Окончание. Начало в №1 (62) 2013

УДК 614.2(571.6)

Левинталь Александр Борисович – д-р экон. наук, профессор, первый заместитель председателя правительства края по экономическим вопросам (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*

AleksandrBorisovich Levintal'– Dr. of Economy, professor, the First Deputy Prime Minister of the territory on economic problems (Khabarovsk). *E-mail: levintal@dfo.gov.ru*

Elena Yur'evnaRussu –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: the Far-Eastern dimension

The article considers the state of the health and prospects of its development in the Far-Eastern regions of the Russian Federation. The 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 a 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.*

Одним из направлений реформирования здравоохранения является высокотехнологичная медицинская помощь.

На территории Дальневосточного федерального округа высокотехнологичные виды медицинской помощи оказывают 17 медицинских организаций субъектов Российской Федерации, в том числе 5 – в Хабаровском крае, 3 – в Республике Саха (Якутия) и Сахалинской области, 2 – в Амурской области и в Приморском крае, 1 – в Магаданской области и Чукотском автономном округе. В Еврейской автономной области и в Камчатском крае такие центры отсутствуют.

Всего в медицинских учреждениях Дальневосточного федерального округа в 2012 г. (по состоянию на 1 ноября) высокотехнологичные виды медицинской помощи получили более 5,3 тыс. дальневосточников, еще более 10 тыс. чел. получили данный вид помощи в федеральных медицинских организациях за пределами Дальнего Востока, за весь 2011 г. эти цифры составили 2794 чел. и 9820 чел., налицо – явный рост.

Обеспеченность населения Дальнего Востока высокотехнологичной медицинской помощью в 2011 г. составила 195,4 пролеченных пациентов на 100 тыс. чел. (в среднем, по Российской Федерации – 223,8 чел., в ДФО на – 12,7% меньше).

Основными проблемами при оказании пациентам этого вида помощи являются:

1. Неполное соответствие количества пациентов, направленных регионами для высокотехнологичной медицинской помощи, доказанному уровню потребности в данном виде медицинской помощи.

2. Недостаточное обследование пациентов перед госпитализацией для оказания высокотехнологичной медицинской помощи, что увеличивает количество отказов в оказании этого вида медицинской помощи.

3. Недостаточный уровень реабилитации пациентов после оказания высокотехнологичной медицинской помощи.

4. Проблема транспортировки больных к месту оказания медицинской помощи в северных и отдаленных районах Дальнего Востока.

5. Недостаточная информированность населения о возможностях лечения в высокотехнологичных центрах Дальнего Востока стала причиной отказов от лечения в них дальневосточников, несмотря на свободные места. Предпочтения отдаются центрам гг. Москвы, Санкт-Петербурга, Новосибирска, что увеличивает длительность ожидания госпитализации.

Комплексное решение этих проблем позволит улучшить качество предоставляемого населению этого вида помощи.

Качество медицинской помощи, в свою очередь, во многом определяется доступностью качественной и эффективной лекарственной терапии – неотъемлемой части лечебного процесса.

В Указе Президента Российской Федерации от 7 мая 2012 г. №598 поставлена задача обеспечить к 2018 г. доведение объема производства отечественных лекарственных средств по номенклатуре перечня стратегически значимых лекарственных средств и перечня жизненно необходимых и важнейших лекарственных препаратов до 90%.

Дальневосточные субъекты располагают большими запасами фармацевтического сырья, эндемики произрастающие на нашей территории, уникальны. Кроме того, Дальний Восток обладает значительными запасами морских биоресурсов. То есть, для развития собственного фармацевтического производства имеются определенные возможности. Необходимо принять меры в этом направлении.

Мониторинг обеспечения населения регионов Дальнего Востока лекарственными средствами показал, что еженедельно на отсроченном обслуживании в округе находятся от 150 до 220 рецептов, до 50% от общего числа рецептов приходятся на долю Приморского края, причем, только в этом единственном в регионе субъекте есть рецепты на отсроченном обслуживании свыше 10 дней, что нарушает права человека на своевременное лекарственное обеспечение. Приморский край лидирует по числу жалоб на получение лекарственной помощи: 80% от общего числа жалоб по лекарственному обеспечению в округе из Приморского края.

И хотя, по сравнению с 90-ми и началом 2000-х гг., ситуация с лекарственным обеспечением на Дальнем Востоке значительно улучшилась, еще имеются случаи завышения цен, отсутствия необходимого ассортимента лекарств и другие недостатки. Основная проблема в обеспечении лекарствами населения – это недостаточный ассортимент лекарственных препаратов в отдаленных северных и сельских районах, отсутствие помещений, отвечающих необходимым требованиям, отсутствие квалифицированных кадров. Для сельских аптек и аптечных пунктов региональные власти должны предусмотреть льготы по аренде помещений, компенсационные меры по доставке лекарственных препаратов, создать условия для фармацевтов, приезжающих на работу в эти районы. Кроме этого, существуют специфические проблемы, весьма существенные для Дальнего Востока, имеющего огромную территорию (34% всей Российской Федерации). Это проблемы транспортировки тяжелых больных в лечебные учреждения, которые заключаются в нехватке авитехники, оснащенной реанимационными модулями. Кроме того, необходимо рассмотреть возможность финансирования этого вида помощи из федерального бюджета.

Актуально создание сети телемедицинских центров и узлов для повышения доступности специализированной медицинской помощи жителям отдаленных районов Дальнего Востока на основе современных телекоммуникационных технологий. В округе сегодня действуют 19 кабинетов телемедицины: в Амурской области – 10, на Сахалине – 6, Хабаровском крае – 5, Магаданской области – 3, в Приморье и ЕАО – по 1. Этого явно недостаточно.

И, пожалуй, самое главное – медицинские кадры. Президентом Российской Федерации поставлена задача разработки до 1 мая 2013 г. комплекса мер по обеспечению системы здравоохранения Российской Федерации медицинскими кадрами, которая предусматривает принятие в субъектах Российской Федерации программ, направленных на: повышение квалификации медицинских кадров; проведение оценки уровня их квалификации; поэтапное устранение дефицита медицинских кадров; принятие дифференцированных мер по социальной поддержке медицинских работников, в первую очередь наиболее дефицитных специальностей.

Таблица 1

Кадровая обеспеченность системы здравоохранения субъектов ДФО

Кадровая обеспеченность системы здравоохранения субъектов ДФО

		Республика Саха (Якутия)	Камчатский край	Приморский край	Хабаровский край	Амурская область	Магаданская область	Сахалинская область	ЕАО	ЧАО	ДФО
Укомплектованность физическими лицами, врачи, %	2001	63,1	55,2	65,2	68,9	64,7	49,2	58,76	53,4	46,1	63,1
	2005	67,8	52,7	62,6	60,9	64,5	45,9	57,43	46	60,3	61,1
	2010	70,5	53,9	59,9	55,6	59,1	45,2	55	42,2	57,1	58,8
	2011	68,6	52,3	59,5	54,4	58,1	44,5	55,5	42	59,3	60,1
Укомплектованность физическими лицами, средний мед. персонал, %	2001	81,3	70,7	61,3	70,7	71,2	65,4	74,63	80,5	44,4	69,6
	2005	84,6	69,2	62,4	65,5	74,3	63,7	74,29	75,9	53,4	69,9
	2010	79,3	70,4	58,6	61	73,1	63,7	74,3	74,6	57,4	67
	2011	78,6	68,5	58,9	60,6	72,3	62,3	74,2	73,3	56	66,6
Укомплектованность физическими лицами, младший мед. персонал, %	2001	85,5	56,9	59,5	67,2	59,2	67,1	70,45	61	49	65,7
	2005	84,6	55,5	59,3	59,7	68,5	66,5	66,74	67,1	50,7	65,1
	2010	84,3	60	58,2	62,9	70,9	64,3	76,5	69,3	57	67,7
	2011	82,7	58,5	57,2	61,5	64,3	61,6	77,5	71,01	56,8	66,7

Источник: органы исполнительной власти субъектов РФ в ДФО

В 2011 г. укомплектованность врачами в субъектах Федерации округа составляла от 42% до 69% от потребности, средним медперсоналом – от 56% до 78%, младшим медперсоналом – от 57% до 80%.

Анализ обеспеченности врачебными кадрами учреждений здравоохранения свидетельствует о структурных диспропорциях в них: уровень совместительства от 1,5 до 2,0 ставок, более трети медработников – в пенсионном возрасте, значительное число медиков концентрируются в ЛПУ регионального уровня, в сельской местности врачей, как правило, не хватает.

На фоне сокращения производственных мощностей отрасли в виде закрытия и ликвидации отдельных ЛПУ, сокращения в штатных расписаниях должностей лечащих врачей и среднего медицинского персонала наблюдается не всегда оправданный рост административного аппарата. В большинстве ЛПУ остаются вакантными должности клинических эпидемиологов и фармакологов. На этом фоне сворачивается работа по снижению уровня внутрибольничных инфекций, растет число врачебных ошибок и т. п., что формирует дополнительные затраты, которые необходимы на исправление брака при производстве медицинских услуг.

Таблица 2

Обеспеченность врачами
(на 10 тыс. чел. населения)

	2005	2009	2010	2011
Российская Федерация	**42,9**	**44,1**	**44,1**	**43,4**
Центральный федеральный округ	45,1	47,9	48,2	46,6
Северо-Западный федеральный округ	47,4	49,9	50,4	49,4
Южный федеральный округ	39,2	40	39,5	39,4
Северо-Кавказский федеральный округ	41	37,8	36,3	27,4
Приволжский федеральный округ	41,6	41,5	41,3	41,5
Уральский федеральный округ	36,2	37,3	38,3	39,2
Сибирский федеральный округ	43,5	44,2	44,2	45,7
Дальневосточный федеральный округ	**46,2**	**46,4**	**46,4**	**46,7**
Республика Саха (Якутия)	46,5	50,8	51,3	49,9
Камчатский край	40,5	41,5	40,8	42,5
Приморский край	44,7	42,7	42,2	41,6
Хабаровский край	50,2	49,6	50,5	51,8
Амурская область	50,4	51	51,3	53
Магаданская область	48,8	50,4	49,4	50,5
Сахалинская область	38,9	40,9	40,4	41,5
Еврейская автономная область	29,4	29,5	28,6	28,9
Чукотский автономный округ	80,8	76,8	77,4	75,5

Источник: Росстат

В ДФО в 2011 г. обеспеченность врачами на 10 тыс. чел. составила 46,7%, что несколько выше, чем в целом в Российской Федерации (РФ – 43,4%), это объясняется большой территорией и низкой плотностью населения, локализованностью населенных пунктов. Обеспеченность же средним медперсоналом на Дальнем Востоке ниже среднероссийского показателя – 92% (РФ – 92,4%). Соотношение врач/медсестра – 1 к 2, хотя необходимо 1 к 4, а в отдельных случаях – 1 к 8 (операционные медсестры).

Неэффективная структура подготовки и распределения врачей в территориях округа тесно связана с отсутствием концепции развития кадровой службы здравоохранения регионов и несоответствием системы подготовки врачебных кадров требованиям локальных рынков труда.

Одним из основных факторов закрепления медицинских кадров в лечебных учреждениях является уровень заработной платы, который пока не обеспечивает повсеместно достойного уровня жизни данной категории работников. В 2000 г. в Дальневосточном федеральном округе заработная плата в здравоохранении практически была равна прожиточному минимуму, в 2008 г. – на 45% ниже средней заработной платы, сложившейся в экономике Дальнего Востока, за 9 месяцев 2012 г. – на 33%.

Данные приведены на рис. 1 и свидетельствуют о большом разрыве между заработной платой врачей в европейских странах и России.

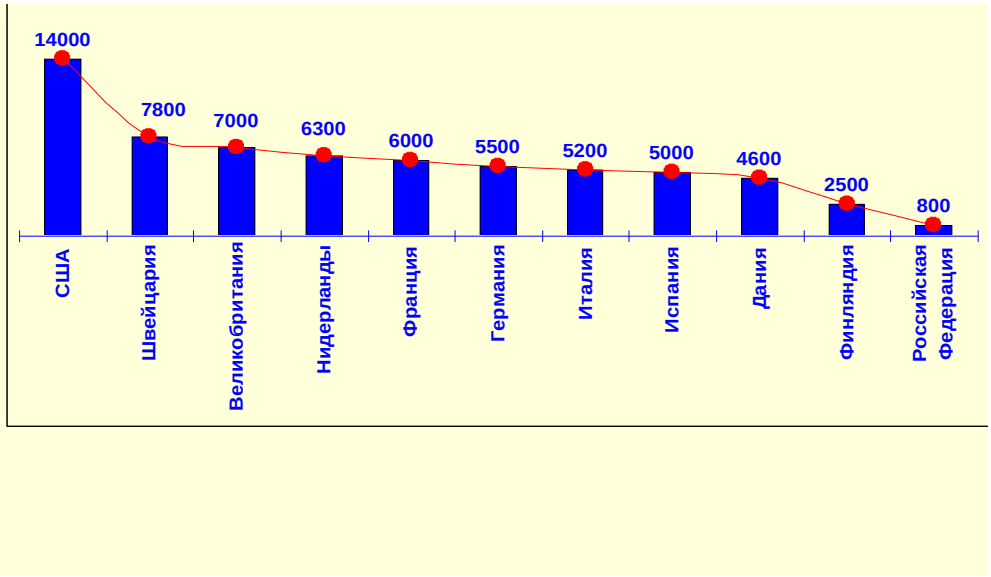


Рис. 1. Ежемесячная заработная плата врачей в 2011 г, (доллары США)

Указом Президента Российской Федерации от 7 мая 2012 г. №597 поставлена задача увеличения заработной платы медицинским работникам, в нем в качестве индикаторов определены следующие параметры: повышение к 2018 г. средней заработной платы врачей, преподавателей образовательных учреждений высшего профессионального образования и научных сотрудников до 200% от средней заработной платы в соответствующем регионе и повышение к 2018 г. средней заработной платы младшего медицинского персонала до 100% от средней заработной платы в соответствующем регионе, работников медицинских организаций, имеющих высшее медицинское (фармацевтическое) или иное высшее образование, предоставляющих медицинские услуги (обеспечивающих предоставление медицинских услуг), – до 200% от средней заработной платы в соответствующем регионе.

Подготовкой кадров специалистов высшего звена в здравоохранении на Дальнем Востоке России занимается 4 вуза (см. табл. 3).

Таблица 3

Подготовка врачебных кадров в 2011 – 2012 учебном году в субъектах Российской Федерации Дальневосточного федерального округа (количество человек, окончивших вуз) [5]

Факультет	Медицинский институт Северо-Восточного федерального университета им. М.К.Аммосова	Владивостокский государственный медицинский университет	Дальневосточный государственный медицинский университет	Амурская государственная медицинская академия
Лечебное дело	99	151	128	226
Педиатрия	84	58	71	36
Стоматология	16	76	70	-
Медико-профилактическое	-	60	-	-
Фармация	-	34	39	-
Медицинская биохимия	-	-	-	-
Клиническая психология	-	33	-	-
Сестринское дело	-	17	27	
Социальная работа	-	3	5	-

В целом не наблюдается снижение показателей выпуска вузов в течение последних лет (выпуск 2005 г. – 1154 чел., 2009 г. – 1250 чел., 2011 г. – 1233 чел.). Однако при наличии в 2011 г. дефицита врачей на Дальнем Востоке в 18,0 тыс. чел., при условии, что все выпускники медицинских вузов будут работать по специальности, потребность будет обеспечена силами дальневосточных вузов только через 15 лет.

Имеются и нерешенные до настоящего времени проблемы качества подготовки молодых специалистов для самостоятельной работы в ЛПУ отдаленных северных и сельских районов. Это связано с несоответствием федеральных государственных образовательных стандартов высшего и среднего профессионального образования современным потребностям отрасли здравоохранения ДФО, относительно невысоким качеством производства образовательных услуг в провинциальных медицинских вузах из-за отсутствия межкафедральных подразделений практической подготовки студентов, оснащенных современным учебным оборудованием на основании Всемирных стандартов медицинского образования и собственных университетских клиник.

Усугубляют ситуацию, связанную с необходимостью повышения качества подготовки врачей, несбалансированность системы непрерывного медицинского образования, низкий уровень информированности медицинских работников о современных методах диагностики и лечения заболеваний (медицинских стандартов), слабая подготовка управленческих кадров в здравоохранении и медицинском страховании региона и общий невысокий профессиональный уровень врачебного корпуса.

Необходимо укреплять материально-техническую базу медицинских вузов. Кроме того, представляется необходимым создавать на Дальнем Востоке в кооперации с научными учреждениями и ЛПУ медицинские кластеры, которые позволят поднять подготовку медицинских кадров, уровень научных исследований, устранить межведомственную разобщенность.

На Дальнем Востоке, кроме четырех вузов, ведущих подготовку медицинских кадров, функционируют четыре научно-исследовательских института Российской академии медицинских наук и один Роспотребнадзора, 10 филиалов центральных научно-исследовательских институтов. В округе 300 докторов и 1700 кандидатов медицинских, биологических и фармацевтических наук, работающих в сфере охраны здоровья населения. Ежегодно проводятся десятки межрегиональных научных форумов с международным участием. Каждый медицинский вуз и научно-исследовательский институт Дальнего Востока имеет сформированные связи с университетами стран АТР.

В настоящее время медицинская наука Дальнего Востока относится к сфере деятельности Сибирского отделения Российской академии медицинских наук, которое не имеет возможности уделять должное внимание восточным окраинам. Представляется необходимым двигаться в перспективе к созданию Дальневосточного отделения Российской академии медицинских наук. А на первом этапе предлагается создать Дальневосточный научный центр РАМН.

Следует отметить, что приоритет профилактики в сфере охраны здоровья должен являться одним из основных принципов здравоохранения.

Необходимо расширять сеть Центров здоровья в субъектах Российской Федерации округа, добиваться их финансирования в полном объеме, что позволит обеспечить здоровье дальневосточников. Эта же установка содержится в Указе Президента Российской Федерации от 7 мая 2012 г. №598: обеспечить дальнейшую работу, направленную на реализацию мероприятий по формированию здорового образа жизни граждан Российской Федерации, включая популяризацию культуры здорового питания, спортивно-оздоровительных программ, профилактику алкоголизма и наркомании, противодействие потреблению табака. Обеспечить диспансеризацию населения.

Существенной является и реабилитация (восстановление) здоровья пролеченных пациентов, что требует развития сети санаторно-курортных учреждений, реабилитационных центров.

Экономическая эффективность и окупаемость реабилитационной и санаторно-курортной помощи способствуют сокращению количества дней временной нетрудоспособности в 2,3 – 3 раза, уменьшению потребности в госпитализации в 2,4 раза, сокращению расходов на лечение больных в поликлиниках и стационарах в 2,6 – 3 раза, уменьшению выплаты пособий по временной нетрудоспособности в 1,8 – 2,6 раза, снижению ущерба производству в связи с заболеваемостью персонала предприятий и организаций в 2 – 3 раза.

Назрела необходимость: совершенствования технологий профилактики болезней и оздоровления населения с использованием природных возможностей региона; организации научного сопровождения новых медицинских технологий; научного решения медико-демографических проблем; изучения различных заболеваний.

Для выполнения положений и достижения индикаторов Указов Президента Российской Федерации от 7 мая 2012 г. во всех регионах ДФО должны быть разработаны комплексы мер по достижению целевых ориентиров, обеспечен их мониторинг, предусмотрены финансовые средства в региональных бюджетах.

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.