = National Interests: Priorities and Security*, 2010, vol. 6, iss. 24, pp. 16–20.
URL: <https://cyberleninka.ru/article/v/sohranenie-trudovogo-potentsiala-strategicheskaya-zadacha-demograficheskoy-politiki-rossiyskoy-federatsii> (In Russ.)
20. Studennikova N.S. [In the footsteps of extinct villages]. *Natsional'nye interesy: priority i bezopasnost' = National Interests: Priorities and Security*, 2016, vol. 12, iss. 8, pp. 184–196.
URL: <https://cyberleninka.ru/article/v/po-sledam-ischeznuvshih-dereven> (In Russ.)
21. Svistunov A.A., Ulumbekova G.E., Balkizov Z.Z. [Continuous medical education for improvement in quality of care]. *Meditinskoe obrazovanie i professional'noe razvitie = Medical Education and Professional Development*, 2014, no. 1, pp. 21–31.
URL: <https://cyberleninka.ru/article/v/nepriyemnoe-meditsinskoe-obrazovanie-dlya-uluchsheniya-kachestva-meditsinskoy-pomoschi> (In Russ.)
22. Bayanova N.A., Borschuk E.L., Averyanov V.N. [Organizational aspects of professional activity of district primary care physicians servicing in the territory of residence]. *Sovremennye problemy nauki i obrazovaniya*, 2016, no. 2. (In Russ.)
URL: <https://science-education.ru/ru/article/view?id=24444>
23. Bogachev A.I., Polukhina M.G., Studennikova N.S. [Provision of rural residents of Central Russia with health services]. *Natsional'nye interesy: priority i bezopasnost' = National Interests: Priorities and Security*, 2016, vol. 12, iss. 7, pp. 166–177.
URL: <https://cyberleninka.ru/article/v/obespechennost-uslugami-zdravookhraneniya-selskih-zhiteley-tsentralnoy-rossii>
24. Boev V.S., Ushakova L.V. [The functioning of feldsher-midwife stations]. *Problemy sotsial'noi gigieny, zdravookhraneniya i istorii meditsiny = Problems of Social Hygiene, Public Health and History of Medicine*, 2012, no. 3, pp. 41–44.
URL: <https://cyberleninka.ru/article/v/deyatelnost-feldshersko-akusherskih-punktov> (In Russ.)
25. Polukhina M.G., Studennikova N.S. [Experience and problems of encourages young people to stay in rural territories (on the example of the Central Federal District)]. *Agrarnyi nauchnyi zhurnal = The Agrarian Scientific Journal*, 2017, no. 8, pp. 90–95.
URL: <http://agrojr.ru/index.php/asj/article/view/175/165> (In Russ.)

Conflict-of-interest notification

I, the author of this article, bindingly and explicitly declare of the partial and total lack of actual or potential conflict of interest with any other third party whatsoever, which may arise as a result of the publication of this article. This statement relates to the study, data collection and interpretation, writing and preparation of the article, and the decision to submit the manuscript for publication.