

В.М. Шипова

ОРГАНИЗАЦИЯ И ТЕХНОЛОГИЯ НОРМИРОВАНИЯ ТРУДА В ЗДРАВООХРАНЕНИИ

.....

Под редакцией академика РАН Р.У. Хабриева



Москва
ИЗДАТЕЛЬСКАЯ ГРУППА
«ГЭОТАР-Медиа»
2018

ПЛАНОВО-НОРМАТИВНЫЕ ПОКАЗАТЕЛИ ОБЩЕГО ОБЪЕМА МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ

Планирование медицинской помощи является основой финансирования, расчета численности медицинских работников и кадровой политики, развития сети медицинских организаций. Особую актуальность эти вопросы приобретают в период кризисных явлений в экономике. Жизнеспособность того или иного плана определяется возможностью его внедрения в практику здравоохранения, сокращением разрыва между потребностями населения в медицинской помощи и финансовыми возможностями государства по обеспечению этих потребностей. По сравнению с предыдущей публикацией на эту тему [57] в данный раздел включены показатели на 2017 г. и плановый период 2018 и 2019 гг. а также на 2018 г. и плановый период 2019 и 2020 гг. (по проекту соответствующего постановления Правительства РФ, опубликованному в период подготовки данной книги).

Планирование медицинской помощи проводится поэтапно и базируется на изучении заболеваемости населения, определении потребности в том или ином виде с учетом современного состояния и перспективного развития технологий лечебно-диагностического процесса. Плановые показатели деятельности медицинской организации формируются по схеме, представленной на рис. 2.1.

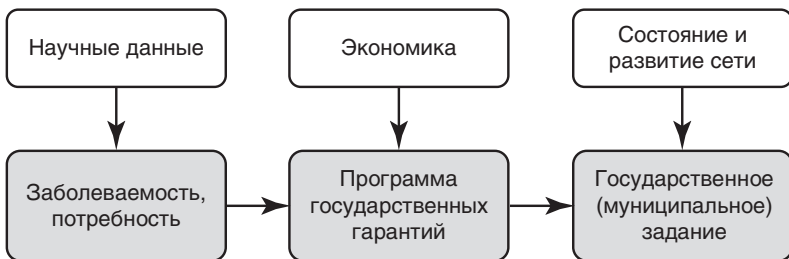


Рис. 2.1. Этапы определения показателей деятельности медицинской организации

Статистические данные по заболеваемости населения отражают лишь фактическую обращаемость за медицинской помощью и свидетельствуют в определенной мере о степени развития того или иного вида медицинской помощи и его доступности для населения. В целях планирования эти данные дополняются специально проводимыми научными исследованиями.

В период советского здравоохранения работы по изучению заболеваемости основывались на выборочных исследованиях по проведению комплексных осмотров населения, выявлению заболеваний, в том числе и тех, по которым не было обращаемости за медицинской помощью [58–61]. Затем экспертным путем на основе современных на тот или иной период времени технологий лечебно-диагностического процесса определялись возможности здравоохранения по оказанию медицинской помощи и устанавливались планово-нормативные показатели в числе коек и посещений. На основании этих данных рассчитывалось число врачебных должностей: для амбулаторно-поликлинической помощи — от числа посещений через плановую функцию врачебной должности, а для больничной помощи — от планируемого числа коек через оборот койки и штатные нормативы. Планово-нормативные показатели издавались Минздравом СССР в виде Методических указаний [62]. Такая система планирования обеспечивала определенную дифференциацию показателей по союзным республикам, а в РСФСР — еще и по 10 экономико-географическим районам.

С конца 1990-х гг. в качестве механизма государственного регулирования конституционных прав граждан на медицинскую помощь за счет государства была разработана Программа государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи (в дальнейшем — Программа). Первоначально [63] предполагалось утверждение только базовой программы обязательного медицинского страхования (ОМС), однако последующими решениями [64] базовая программа ОМС стала составной частью общей программы обеспечения населения бесплатной медицинской помощью. Перспективное планирование объема медицинской помощи, принятое в советский период, было заменено в 1998 г. на текущее ежегодное планирование, а с 2013 г. осуществлен переход на трехлетний плановый период времени. Однако утверждались такие программы по-прежнему ежегодно, и в документы постоянно вносились изменения, как в наименования показателей по измерению объема помощи, так и в их величину. В связи с экономической ситуацией в стране плановый период Программы на 2016 г. был ограничен лишь одним годом, а с 2017 г. снова установлен 3-летний период планирования.

Программа государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи устанавливает:

- перечень видов, форм и условий медицинской помощи, оказание которой осуществляется бесплатно;
- перечень заболеваний и состояний, оказание медицинской помощи при которых осуществляется бесплатно;
- категории граждан, оказание медицинской помощи которым осуществляется бесплатно;
- средние нормативы объема медицинской помощи;
- средние нормативы финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи, средние подушевые нормативы финансирования;
- порядок и структуру формирования тарифов на медицинскую помощь и способы ее оплаты, а также требования к территориальным программам государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи в части определения порядка и условий предоставления медицинской помощи, критериев доступности и качества медицинской помощи.

Способы оплаты медицинской помощи с 2012 г. стали публиковаться в виде специальных писем Минздрава России совместно с Федеральным фондом ОМС.

Программа, как указывается в документах последних лет, формируется с учетом порядков оказания медицинской помощи и на основе стандартов медицинской помощи, а также с учетом особенностей половозрастного состава населения, уровня и структуры заболеваемости населения Российской Федерации, основанных на данных медицинской статистики.

Дифференциация показателей по профилям коек по больничной помощи (с 2014 г. — по профилям медицинской помощи) и врачебным специальностям по амбулаторно-поликлинической помощи (до 2012 г.) и по дневным стационарам (с 2008 по 2015 г.), а также по возрастному составу (взрослые, дети) населения (кроме скорой медицинской помощи) представлена в территориальных программах. На основании этих документов и удельного веса взрослых и детей в структуре населения региона с учетом заболеваемости, состояния и развития сети медицинских организаций и других факторов в каждой территории разрабатываются планово-нормативные показатели, распределяемые по медицинским организациям в виде государственных (муниципальных) заказов. Анализ территориальных программ по объемным показателям по врачебным специальностям, профилям

отделений и профилям медицинской помощи представлен в соответствующих разделах публикации.

Определенные изменения в формировании гарантированного государством объема медицинской помощи произошли в 2008 г. в связи с Федеральным законом от 29 декабря 2007 г. № 258 «О внесении изменений в отдельные законодательные акты Российской Федерации в связи с совершенствованием разграничения полномочий». В этот период времени были конкретизированы виды медицинской помощи: первичная медико-санитарная, неотложная, скорая, в том числе специализированная (санитарно-авиационная) и высокотехнологичная медицинская помощь.

В последние годы в территориальные программы стали включаться и другие данные, такие как методика планирования ресурсов для оказания медицинской помощи в стационарных условиях, методика оценки эффективности использования ресурсов медицинских организаций на основе выполнения функции врачебной должности, показателей использования коечного фонда. Эти крайне важные для медицинских организаций документы требуют специального рассмотрения, и публикация в территориальных программах отрывочных и часто ошибочных сведений, в частности, по планированию численности медицинских работников, является, на наш взгляд, нецелесообразной.

Таким образом, планирование медицинской помощи в современных условиях основывается на нормативно-правовых документах, утверждаемых на федеральном уровне управления здравоохранением, применении единого для всех служб и для всех регионов алгоритма расчета планово-нормативных показателей деятельности медицинских организаций территорий.

Анализ динамики изменений этих документов и сопоставление их с реалиями развития здравоохранения позволят обосновать предложения по совершенствованию планирования объемов медицинской помощи.

В последние годы в целях совершенствования оказания медицинской помощи, нахождения оптимальных пропорций между объемом и качеством лечебно-диагностических мероприятий постоянно происходят поиски единиц измерения медицинской помощи (табл. 2.1).

Как видно из приведенных в таблице данных, происходит постепенное укрупнение показателей: от посещений амбулаторно-поликлинических организаций до обращения по поводу заболевания, от койко-дня до случая госпитализации (законченного случая лечения), от дня лечения в дневных стационарах до случая лечения. Наряду с изменениями единиц объема медицинской помощи происходят изменения и в величинах показателей.

Таблица 2.1

Динамика единиц измерения объема медицинской помощи

Плановый период	Наименования единиц измерения				скорая медицинская помощь
	поликлиника	стационар (круглосуточный)	дневной стационар	–	
До 1999 г.	Посещение	Койка	–	–	–
На 1999 г. и последующие годы (до 2005 г. включительно)	Посещение	Койко-день	День лечения	Вызов	Вызов
На 2006 г. и последующие годы (до 2012 г. включительно)	Посещение	Койко-день	Пациенто-день	Вызов	Вызов
На 2013 г. и плановый период 2014 и 2015 гг.	Обращение по поводу заболевания, посещение с профилактической целью, по неотложной помощи	Койко-день	Пациенто-день	Вызов	Вызов
На 2014 г. и плановый период 2015 и 2016 гг.	Обращение по поводу заболевания, посещение с профилактической и иными целями, по неотложной помощи	Случай госпитализации (законченный случай лечения)	Пациенто-день	Вызов	Вызов
На 2015 г. и плановый период 2016 и 2017 гг. На 2016 г. На 2017 г. и плановый период 2018 и 2019 гг. На 2018 г. и плановый период 2019 и 2020 гг.	Обращение по поводу заболевания, посещение с профилактическими и иными целями, по неотложной помощи	Случай госпитализации (законченный случай лечения)	Случай лечения	Вызов	Вызов

По амбулаторно-поликлинической помощи традиционным показателем объема деятельности было посещение. Этот плановый показатель дифференцировался по основным специальностям врачей амбулаторного приема, возрастному составу населения (взрослые, дети), а в советский период времени — и по экономико-географическим районам страны с учетом места жительства (город, село). Общий объем посещений, установленный в первоначальной программе, составлял 9198 посещений на 1000 жителей и сохранился таким до 2009 г. Планируемый показатель на 2010 г. составлял 9,5 посещений на 1 жителя, на 2011 г. — 9,7 и на 2012 г. — 9,7.

С 2013 г. этот показатель был изменен на обращение по поводу заболевания, а посещение осталось лишь в виде измерителя объема профилактической работы и неотложной медицинской помощи. Такие нововведения в практику здравоохранения проводятся не впервые, в период внедрения нового хозяйственного механизма была попытка перехода на новый статистический показатель: случай поликлинического обслуживания на базе использования «талона амбулаторного пациента»: ф. № 25-10/у-97 (приказ Минздрава РФ от 14.02.97 № 46). Положительным моментом перехода на случай поликлинического обслуживания в указанный период времени и на обращение в связи с заболеванием в настоящее время следует считать возможное уменьшение числа посещений, не являющихся объективно необходимыми в связи с характером течения заболевания. Особую актуальность эти вопросы приобретают на тех территориях, где объем финансирования амбулаторно-поликлинической помощи напрямую связан с числом посещений.

Произошли изменения и в определении объема профилактической помощи. Согласно новым нормативно-правовым документам, в профилактические мероприятия включаются посещения среднего медицинского персонала, ведущего самостоятельный прием, посещения в связи с диспансеризацией и диспансерным наблюдением, а также посещения с иными целями и по оказанию паллиативной медицинской помощи. Указанные нововведения не соответствовали действующей в тот период времени статистике здравоохранения и нормативам по труду. В дальнейшем в статистику были внесены соответствующие изменения. Нормативы по труду, разрабатываемые на профилактический осмотр и применяемые в практике здравоохранения в случае, если эта работа выполняется в специально выделенные дни или часы, учитывают лишь ту деятельность, которая была определена приказом Минздрава РФ от 22.11.2004 № 255, в частности, в эту работу не вхо-

дили посещения, связанные с диспансеризацией. Постановлением Правительства РФ от 19 декабря 2015 г. № 1382 «О программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2016 г.» уточнен перечень медицинской помощи в амбулаторных условиях, оказываемой с профилактическими и иными целями (включая посещения центров здоровья, посещения в связи с диспансеризацией, посещения среднего медицинского персонала). В эту группу включены также разовые посещения в связи с заболеваниями, в том числе при заболеваниях полости рта, слюнных желез и челюстей, за исключением зубного протезирования. Включение в указанную группу разовых посещений по поводу заболеваний может значительно исказить статистику здравоохранения, так как это формально приведет к значительному увеличению объема профилактической деятельности. Величины планово-нормативных показателей объема медицинской помощи в амбулаторных условиях в рамках базовой программы ОМС за последние годы представлены в табл. 2.2.

Таблица 2.2

**Планово-нормативные показатели объема медицинской помощи
в амбулаторных условиях по программам разных лет**

Виды помощи	Программы	2013 г.	2014 г.	2015 г.	2016 г.	2017 г.	2018 г.	2019 г.	2020 г.
		1	2,44	2,64	2,7				
Медицинская помощь в амбулаторных условиях, оказываемая с профилактической целью (число посещений на 1 жителя); с 2016 г. — число посещений на 1 жителя за счет бюджетных ассигнований соответствующих бюджетов	2		2,77	2,95	2,98				
	3			2,9	2,95	2,98			
	4				0,6				
	5					0,7	0,7	0,7	
	6						0,7	0,7	0,7
	1	2,04	2,24	2,3					
Медицинская помощь в амбулаторных условиях, оказываемая с профилактической целью (число посещений на 1 застрахованное лицо)	2		2,27	2,35	2,35				
	3			2,3	2,35	2,38			
	4				2,35				
	5					2,35	2,35	2,35	
	6						2,35	2,35	2,35

Окончание табл. 2.2

Виды помощи	Программы	2013 г.	2014 г.	2015 г.	2016 г.	2017 г.	2018 г.	2019 г.	2020 г.
		1	2,1	2,15	2,7				
Медицинская помощь в амбулаторных условиях, оказываемая в связи с заболеванием (число обращений на 1 жителя), с 2016 г. — число обращений на 1 жителя за счет бюджетных ассигнований соответствующих бюджетов	2		2,12	2,15	2,18				
	3			2,15	2,18	2,18			
	4				0,2				
	5					0,2	0,2	0,2	
	6						0,2	0,2	0,2
	1	1,9	1,95	2,3					
Медицинская помощь в амбулаторных условиях, оказываемая в связи с заболеванием (число обращений на 1 застрахованное лицо)	2		1,92	1,95	1,98				
	3			1,95	1,98	1,98			
	4				1,98				
	5					1,98	1,98	1,98	
	6						1,98	1,98	1,98
	1	0,36	0,46	0,6					
Медицинская помощь в амбулаторных условиях, оказываемая в неотложной форме (число посещений на 1 застрахованное лицо)	2		0,46	0,6	0,6				
	3			0,5	0,56	0,6			
	4				0,56				
	5					0,56	0,56	0,56	
	6						0,56	0,56	0,56

1 — постановление Правительства РФ от 22.10.2012 № 1074 «О программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2013 г. и на плановый период 2014 и 2015 гг.»

2 — постановление Правительства РФ 18.10.2013 № 932 «О программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2014 г. и на плановый период 2015 и 2016 гг.»

3 — постановление Правительства РФ от 28.11.2014 № 1273 «О программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2015 г. и на плановый период 2016 и 2017 гг.»

4 — постановление Правительства РФ от 19.12.2015 № 1382 «О программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2016 г.»

5 — постановление Правительства РФ от 19.12.2016 № 1403 «О Программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2017 г. и на плановый период 2018 и 2019 гг.»

6 — постановление Правительства РФ «О Программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2018 г. и на плановый период 2019 и 2020 гг.» (проект на период написания данной публикации).

Выбор периодов для сравнения обусловлен тем, что с 2013 г. произошел переход на обращение по поводу заболевания и разделение планово-нормативных показателей на 1 жителя и на 1 застрахованное лицо. Как видно из приведенных в таблице данных, имеются определенные противоречия в величинах показателей по программам разных лет. Так, Программой на 2013 г. и плановый период 2014 и 2015 гг. планировалось, что число посещений с профилактической целью в 2015 г. должно составлять 2,7 в расчете на 1 жителя, а в следующей (по дате утверждения) Программе эта цифра на 2015 г. увеличена до 2,95 посещений. В целом в программах планируются более высокие цифры на последний из 3-летнего периода год по сравнению с теми показателями, которые указываются в дальнейших документах.

По большей помощи основным планово-нормативным и финансовым показателем до 1999 г. было число коек, что приводило с целью увеличения финансирования к наращиванию коечного фонда независимо от его использования. Переход на новый в тот период плановый показатель — число койко-дней — позволил исключить финансирование нефункционирующих коек. С 2014 г. введен новый планово-нормативный показатель: случай госпитализации (законченный случай лечения). При этом были сохранены и другие планово-нормативные показатели деятельности больничных организаций: средняя длительность пребывания больного в стационаре, плановое число койко-дней. Такая позиция авторов Программы представляется вполне обоснованной, так как случай госпитализации — лишь одно звено в общей цепи планирования больничной помощи. Попытки внедрить плановый показатель — законченный случай лечения — предпринимались и в 1990-е гг., в период внедрения в здравоохранение элементов нового хозяйственного механизма на экспериментальных территориях. Одной из причин незавершенности этого эксперимента был переход на обязательное медицинское страхование.

В табл. 2.3 приведена динамика изменения основных планово-нормативных показателей по больничной помощи с включением наряду с уровнем госпитализации также средней длительности и числа койко-дней.

Таблица 2.3

Планово-нормативные данные по объему больничной медицинской помощи

Плановый период	Рекомендуемый уровень госпитализации (число госпитализаций на 1000 жителей в год)	Средняя длительность пребывания одного больного в стационаре (дней)	Рекомендуемое число койко-дней (круглосуточного пребывания) на 1000 жителей
1999 г.	203,9	14,2	2901,5
2002 г.	196,0	14,3	2812,5
2006 г.	196,0	14,3	2812,5
2007 г.	196,0	14,3	2812,5
2008 г.	196,0	14,3	2812,5
2012 г.	196,0	14,2	2780
2013 г. и плановый период 2014 и 2015 гг.	186,3	13,7	2558,0
2014 г. и плановый период 2015 и 2016 гг.	197,0 0,176 (на 1 застрахованное лицо), 0,021 (на 1 жителя)	12,6	2481,6
2015 г. и плановый период 2016 и 2017 гг.	193,0 0,172 (на 1 застрахованное лицо), 0,021 (на 1 жителя)	11,9	2297,4
2016 г.	0,17214 (на 1 застрахованное лицо), 0,021 (на 1 жителя)		2309,5
2017 г. и плановый период 2018 и 2019 гг.	0,17233 (на 1 застрахованное лицо), 0,018 (на 1 жителя за счет бюджетных ассигнований соответствующих бюджетов), 0,006 (на 1 жителя) для высокотехнологичной медицинской помощи		0,039 (на 1 застрахованное лицо по медицинской реабилитации), 0,092 (на 1 жителя за счет бюджетных ассигнований соответствующих бюджетов) для паллиативной медицинской помощи

Окончание табл. 2.3

Плановый период	Рекомендуемый уровень госпитализации (число госпитализаций на 1000 жителей в год)	Средняя длительность пребывания одного больного в стационаре (дней)	Рекомендуемое число койко-дней (круглосуточного пребывания) на 1000 жителей
2018 г. и плановый период 2019 и 2020 гг. (по проекту программы)	0,17235 (на 1 застрахованное лицо), 0,018 (на 1 жителя за счет бюджетных ассигнований соответствующих бюджетов), 0,006 (на 1 жителя) для высокотехнологичной медицинской помощи		0,039 (на 1 застрахованное лицо по медицинской реабилитации), 0,092 (на 1 жителя за счет бюджетных ассигнований соответствующих бюджетов) для паллиативной медицинской помощи

Основной тенденцией в динамике величин планово-нормативных данных по больничной помощи является сокращение рекомендуемого числа койко-дней, это происходит как за счет уменьшения уровня госпитализации, так и за счет сокращения средней длительности пребывания больного в стационаре. В документах последних лет представлена дифференциация рекомендуемого уровня госпитализации по источникам финансирования, т.е. разделение показателя на застрахованное лицо и на жителя. Другой тенденцией является выделение числа койко-дней, а с 2014 г. — случаев госпитализации по медицинской реабилитации (на застрахованное лицо) и числа койко-дней для паллиативной медицинской помощи (на жителя за счет бюджетных ассигнований соответствующих бюджетов).

По дневным стационарам впервые планово-нормативный показатель в виде дней лечения был указан в Программе на 1999 г. Затем этот показатель был изменен на пациенто-день, а в Программе на 2015 г. и плановый период 2016 и 2017 гг. был указан новый показатель: число случаев лечения в условиях дневных стационаров. Однако в территориальной программе на соответствующий период времени по-прежнему фигурировало число пациенто-дней. В Программе на 2016 г. и в последующих программах в качестве планово-нормативного показателя по дневным стационарам установлен случай лечения.

Динамика изменения величины планово-нормативного показателя по дневным стационарам весьма неоднозначна и характеризуется

то увеличением, то уменьшением. В первоначальной программе планировалось 749 дней лечения на 1000 жителей, в том числе по базовой программе обязательного медицинского страхования — 619, по социально значимым видам — 130 дней. К 2005 г. этот показатель снизился до 577 дней лечения в расчете на 1000 человек, в том числе по базовой программе обязательного медицинского страхования — до 479 дней лечения. Такой показатель планировался и в последующих программах вплоть до 2009 г., а в планах на 2010 г. произошло незначительное увеличение до 0,59 пациенто-дня, в том числе в рамках базовой программы обязательного медицинского страхования — 0,49 пациенто-дня в расчете на 1 человека в год. Такие показатели были представлены и в программах на 2011 г., и на 2012 г. В Программе на 2013 г. и на плановый период 2014 и 2015 гг. произошло довольно значимое увеличение планово-нормативного показателя до 0,63 пациенто-дня на 2013 г., 0,665 — на 2014 г. и 0,71 — на 2015 г. на 1 жителя. В последующей программе планировался еще больший рост данных: до 0,735 пациенто-дней на 2016 г. Однако в программе на 2015 г. и плановый период 2016 и 2017 гг. это число составило 0,675 пациенто-дней на 2015 г., столько же на 2016 г. Программой на 2016 г. был осуществлен переход на новый показатель: случай лечения, и для медицинской помощи в условиях дневных стационаров в рамках базовой программы обязательного медицинского страхования планировалось 0,06 случая лечения на 1 застрахованное лицо, а за счет бюджетных ассигнований соответствующих бюджетов — 0,004 случая лечения на 1 жителя. Эти же цифры указаны и в Программе на 2017 г. и плановый период 2018 и 2019 гг. В проекте Программы на 2018 г. повторяются эти же цифры: 0,06 случая лечения на 1 застрахованное лицо и 0,004 случая лечения на 1 жителя.

По скорой медицинской помощи планово-нормативный показатель в виде вызовов скорой медицинской помощи, впервые установленный в 1999 г., не менялся в последующий период времени. Величина этого показателя: 0,318 на одного жителя в год также не менялась до Программы на 2016 г. В этом документе в разделе VI «Средние нормативы объема медицинской помощи» указано, что средние нормативы на 2016 г. для скорой медицинской помощи вне медицинской организации, включая медицинскую эвакуацию, в рамках базовой программы обязательного медицинского страхования составляют **0,3 вызова на 1 застрахованное лицо**; а в территориальной программе на этот же период времени в пункте 19 было указано следующее: «Объем скорой медицинской помощи, оказываемой станциями (подстанциями) скорой медицинской помощи, структурными подразделениями медицинских

организаций, которые участвуют в реализации территориальной программы обязательного медицинского страхования, вне медицинской организации, включая медицинскую эвакуацию (за исключением санитарно-авиационной эвакуации, осуществляемой воздушными судами), по базовой программе обязательного медицинского страхования определяется, исходя из среднего норматива объема скорой медицинской помощи, установленного Программой (0,318 вызова на 1 застрахованное лицо), и численности застрахованных лиц». Таким образом, в документах, утвержденных почти одновременно (Программа утверждена 19.12.2015, а территориальная программа — 21.12.2015), приводятся разные величины планово-нормативного показателя по скорой медицинской помощи. В действующих в настоящее время аналогичных документах на 2017 г. и плановый период 2018 и 2019 гг. указывается одинаковый показатель: 0,3 вызова на 1 застрахованное лицо. Этот показатель планируется и в проекте постановления Правительства РФ на 2018 г. и плановый период 2019 и 2020 гг.

Динамика фактических данных по числу станций (отделений скорой медицинской помощи) характеризуется их увеличением с 3172 в 2000 г. до 3276 в 2005 г., а затем — постепенным уменьшением их числа до 2657 в 2014 г. Численность лиц, которым была оказана скорая медицинская помощь амбулаторно и при выездах, имеет такую же динамику: увеличение показателя с 359 на 1000 населения в 2000 г. до 361 в 2005 г., а затем постепенное сокращение до 329 в 2014 г.