УДК 614.2(571.6)

Левинталь Александр Борисович – д-р экон. наук, заместитель полномочного представителя Президента Российской Федерации в Дальневосточном федеральном округе (г. Хабаровск).
E-mail: levintal@dfo.gov.ru

Руссу Елена Юрьевна – специалист-эксперт аппарата полномочного представителя Президента Российской Федерации в Дальневосточном федеральном округе (г. Хабаровск). *E-mail: social@dfo.gov.ru*

Aleksandr Borisovich Levintal' – Dr. of Economy, deputy of the envoy plenipotentiary of the Russian Federation President in the Far-Eastern federal district (Khabarovsk). *E-mail: levintal@dfo.gov.ru*

Elena Yur'evna Russu –specialist-expert of the apparatus of the envoy plenipotentiary of the President of the Russian Federation in the Far-Eastern federal district (Khabarovsk). *E-mail: social@dfo.gov.ru*

А.Б. Левинталь
Е.Ю. Руссу

A.B. Levintal’
E.Yu. Russu

О состоянии и перспективах развития здравоохранения в субъектах Российской Федерации: дальневосточное измерение

В статье рассмотрены состояние дел в здравоохранении и перспективы его развития в Дальневосточных субъектах Российской Федерации. Проведен анализ реализации региональных программ модернизации здравоохранения. Особое внимание уделено решению кадровой проблемы. Определены основные направления развития здравоохранения в регионах Дальнего Востока РФ в рамках задач, обозначенных в Указах Президента Российской Федерации от 7 мая 2012 г.

About a condition and prospects of development of the health care in the subjects of the Russian Federation which are a part of the Far-Eastern federal district, within the tasks determined by Decrees of the President of the Russian Federation from the May 7, 2012.

The article considers the state of the health and prospects of its development in the Far Eastern regions of the Russian Federation. Realization of regional healthcare modernization programs has been analyzed. Special attention is paid to the solution of staffing problem. The main directions of development of public health in the Far East as part of the tasks outlined in the Presidential Decree of 7 May 2012, have been identified in the article.

Ключевые слова: *здравоохранение в субъектах Федерации Дальнего Востока; модернизация; кадровое обеспечение; продолжительность жизни.*

Keywords: *health care in the regions of the Far East; modernization; staffing; duration of life.*

Указами Президента Российской Федерации от 7 мая 2012 г. №№ 597, 598, 601,606 определены основные направления и параметры улучшения качества жизни российских граждан, обеспечить которые невозможно без совершенствования системы здравоохранения, в их числе обеспечение: увеличения ожидаемой продолжительности жизни (до 74 лет); суммарного коэффициента рождаемости в Российской Федерации к 2018 г. (до 1,753 рождений).



Рис. 1. Целевые ориентиры Указов Президента Российской Федерации от 07.05.2012 №598, №606

На рис. 1 представлены целевые ориентиры Указов №589 «О совершенствовании государственной политики в сфере здравоохранения» и №606 «О мерах по реализации демографической политики Российской Федерации». Для сравнения показатели даны по Дальневосточному федеральному округу (далее – ДФО), по России в целом и по странам организации экономического сотрудничества и развития.

Продолжительность жизни – интегральный показатель, характеризующий ее качество. Зависит он от множества факторов, в том числе и от уровня развития здравоохранения.

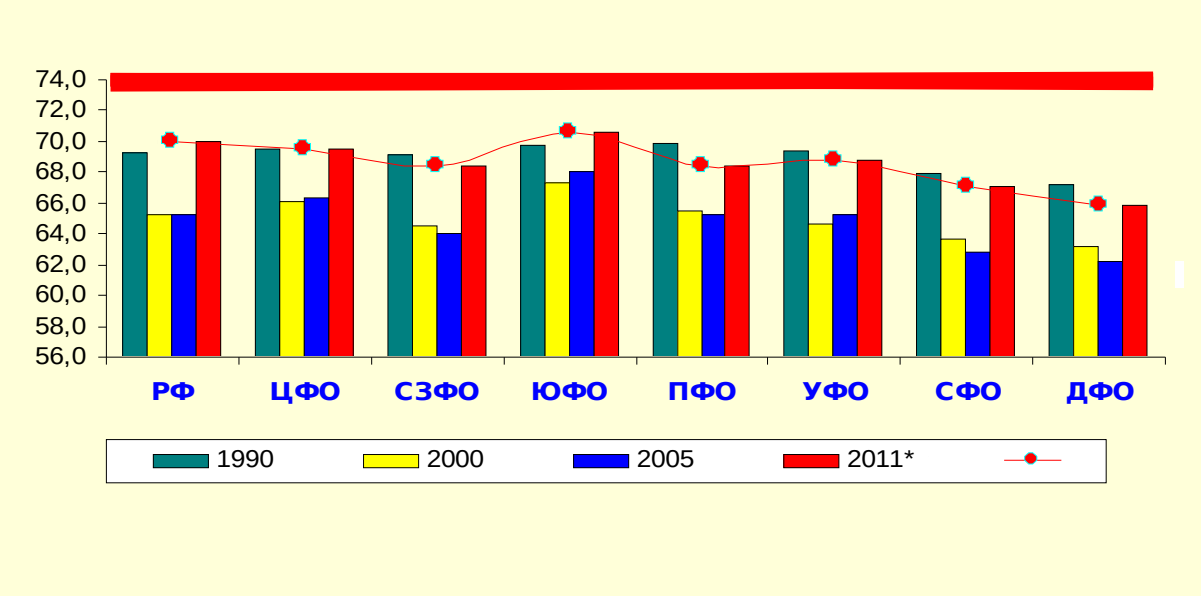


Рис. 2. Ожидаемая продолжительность жизни при рождении

На рис. 2 показана динамика продолжительности жизни при рождении по федеральным округам и по России в целом. Наиболее обострена эта проблема в Дальневосточном округе, потерявшем 22% своего населения за последние два десятилетия (РФ – 3,5%), где продолжительность жизни самая низкая, по сравнению со всеми федеральными округами. Именно поэтому одними из главных целей стратегии развития Дальнего Востока РФ являются формирование и увеличение постоянного населения с высоким качеством и уровнем жизни, обеспечить которые сможет, прежде всего, совершенствование системы здравоохранения как части социально-экономической системы Востока России, вносящей свой вклад в решение демографических проблем региона, формирование постоянного населенческого потенциала, обеспечение здоровьесбережения трудовых ресурсов.

Потеря населения в округе произошла изначально за счет миграционного оттока в центральные регионы России преимущественно трудоспособных граждан. Миграционный отток на Дальнем Востоке РФ дополнила естественная убыль населения, способствуя тем самым уменьшению продолжительности жизни и сокращению рождаемости, ускоряя общее сокращение численности населения. Вторая часть «потерь» произошла за счет высокого уровня смертности дальневосточников. Основными причинами смертности лиц трудоспособного возраста стали: синдром хронического стресса, алкоголизм, а также неконтролируемый рост травм и отравлений.

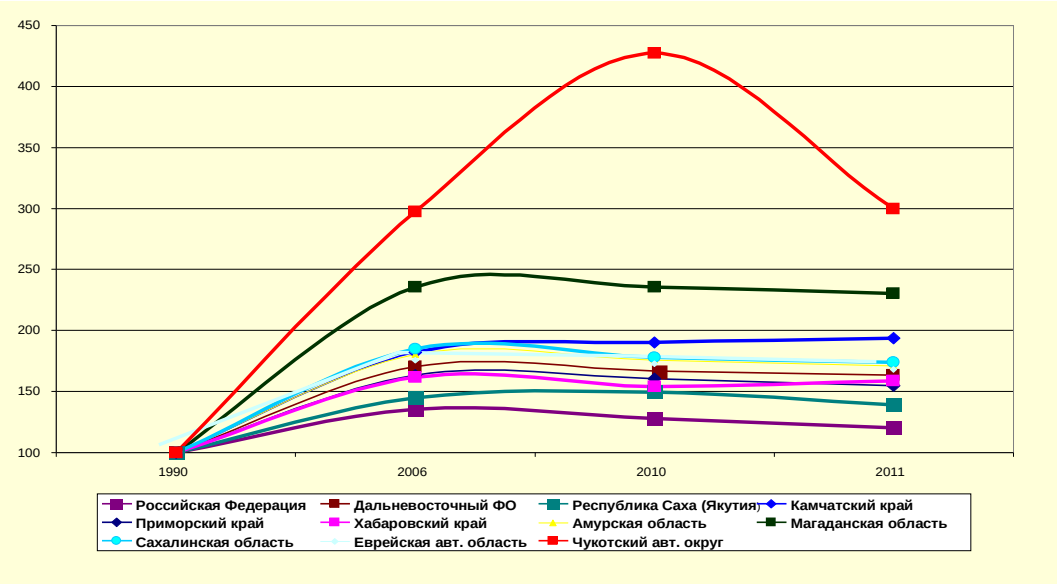


Рис. 3. Динамика общей смертности населения в субъектах ДФО (1990 г. – 100%)

Кроме того, увеличились показатели общей смертности, причем, как в целом по Дальневосточному округу, так и по всем его территориям, они превышают среднероссийские. Смертность населения ДФО в трудоспособном возрасте также значительно превышает ее показатели по Российской Федерации (*на 1000 чел. населения мужчины в ДФО составляют 12,3%, РФ – 10,7%; женщины в ДФО 3,8%, РФ – 2,8%*.

Зависимость между общей заболеваемостью и общей смертностью населения региона свидетельствует о недостатках в организации медицинской помощи широким слоям населения, поздней диагностике распространенных заболеваний, низком уровне их профилактики, снижении доступности, качества и безопасности медицинской помощи, недостаточной профилактической работе.

Вышеуказанные проблемы в системе здравоохранения привели к тому, что показатели здоровья дальневосточников снижаются.

В последние 20 лет заболеваемость населения Российской Федерации и Дальнего Востока РФ постоянно растет, что связано, с одной стороны, с ростом доли пожилого населения *(которая в пяти регионах ДФО выше среднероссийской (27,9%), (в Сахалинской и Магаданской областях – более 30% от общей численности населения)* и, с другой стороны, с более эффективной выявляемостью заболеваний (применяются новые методы диагностики), а также с неэффективностью системы профилактики и предотвращения заболеваний.



Рис.4. Показатели общей заболеваемости в субъектах Российской Федерации и ДФО (случаев на 100 тыс. населения)

Заболеваемость в округе в 2011 г. (по сравнению с 1990 г.) в пересчете на тысячу человек населения выросла почти на 26% (РФ – на 15%).

Следует обратить внимание и на то, что в период 1990 – 2011 гг. существенно возросло число случаев заболеваний на 100,0 тыс. чел. населения, приводящих к смерти. Например, число случаев заболеваний системы кровообращения возросло в 2 раза, онкологических – на 60%. Число болезней костно-мышечной системы и соединительной ткани, приводящих к инвалидности, а также осложнений беременности, родов и послеродового периода возросло в 2 раза. По структуре заболеваемости преобладают болезни органов дыхания и болезни системы кровообращения.

В целевые показатели Указа Президента Российской Федерации №589 включен и индикатор по снижению смертности от социально-значимых заболеваний, в число которых входит туберкулез. Для Дальнего Востока РФ этот вопрос стоит наиболее остро, так как заболеваемость туберкулезом значительно превышает среднероссийскую в 1,5 раза (Дальний Восток РФ – 126,7 случаев на 100 тыс. чел. населения, РФ – 84,3 в 2010 г.).

Такая ситуация связана с тем, что в 90-е гг. шло разрушение ранее созданной системы здравоохранения. Ветшали здания, устаревало оборудование, отсутствовала современная диагностическая аппаратура, зарплата врачей дотягивала только до прожиточного минимума, медицина теряла кадры.

Реформирование здравоохранения с помощью приоритетного Национального проекта «Здоровье», который стартовал с 2006 г., принесло свои положительные результаты, продолженные программами модернизации здравоохранения в субъектах Российской Федерации округа в 2011 – 2012 гг.

Модернизация стала одним из основных инструментов решения задач, стоящих пред системой здравоохранения, заложив основу для реализации направлений и целевых ориентиров Указов Президента Российской Федерации от 7 мая 2012 г. В рамках Программы модернизации здравоохранения решаются три задачи:

- укрепление материально-технической базы медицинских учреждений:
- внедрение современных информационных технологий в здравоохранение;
- внедрение стандартов медицинской помощи и повышение доступности амбулаторной медицинской помощи, в том числе предоставляемой врачами-специалистами.

Освоение финансовых ресурсов по программе модернизации по состоянию на 01.12.2012 г. представлено в табл. 1.

Таблица 1

Финансовое обеспечение программ модернизации здравоохранения в 2011 – 2012 гг. и их выполнение в федеральных субъектах ДФО (на 01.12.2012 г.)

Субъект Российской Федерации	Нормативный объем финансирования программ (млн. рублей)	Фактические расходы (млн.рублей)	Фактические расходы (%)	Ранг
ДФО	39 891,3	28 829,5	72,3	
Республика Саха (Якутия)	8 365,3	6 047,7	72,3	4
Камчатский край	3 589,3	2 555,4	71,2	5
Приморский край	7 466,4	4 033,3	54,0	8
Хабаровский край	7 880,7	6 689,1	84,9	2
Амурская область	3798,7	2 863,7	75,4	3
Магаданская область	2742,4	1 748,8	63,8	6
Сахалинская область	4995,3	4 424,1	88,6	1
ЕАО	654,9	439,4	19,3	9
ЧАО	628,9	385,6	61,3	7

Источник: органы исполнительной власти субъектов РФ ДФО

Объем средств, выделенных на исполнение программ модернизации, составил, в целом, по округу 39,9 млрд. руб., из них освоены на 1 декабря прошлого года 28,8 млрд. руб. или 72,3% *(при этом, доля региональных вложений в реализацию программ модернизации составила в целом по ДФО 20,5% от предусмотренных средств).*

Среди Дальневосточных регионов максимальный объем денежных средств освоили в Сахалинской области (88,6%) и Хабаровском крае (84,9%).

Минимальный показатель освоения средств на 1 декабря прошлого года был в Еврейской автономной области (19,3%). Он объясняется изначально неверными подходами к планированию, что впоследствии привело к необходимости перераспределения заявленных, но не освоенных денег на внедрение стандартов медицинской помощи, укрепление

материально-технической базы учреждений здравоохранения.

Одним из направлений программ модернизации является укрепление материально-технической базы учреждений здравоохранения. Состояние основных фондов лечебных учреждений в регионах округа (даже на фоне общероссийских проблем) не выдерживает критики, поскольку многие здания и сооружения региональной системы здравоохранения построены 30 – 40 и более лет назад. Центральные районные и сельские участковые больницы и их подразделения чаще всего расположены в приспособленных помещениях.

В наиболее сложном положении, с точки зрения состояния основных фондов лечебно-профилактических учреждений, находятся северные территории Дальнего Востока РФ. Так, в Республике Саха (Якутия) из-за ветхости и аварийного состояния подлежат списанию и сносу 28 зданий (4,2% от общего числа больничных зданий и учреждений), а в срочном капитальном ремонте нуждаются 33% зданий лечебных учреждений. Сложная ситуация и в остальных территориях округа. Поэтому первая задача модернизации так актуальна.

В субъектах Федерации округа слабо реализуется программа по привлечению в сферу здравоохранения молодых специалистов. На реализацию Программы «Земский доктор» из федерального бюджета выделены 549 млн. руб. Средства осваиваются крайне плохо, за исключением Республики Саха (Якутия), где этот показатель выполнен на 100%. В Якутии выбрали все лимиты, приняли на работу 243 человека. В ЕАО из трех врачей смогли привлечь только одного.

Если говорить о наиболее востребованной и значимой услуге, такой как «запись к врачу в электронном виде» (в рамках направления Программы «Внедрение современных информационных систем в здравоохранение»), то она действует пока в локальном масштабе. Лучшая ситуация сложилась в Амурской области, Чукотском автономном округе и Приморском крае, хуже дела обстоят в Хабаровском крае, Еврейской автономной и Сахалинской областях, Республике Саха (Якутия).

Анализ хода реализации программ модернизации здравоохранения в 2011 – 2012 гг. позволил констатировать наличие следующих проблем, это:

- недостатки планирования направлений финансирования программ;
- нарушение сроков выполнения работ подрядчиками;
- простаивание оборудования из-за незавершенного ремонта или отсутствия медицинских кадров;
- недостаточная настойчивость ряда руководителей учреждений и организаций здравоохранения, а также органов управления здравоохранения субъектов Федерации округа в поиске путей решения поставленных задач.

Вместе с тем, модернизация дала реальную возможность увеличить в рамках поэтапного внедрения стандартов медицинской помощи заработную плату врачей и среднего медицинского персонала. Из предусмотренных на это направление почти 19 млрд. руб., 70% – можно было использовать на повышение платы труда медработников.

Мероприятия программ, связанные с капитальным ремонтом, обеспечили приведение в надлежащее эксплуатационное состояние инженерных систем водоснабжения, канализации, теплоснабжения, вентиляции, электроснабжения зданий лечебных учреждений. Многие учреждения здравоохранения доукомплектованы медицинским оборудованием.

На уровень финансирования здравоохранения определяющее влияние оказывают объем бюджетных доходов субъектов Федерации и объем средств фондов обязательного медицинского страхования.

Таблица 2

Финансирование здравоохранения в субъектах Российской Федерации и ДФО

	год	Республика Саха (Якутия)	Камчатский край	Приморский край	Хабаровский край	Амурская область	Магаданская область	Сахалинская область	ЕАО	ЧАО
Соотношение финансирования в системе муниципального и государственного здравоохранения к ВРП в %	2006	4,4	5,3	4,2	6,32	2,3	7,3	3,5	5,65	8,33
	2011	3,4	7,7	5,1	3	1,8	7,3	2,3	4,89	4,71
Доля расходов на здравоохранение в консолидированном бюджете субъекта РФ, в %	2006	8,05	16,5	9,2	15	16	16,9	15	22,7	13
	2011	10,8	15,2	13,3	15,5	16	19,9	17	19,7	10,7

Источник: Росстат

Соотношение финансирования в системе муниципального и государственного здравоохранения к ВРП в 2011 г. (по сравнению с 2006 г., годом начала реализации национальных проектов) выросло только в Камчатском крае с 5,3% до 7,7%. В остальных регионах Дальнего Востока РФ произошло снижение.

Доля расходов на здравоохранение в консолидированных бюджетах субъектов Федерации в 2011 г. колебалась от 10,7% – в Республике Саха (Якутия) и Чукотском автономном округе до 20% – в Магаданской области.

Таблица 3

Дефицит финансирования территориальных программ государственных гарантий (ТПГГ) субъектов Федерации Дальнего Востока РФ в 2011 г. [3]

Субъект РФ	Потребность в финансовом обеспечении ТПГГ (млн. рублей)	Фактические расходы ТПГГ (млн. рублей)	Дефицит (млн. рублей)	Дефицит (%)
Республика Саха (Якутия)	16 738,4	15 714,6	-1 023,8	-6,1
Приморский край	22 839,5	14 088,8	-8 750,7	-38,3
Хабаровский край	16 782,6	14 547,0	-2 235,6	-13,3
Амурская область	10 101,8	7 701,5	-2 400,3	-23,8
ЕАО	2 098,4	1 465,2	- 633,2	-30,2

* В *Камчатском крае, Магаданской и Сахалинской областях, Чукотском автономном округе ТПГГ – бездефицитны*

В 2011 г. в пяти субъектах Дальневосточного федерального округа из девяти имел место дефицит финансового обеспечения территориальных программ, из которых в Приморском крае самый большой недостаток финансовых средств – 38,3% от потребности. Удельный вес дефицита приморской программы в общем дефиците программ субъектов ДФО – около 60% (58,2%). В четырех субъектах округа программы бездефицитны (в план 2012 г. также был заложен дефицит в Республике Саха (Якутия) – 8,4%, Хабаровском крае – 4,4%, Амурской области – 15,5%, Еврейской автономной области – 23,3%).

Дефицит программ государственных гарантий оказания гражданам бесплатной медицинской помощи ведет к низкому качеству оказываемых услуг (нехватке лекарственных препаратов, плохому питанию в больницах и т. п.), что неизбежно связано с оценкой населением услуг здравоохранения, не всегда положительной (см. табл. 4).

Таблица 4

Удовлетворенность населения медицинской помощью (%) [3]

Субъект РФ	2009	2010	2011	2011 г. к 2009 году (п.п.)
Российская Федерация	34,5	34	35,7	1,2
ДФО	30,9	30,7	30,5	-0,4
Республика Саха (Якутия)	37,7	30,5	32,0	-5,7
Камчатский край	24,3	22,8	26,4	2,1
Приморский край	32,1	30,5	29,1	-3,0
Хабаровский край	26,6	29,5	30,3	3,7
Амурская область	32,3	34,8	29,6	-2,7
Магаданская область	30,5	29,6	33,8	3,3
Сахалинская область	26,0	32,4	34,3	8,3
ЕАО	29,2	29,2	31,1	1,9
ЧАО	57,0	50,1	56,3	-0,7

В Дальневосточном федеральном округе, по данным социологического опроса населения, удовлетворены медицинской помощью остались 30,5% опрошенных. По сравнению с 2009 г., этот показатель снизился на 0,4 процентных пункта. Наименьший процент удовлетворенности медпомощью в Камчатском крае (26,4%), наибольший – в Чукотском автономном округе (56,3%).

В период 2010 – 2011 гг. прослеживалась положительная тенденция сокращения числа койко-дней, проведенных больными в стационарах медицинских организаций в расчете на одного человека. В целом по стране этот показатель снизился на 2,74%, в ДФО на – 2,45%. Вместе с тем, в двух субъектах округа наблюдалось увеличение объемов потребления стационарной помощи в Республике Саха (Якутия) – на 0,2%, Чукотском автономном округе – на 21,54%.

Напротив, объем медицинской помощи, предоставляемой в дневных стационарах в округе, превысил среднероссийский показатель и составил 0,581 и 0,537 пациенто-дней на 1 чел., соответственно. В трех субъектах Дальнего Востока РФ число пациенто-дней в дневных стационарах ниже среднероссийского показателя (Приморском крае – 0,489, Сахалинской области – 0,536, Чукотском автономном округе – 0,096), в остальных субъектах это значение превысило нормативный показатель.

Литература и источники:

1. Регионы России. Социально-экономические показатели : стат. сб. // Госкомстат России. – М. – 2000.

2. Капитоненко, Н. А. Проблемы эффективности развития системы здравоохранения Дальневосточного федерального округа РФ в условиях

модернизации / Н. А. Капитоненко, Ю. В. Кирик, С. Н. Киселев // Дальневосточный медицинский журнал. – 2012. – № 2.

3. Капитоненко, Н. А. Анализ реализации территориальных программ государственных гарантий оказания гражданам РФ бесплатной медицинской помощи в субъектах ДФО в 2011 г. / Н. А. Капитоненко, Ю. В. Кирик, Е. А. Литвинцева // Вестник общественного здоровья и здравоохранения Дальнего Востока России. – 2012. – № 3.

4. Материалы международной научно-практической конференции «Экономика здравоохранения» / под ред. О. В. Кравченко (Россия), А. Фишера (Германия). – Новосибирск – 2012.

5. Материалы аппарата полномочного представителя Президента Российской Федерации в Дальневосточном федеральном округе.