

УДК 614.001.18 (571.56/6)

В.Б. Пригорнев, Е.Ю. Руссу, В.Г. Дьяченко
**Здравоохранение административных центров субъектов
Российской Федерации Дальневосточного федерального округа.
Проблемы и перспективы**

*Дальневосточный государственный медицинский университет,
г. Хабаровск, e-mail: ozd_fesmu@mail.ru*

Резюме

В работе анализируется работа системы здравоохранения в административных центрах субъектов Российской Федерации Дальнего Востока России. Результаты показывают, что сложившиеся различия уровня развития систем здравоохранения в субъектах Российской Федерации Дальнего Востока до настоящего времени не преодолены. Необходима дальнейшая работа органов государственной власти и местного самоуправления по выравниванию условий и обеспечению равной доступности медицинской помощи для всех жителей региона.

Ключевые слова: охрана здоровья населения, реформа здравоохранения, территория, эффективность.

V.B. Prigornev, E.U. Russu, V.G. Diatchenko

**Public health services of administrative centers of the Russian Federation
Far Eastern subjects. Problems and perspectives**

Far Eastern State Medical University, Khabarovsk

Summary

The analysis of public health services system function is represented in this paper. The results show that the difference between public health services level of different Far Eastern subjects is not overcome. It is necessary for state authority organs to work more to equate conditions and equal access to medical services for all citizens of the region.

The Keywords: the public health, development functioning, territory, efficiency.

Введение

Экономические и политические реформы, проводимые в России в течение последних десятилетий, привели к изменению подходов к оценке эффективности отрасли здравоохранения как важнейшего социального института [1,2]. Развитие рыночных отношений во взаимоотноше-

ния производителей и потребителей медицинских услуг, ориентация производителей на интересы пациента, придание медицинским учреждениям большей самостоятельности, согласно положениям Федерального закона «О внесении изменений в отдельные законодательные акты Российской Федерации в связи с совер-

шенствованием правового положения государственных (муниципальных) учреждений» № 83-ФЗ от 8 мая 2010 года, поставили перед органами государственного и муниципального управления Дальневосточного федерального округа (ДФО) новые задачи.

Одной из этих задач является формирование системы мониторинга, как необходимой функции управления любой социальной системой, в том числе и такой сложной, как здравоохранение муниципального образования. Особенность управленческого мониторинга заключается в том, что он создает предпосылки для выполнения функций планирования, организации, руководства и контроля [3,5,8]. Именно это становится важным при управлении здравоохранением в условиях перехода к рыночной экономике [7,9], причем последнее связано как с расширением прав и ответственности руководителей лечебно-профилактических учреждений (ЛПУ), органов управления здравоохранением на местах, так и с необходимостью гибкой адаптации к изменениям законодательства [4].

В условиях рынка важно представлять, что ЛПУ любого уровня являются частью системы, которая призвана производить «качественные медицинские услуги», а не просто оказывать медицинскую помощь [10]. Согласно ГОСТ 30335-95 / ГОСТ Р 506-46-94 «Услуги населению. Термины и определения» и международному стандарту ИСО 9004-2 под услугой понимается результат непосредственного взаимодействия Исполнителя и Потребителя (Заказчика), а также собственной

деятельности Исполнителя по удовлетворению потребности Заказчика [6].

Динамика законодательства Российской Федерации в области здравоохранения с 1991 г. по настоящее время вызывает вполне естественные вопросы, в частности: «Возможна ли ситуация, когда государство полностью откажется от предоставления социальных (медицинских) услуг в определенной области?». Ответ на этот вопрос находится в рамках реализации конституционных прав граждан России, от исполнения которых государство не вправе самоустраниться: ст. 41 Конституции РФ установлено, что каждый имеет право на охрану здоровья и бесплатную медицинскую помощь.

Изменения федеральной законодательной базы по разграничению полномочий и предметов ведения между уровнями управления (Федеральные законы №131-ФЗ от 2003 г., №122-ФЗ от 2004 г. и №95-ФЗ от 04.07.2003г.), к сожалению, не добавили финансовой устойчивости ЛПУ муниципального уровня - основе отечественного здравоохранения. В связи с этим, в перспективе на муниципальный уровень планируется возложить ответственность за организацию и финансирование только скорой медицинской помощи (СМП), первичной медико-санитарной помощи (ПМСП) в амбулаторно-поликлинических и больничных учреждениях, медицинской помощи женщинам в период беременности, во время и после родов. Специализированная медицинская помощь в соответствии с планами Минздравсоцразвития (МЗиСР) РФ будет оказываться только в медицинских учреждениях субъектов РФ,

а высокотехнологичная – в Федеральных медицинских центрах. Децентрализация управления, как один из ведущих принципов реформирования здравоохранения в России, будет способствовать развитию местных инициатив, интенсификации инновационных процессов, интеграции усилий и финансовых ресурсов муниципального уровня.

В соответствии с полномочиями в сфере здравоохранения достижение целевых показателей осуществляется не только на федеральном и региональном, но и на муниципальном уровне. Порядок мониторинга этих показателей определен Указом Президента РФ от 28.04.2008г. № 607 «Об оценке эффективности деятельности органов местного самоуправления городских округов и муниципальных районов». Важность мониторинга заключается в том, что он позволит определить проблемы и сформировать перечень мероприятий по повышению уровня доступности, качества и безопасности медицинских услуг. В связи с этим, **целью настоящего исследования** стал сравнительный анализ некоторых показателей здравоохранения административных центров субъектов Российской Федерации ДФО.

Материалы и методы

При решении проблем анализа медицинской, экономической и социальной эффективности здравоохранения муниципальных образований, перед нами встал ряд задач, решить которые возможно только с учетом индивидуальных характеристик всех субъектов РФ ДФО. В качестве исходных материалов для прове-

дения сравнительного анализа использованы данные, представленные в докладах 9 глав органов местного самоуправления (гг. Владивосток, Хабаровск, Якутск, Благовещенск, Петропавловск Камчатский, Южно-Сахалинск, Магадан, Биробиджан и Анадырь) за период 2008-2009 гг. и прогноза на 2010 г. Анализируемые показатели рассчитаны по общепринятым методикам [2,3] и разделены на три основные группы, отражающие:

- медицинскую результативность,
- экономическую эффективность,
- социальную удовлетворенность населения.

При анализе полученных материалов использовалась методология, базирующаяся на традиционных приемах социально-гигиенического и медико-организационного исследования, с последующим анализом полученных данных.

Результаты обсуждения

Эффективность системы муниципального здравоохранения отражает совокупность взаимосвязей между затратами экономических ресурсов и удовлетворением общественных потребностей. И, если социальная эффективность измеряется предотвращенным социальным ущербом, т.е. предупреждением преждевременной смертности, инвалидности и снижением заболеваемости, то предотвращение социального ущерба приводит к положительным экономическим последствиям: повышению качества трудового потенциала, и, как следствие, к росту производства и потребления. Экономиче-

скую эффективность следует выражать в соотношении объемов финансирования муниципального здравоохранения и объемов потребления медицинской помощи данного муниципального образования.

Правительством Российской Федерации на 2009 год был установлен подушевой норматив финансового обеспечения Программы государственных гарантий (ПГГ) оказания гражданам РФ бесплатной медицинской помощи в целом в размере 7 633,4 рубля. По итогам её выполнения (УФ № 62) в РФ в 2009 году отмечена тенденция увеличения числа посещений амбулаторно-поликлинических учреждений в расчете на одного жителя до 9,314, сокращение числа койко-дней, проведенных больными в стационарных ЛПУ, до 2,828. Кроме того, наблюдался рост объемов медицинской помощи, предоставляемой в дневных стационарах до 0,509 пациенто-дней и скорой медицинской помощи – до 0,344 вызовов на одного жителя.

В 2009 году впервые для оценки эффективности деятельности органов исполнительной власти субъектов РФ в области здравоохранения использован показатель дефицита финансового обеспечения Территориальных ПГГ. Из девяти субъектов РФ ДФО в 2009 году пять имели значительный дефицит финансового обеспечения территориальных ПГГ – от 49,2% в Еврейской автономной области и 47,0% в Приморском крае до 24,9% в Республике Саха (Якутия). Три субъекта РФ ДФО (Чукотский автономный округ, Ма-

гаданская и Сахалинская области) имели бездефицитные Территориальные ПГГ.

Что же относительно предоставления объемов медицинской помощи населению, установленных ПГГ среднероссийских нормативов на 2009 г., то здесь наблюдалась определенная дифференциация показателей (табл. 1).

В стационарном секторе в семи субъектах РФ ДФО последние были значительно превышены – от 4,655 к/дней на одного жителя в Магаданской области до 2,846 – в Хабаровском крае. В то же время в Еврейской автономной области (ЕАО) и Приморском крае показатели объема стационарной медицинской помощи были ниже нормативных – 2,597 и 2,636 соответственно.

Объем амбулаторной медицинской помощи в расчете посещений на одного жителя был превышен относительно среднероссийского норматива в трех субъектах РФ ДФО: Хабаровском крае – 9,466, ЕАО – 9,356 и в Республике Саха (Якутия) – 9,298. В остальных шести субъектах РФ ДФО объемы амбулаторной помощи выполнены не были.

В секторе СМП во всех субъектах РФ ДФО были значительно превышены среднероссийские нормативы объема СМП в расчете вызовов на одного жителя от 0,330 в Приморском крае до 0,494 в Еврейской автономной обл.

Объем медицинской помощи в дневных стационарах в расчете пациенто-дней на одного жителя в четырех из девяти субъектов РФ ДФО был превышен – от 0,985 в Магаданской обл., до 0,622 в Амурской обл., в остальных территориях

этот показатель был ниже нормативного, причем особенно низкий его уровень наблюдался в Чукотском автономном округе – всего 0,084 пациенто-дня на одного жителя.

По результатам комплексной экспертной оценки уровня реализации и эффективности территориальных программ в 2009 году, проведенной МЗиСР РФ, к территориям с низким уровнем реализации ПГГ были отнесены: Камчатский край; Амурская, Магаданская и Сахалинская области; ЕАО; Чукотский автономный округ (ЧАО).

Расходы консолидированного бюджета субъекта РФ ДФО на Территориальную ПГГ в расчете на одного жителя имели значительную дифференциацию: от 2 580,4 руб. в Приморском крае и 2 999,0 руб. в ЕАО, до 14 416,2 руб. в Магаданской области. На этом фоне данные Министерства регионального развития РФ за 2009 г., по которым только 34,7 % от числа опрошенных граждан удовлетворены оказанной медицинской помощью, указывают на неэффективность расходования финансовых ресурсов. Максимальный уровень удовлетворенности по РФ отмечен в Чукотском автономном округе (57,0 %). Что же относительно остальных территорий ДФО, то 27-е место в России по удовлетворенности населения медицинской помощью занимает Республика Саха (Якутия) (37,7%); 50-е – Амурская обл. (32,3%); 53-е – Приморский край (32,1%); 62-е – Магаданская обл. (30,5%); 68-е – ЕАО (29,2%); 73-е – Хабаровский край (26,6%); 74-е – Сахалинская обл. (26,0%) и 78-е место – Камчатский край

(24,3%). Аналогичную оценку по комплексной методике оценки систем здравоохранения дало субъектам РФ ДФО МЗиСР.

Анализ деятельности систем муниципального здравоохранения административных центров субъектов Российской Федерации ДФО (табл. 2) показал, что по показателям, отражающим медицинскую результативность – уровень охвата населения профилактическими осмотрами на туберкулез колебался от 74,41% в г. Биробиджане до 27,31% в г. Якутске, а по уровню охвата населения профилактическими осмотрами на злокачественные новообразования колебания составляют от 35,54% в г. Владивостоке до 9,75% в г. Южно-Сахалинске. Следует отметить, что в г. Биробиджане данная категория профосмотров не проводится вообще.

По показателям, отражающим экономическую эффективность (среднегодовой занятости койки) лидирует здравоохранение г. Петропавловска-Камчатского (346 дней), а самый низкий уровень этого показателя в г. Магадане. В то же время планового уровня этого показателя (340 дней в году) не достигают системы здравоохранения гг. Владивостока (327,9), Хабаровска (307,1), Якутска (312,7), Благовещенска (338,0), Южно-Сахалинска (332,6).

Средняя продолжительность пребывания пациента на койке колеблется от 8,6 в муниципальных ЛПУ г. Хабаровска до 12,3 в муниципальных ЛПУ г. Петропавловска-Камчатского.

Структура объемов медицинской помощи, предоставляемой населению адми-

нистративных центров субъектов федерации в ДФО (кроме гг. Биробиджана и Анадыря) неоднородна. Так, в части стационарной помощи объёмы колеблются от 0,965 к/дней на 1 жителя в г. Хабаровске до 1,939 – в г.Южно-Сахалинске, в части амбулаторной помощи – от 6,809 посещений на 1 жителя в г.Петропавловске-Камчатском до 10,812 в – г.Благовещенске, в части дневных стационаров – от 0,325 пациенто-дней на одного жителя в г.Владивостоке, до 0,786 – в г. Благовещенске. Причем почти по всем категориям выполнение объемов помощи ниже нормативов, предусмотренных Территориальными ППГ. В то же время объемы СМП на одного жителя во всех муниципальных образованиях, подвергнутых анализу (кроме г.Владивостока), по числу вызовов значительно превышают нормативные, колеблясь от 0,334 в г. Хабаровске до 0,529 – в г. Биробиджане.

Общий объем расходов бюджета муниципального образования на здравоохранение на одного жителя имеет значительные колебания, составляя от 689,37 руб. в г.Биробиджане до 6419,91 руб. – в г.Южно-Сахалинске.

Анализ показателей, отражающих экономическую эффективность здравоохранения административных центров субъектов федерации в ДФО, указывает на то, что значительная часть коечного фонда ЛПУ муниципального уровня простаивает, амбулаторно-поликлинические ЛПУ не выполняют плановых показателей обслуживания населения, что автоматически увеличивает нагрузку на скорую

медицинскую помощь и отрицательно сказывается на эффективности использования финансовых ресурсов муниципальных бюджетов.

Что же относительно показателей, отражающих социальную удовлетворенность населения оказанной медицинской помощью (от 91,4 % в г.Благовещенске до 48,8% – в г.Магадане), то эти данные вступают в противоречие с данными, полученными Министерством регионального развития РФ в 2009 г.

Заключение

Результаты исследования показывают, что исторически сложившиеся различия в развитии систем здравоохранения в субъектах Российской Федерации Дальневосточного федерального округа до настоящего времени не преодолены. Система муниципального здравоохранения административных центров субъектов Российской Федерации ДФО испытывает на себе влияние сложного комплекса факторов, которые требуют дальнейшего изучения и мониторинга причинно-следственных связей. В то же время несомненным является то, что недостаточный уровень эффективности действующей системы оказания медицинской помощи жителям муниципальных образований связан с устойчивыми тенденциями решения проблем охраны здоровья преимущественно в рамках сектора здравоохранения и низкой результативностью межсекторального взаимодействия. Кроме того, несмотря на различный уровень бюджетной обеспеченности регионов ДФО, необходима дальнейшая работа органов государственной власти и местного самоуправле-

ния по выравниванию условий и обеспечению равной доступности медицинской помощи для всех жителей Дальнего Востока.

Список литературы

1. Голубева А.П., Старикова Т.В., Михайлов Л.А. Учет, оценка и анализ клинико-экспертной деятельности лечебно-профилактического учреждения. Методические рекомендации под ред. члена-корреспондента РАМН, проф. В.З.Кучеренко. - Качество медицинской помощи. 2003. №3. - С. 24-29.

2. Медведская, Д.Р. Комплексная оценка медицинской эффективности деятельности лечебно-профилактических учреждений областного центра / Д.Р. Медведская, Ф.И. Бадаев, Т.В. Чернова // Экономика здравоохранения. – 2003. – №9. – С. 14-17.

3. Москвичева, М.Г. Опыт разработки системы мониторинга показателей эффективности муниципальных систем здравоохранения/М.Г. Москвичева, Ч.Ю. Ведом // Бюллетень национального НИИ общественного здоровья РАМН. – Выпуск 2 – М, 2009г. – С. 86–88.

4. Пушкарёв О. В. Критерии и количественная оценка эффективности управления здравоохранением / О. В. Пушкарёв // Общественное здоровье и здравоохранение. – 2008. – № 2. – С. 23-27.

5. Рычихина Э.Н. Роль мониторинга в формировании перспективного плана социально-экономического развития муниципального образования.// Региональная экономика и управление: электр. науч. журн. ГОУ ВПО «ВятГУ», ООО

"МЦНИП". 2008. №1 (13).
<http://region.mcnip.ru/modules.php?name=Search/>

6. Терещенко Л.К. Услуги: государственные, публичные, социальные// Журнал российского права. 2004. – №10. – С.15.

7. Benchmarking Health in the Information. Society in Europe and the US. SIBIS. March 2003. – <http://www.sibis-eu.org/about/about.htm>

8. Health Departments of the United Kingdom. Second Report of the National Screening Committee, October. 2000. - P. 18-24.

9. Ministers of Foreign Affairs et al. Oslo Ministerial Declaration-global health: a pressing foreign policy issue of our time. The Lancet. 2007, 369 (9570):1373–1378.

10. The Queen (on the application of Remedy UK Ltd.) General Medical Council [2010] EWHC 1245 (Admin).
www.bailii.org/ew/cases/EWHC/Admin/2010/1245.html.

Координаты для связи с автором:

Дьяченко Владимир Гаврилович - e-mail: ozd_fesmu@mail.ru

Таблица 1. Показатели выполнения видов и объемов медицинской помощи и расходов консолидированных бюджетов субъектов РФ ДФО в 2009 году*

- Используются статистические данные приложений к докладу «О ходе реализации Программы государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи в 2009 году» (МЗиСР 2010.)

Субъект Российской Федерации	Объем стационарной медицинской помощи в расчете на одного жителя (койко-день)	Объем амбулаторной медицинской помощи в расчете на одного жителя (посещение)	Объем скорой медицинской помощи в расчете на одного жителя (вызов)	Объем медицинской помощи в дневных стационарах в расчете на одного жителя (пациенто-день)	Расходы консолидированного бюджета субъекта Российской Федерации на ТПГГ в расчете на одного жителя (рублей)
Респ. Саха (Якутия)	3,624	9,298	0,372	0,559	7 379,5
Камчатский край	3,365	7,330	0,439	0,550	7 981,6
Приморский край	2,636	8,262	0,330	0,559	2 580,4
Хабаровский край	2,846	9,466	0,437	0,529	4 228,8
Амурская область	3,040	8,563	0,446	0,662	4 446,2
Магаданская область	4,655	9,080	0,414	0,985	14 416,2
Сахалинская область	4,373	8,558	0,463	0,626	13 117,4
ЕАО	2,597	9,356	0,494	0,711	2 999,0
ЧАО	4,379	8,159	0,392	0,084	6 446,6

Передовая статья В.Б. Пригорнев, Е.Ю. Руссу, В.Г. Дьяченко

Здравоохранение административных центров субъектов Российской Федерации ...

Таблица 2. Показатели, отражающие медицинскую результативность, экономическую эффективность и социальную удовлетворенность здравоохранения муниципальных образований ДФО

№ п/п	Население, чел. Наименование показателей	Владивосток	Хабаровск	Якутск	Благовещенск	Петропавловск	Ю.Сахалинск	Магадан	Биробиджан	Анадырь*
		605030	579168	282000	211827	194283	182268	106402	75467	—
I. Показатели, отражающие медицинскую результативность										
1.	Охват населения (старше 17 лет) профосмотрами на туберкулез (в % от числа населения)	45,89	73,59	27,31	65,27	28,45	67,79	53,67	74,41	—
2.	Охват населения (старше 17 лет) профосмотрами на злокачественные новообразования (в % от числа населения)	35,54	32,00	14,83	77,52	14,36	9,76	22,83	Не проводятся	—
3.	Число случаев смерти лиц в возрасте до 65 лет на дому (абс.)	1074	1147	1188	338	161	434	397	53	—
4.	В том числе случаев смерти лиц в возрасте до 65 лет от инфаркта миокарда и инсульта (абс) (% от числа случаев смерти лиц в возрасте до 65 лет)	299 2,78	85 7,42	15 1,26	12 3,55	22 13,66	28 6,45	23 5,79	5 9,43	—
II. Показатели, отражающие экономическую эффективность										
1.	Среднегодовая занятость койки в муниципальных учреждениях здравоохранения (дней)	327,9	307,1	312,7	338,0	346,0	332,6	296,2	Нет**	—
2.	Средняя продолжительность пребывания пациента на койке в муниципальных учреждениях здравоохранения (к/дней)	10,2	8,6	9,0	10,8	12,3	11,8	10,1	Нет**	—
3.	Объем медицинской помощи, предоставляемой муниципальными учреждениями здравоохранения:									—
	– Стационарная (к/дней на 1жителя)	1,624	0,965	1,080	1,752	1,708	1,939	1,199	Нет**	—
	– Амбулаторная (посещ. на 1жителя)	7,675	8,308	7,680	10,812	6,809	8,045	7,698	Нет**	—
	– Дневн. стац. (к/дней на 1жителя)	0,325	0,522	0,470	0,786	0,346	0,594	0,529	Нет**	—
	– СМП (вызовов на 1жителя)	0,317	0,334	0,450	0,458	0,353	0,366	0,369	0,529	—
4.	Общий объем расходов бюджета муниципального образования на здравоохранение (руб. на 1 жителя)	1227,14	1564,13	1075,53	3975,66	2494,82	6419,91	4583,17	689,37	—
III. Показатели, отражающие социальную удовлетворенность населения оказанной медицинской помощью (%)										
1.	Удовлетворенность населения оказанной медицинской помощью (%)	87,5	88,2	62,00	91,4	65,6	91,3	48,8	Опросы не проводятся	—

* По информации главы администрации городского округа Анадырь А.Г. Щеголькова «муниципальное здравоохранение в ЧАО отсутствует» (20.06.2010 № 0303/1411)

** Стационарная помощь и значительная часть амбулаторной помощи населению г. Биробиджана оказывается в ЛПУ областного подчинения