

УДК 614.2.003 (571.56/.6)

Ю.В. Кирик, Н.А. Капитоненко, С.Н. Киселев

Особенности ресурсного обеспечения здравоохранения Дальневосточного федерального округа Российской Федерации и основные тенденции его развития

Дальневосточный государственный медицинский университет, г. Хабаровск.

Контактная информация: Ю.В. Кирик e-mail: ozd_fesmu@mail.ru

Резюме

В статье приводится анализ показателей деятельности сети учреждений здравоохранения, функционирующих на территории Дальневосточного федерального округа Российской Федерации. На современном этапе развитие отрасли, осуществление модернизации здравоохранения, целью которой является повышение доступности и обеспечение высокого уровня качества медицинской помощи, требует научного изучения процессов, происходящих в последнее десятилетие в системе здравоохранения, эффективного использования и распределения ресурсов, а так же возможных предложений и практических рекомендаций для решения вопросов совершенствования медицинской помощи.

Ключевые слова: Дальневосточный федеральный округ, субъекты, медицинские организации, медицинская помощь, тенденции развития.

Yu.V.Kirik, N.A.Kapitonenko, S.N. Kiselev

Features resource public health services maintenance Far East federal district of the Russian Federation and the basic tendencies of its development

Far East state medical university, Khabarovsk

e-mail: ozd_fesmu@mail.ru

Summary

In article analysis the indicators of activity a network of establishments the public health services functioning in territory of Far East federal district of the Russian Federation. At the present stage branch development, realization of modernization of the public health services which purpose is increase of availability and maintenance a high degree of quality a medical care, demands scientific studying of the processes occurring last decade in system of public health services, an effective usage and distribution of resources, and as possible offers and practical recommendations for the decision questions of perfection medical care..

Key words: Far East federal district, subjects, the medical organizations, medical care, development tendencies

Введение

В Российской Федерации с 2011 года реализуется широкомасштабная программа модернизации здравоохранения с целью повышения доступности и качества медицинской помощи. В настоящее время, как никогда, система здравоохранения нуждается в научной теоретической и методологической платформе, основанной на объективной ситуации в сфере охраны здоровья граждан, с учетом специального и углубленного изучения показателей здоровья населения, проводимых лечебно-профилактических мероприятий, эффективной работы медицинских учреждений, использования трудовых, материальных и финансовых ресурсов. Результаты такого анализа позволят сформировывать стратегию и тактику, цели и направления социально-экономической политики отрасли. Подтверждением сказанному является ухудшающееся здоровье населения России при непрекращающихся попытках реформирования здравоохранения без должного научного обоснования.

Применительно к Дальневосточному федеральному округу сложность ситуации заключается в том, что по сравнению со средними данными Российской Федерации в Дальневосточном федеральном округе следствия всеобщих

реформ проводимых в последние годы проявились наиболее остро в виду климатогеографических, техногенных и социально-экономических условий региона.

Материалы и методы

Объектом изучения явилась сеть учреждений здравоохранения субъектов Дальневосточного региона, предметом исследования соответственно - эффективность деятельности сети медицинских учреждений.

Для проведения научного анализа ресурсного обеспечения и деятельности медицинских учреждений Дальневосточного федерального округа Российской Федерации были использованы данные Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации [1, 2, 3], Федеральной службы государственной статистики Российской Федерации территориального органа Федеральной службы государственной статистики по Хабаровскому краю, программ модернизации здравоохранения субъектов Дальневосточного федерального округа Российской Федерации.

Время статистического исследования включает период второго десятилетия настоящего столетия.

Полученные данные оценивались путем вычисления относительных величин, обработки динамических рядов, проведения сравнительного анализа.

Обсуждение результатов

Как следует из табл. 1, сеть государственных и муниципальных медицинских учреждений Дальнего Востока в течение десяти лет сократилась - на 19,2 %, в Российской Федерации - на 49,1%. Обращает на себя внимание, особенно высокий

темп убыли самостоятельных амбулаторно-поликлинических учреждений, который в регионе составил - 44,8 %, в стране - 66 %, вместе с тем за исследуемый период стоматологических поликлиник в Дальневосточном федеральном округе увеличилось в 1,2 раза, в Российской Федерации сократилось на 13,4 %.

Таблица 1. Сеть медицинских учреждений в РФ и ДФО в 2000-2010 гг.

№ п/п	Тип медицинского учреждения	Российская Федерация			Дальневосточный федеральный округ		
		2000	2010	2000/2010 %	2000	2010	2000/2010 %
1.	Всего учреждений	17627	8960	- 49,1	1441	1164	-19,2
2.	Больничные учреждения	9946	5705	- 42,6	781	616	-21,1
	- из них больниц -диспансеров, имеющих стационары	8856	4963	- 43,9	654	517	-20,9
3.	Учреждения, оказывающие амбулаторно-поликлиническую помощь	17689	11314	- 36,0	660	546	-17,3
	- из них самостоятельные поликлиники	6306	2141	- 66,0	250	138	- 44,8
	в т.ч. стоматологические	927	802	- 13,4	36	46	27,8

По данным Минздравсоцразвития России и программ модернизации здравоохранения субъектов Дальневосточного федерального округа

Из вышеизложенного очевидно, что развитие учреждений здравоохранения в последние годы происходило в условиях рынка, закона стоимости и конкурентного механизма.

Обеспеченность населения стационарной медицинской помощью в исследуемый период в ДФО сократилась на 29,0% или 25 500 коек, в Российской Федерации - на 20,5% (323 200 коек) и составила в 2010 году соответственно 96,1 и 88,1 на 10 000 населения. Наибольшее сокращение отмечалось в Камчатском крае - 40,6% (2 600 коек), Чукотском ав-

тономной округе - 38,4 % (500 коек), Еврейской автономной области - 34,6 % (900 коек), Амурской области - 33,5 % (4 400 коек), Магаданской области - 33,3 % (1 100 коек), Приморском крае - 31,7% (7 400 коек) (Табл. 2).

При снижении обеспеченности больничными койками вместе с тем количество жителей на одну койку увеличилось в ДФО - с 78 до 104 человек (33,3 %), в РФ - с 92 до 113 человек (22,8%). Отмечаются низкие показатели обеспеченности количества жителей на одну койку в Чукотском автономном округе, Магаданской и Сахалинской областях, Камчатском крае, Республики (Саха) Якутия.

Таблица 2. Обеспеченность населения больничными койками в 2000 -2010 гг.

Территория	Число коек, тыс.			Число коек на 10 000 населения			Кол-во жителей на одну койку		
	2000	2010	Темп прироста	2000	2010	Темп прироста	2000	2010	Темп прироста
РФ	1573,3	1250,1	-20,5	109,1	88,1	-19,2	92	113	22,8
ДФО	87,4	61,9	-29,1	128,0	96,1	- 24,9	78	104	33,3
Республика Саха (Якутия)	14,6	10,4	-28,7	152,6	109,5	-28,2	65	91	40,0
Камчатский край	6,4	3,8	-40,6	235,4	110,9	-55,9	57	90	57,9
Приморский край	23,3	15,9	-31,7	110,2	80,2	-27,2	90	124	37,8
Хабаровский край	15,5	11,8	-23,8	106,7	84,2	-21,1	94	118	25,5
Амурская область	13,1	8,7	-33,5	142,2	101,5	-28,6	70	98	40,0
Магаданская область	3,3	2,2	-33,3	173,1	135,1	-21,9	58	73	25,9
Сахалинская область	7,7	6,6	-14,2	136,6	129,6	-5,1	72	77	6,9
ЕАО	2,6	1,7	-34,6	136,4	94,5	-30,7	74	108	45,9
ЧАО	1,3	0,8	-38,4	241,6	155,6	-35,5	48	60	25,0

По данным Минздравсоцразвития России и территориального органа Федеральной службы государственной статистики по Хабаровскому краю

При снижении обеспеченности больничными койками в целом по Дальневосточному округу на 20,6 % в 2010 г. по сравнению с 2002 г. занятость койки за восемь лет повысилась на 0,9 %, среднее пребывание больного на койке уменьшилась на 11,9 %, уровень госпитализаций населения снизился на 2,1 %.

Госпитализированная заболеваемость позволяет судить об обеспеченности больничными койками, а также отражает организацию и преемственность больницы и внебольничной помощи.

Как показано на табл. 3, показатель госпитализированной заболеваемости в 2010 году на территории ДФО в сравнении с общероссийским показателем выше, и который в целом составил 23,0 и

22,3 на 100 чел. соответственно. Фиксируется наиболее высокая частота госпитализаций в Чукотском автономном округе (32,8), Сахалинской области (29,1), Магаданской области (27,7), Республики Саха (Якутия) (27,2).

Изучение тенденций показателей госпитализированной заболеваемости на исследуемых территориях выявило темп прироста за восемь лет на 13,1 % в Чукотском автономном округе; 5,8 % - Сахалинской области; 5,3 % - Магаданской области; 0,5 % - Хабаровском крае.

По данным исследования выявлена разная степень интенсивности использования коечного фонда по показателю среднего числа работы койки в году. Так в субъектах округа каждая койка в 2010 году использовалась в среднем от 294 до 340 дней в году и 25 и 71 дней она не была занята больными по тем или иным

причинам. Низкая эффективность использования больничной койки выявлена на территориях Амурской области (294 дня) и Камчатского края (313 дней), Еврейской автономной области (320 дней), Чукотского автономного округа (325

дней). Вместе с тем сокращение среднего числа дней занятости коек в период 2002 - 2010 гг. на 23 дня в Амурской области, 13 дней в Еврейской автономной области и 4 дня Сахалинской области также значительно снижает эффективность использования коек.

Таблица 3. Деятельность стационаров территорий ДФО в 2002-2010 гг.

Территория	Уровень госпитализации на 100 человек			Средняя занятость койки		Средняя длительность пребывания	
	2002	2010	Темп прироста, %	2002	2010	2002	2010
РФ	22,9	22,3	-2,6	316	325	14,7	12,6
ДФО	23,5	23,0	-2,1	322	325	15,1	13,3
Республика Саха (Якутия)	30,4	27,2	-10,5	324	326	14,9	13,0
Камчатский край	31,85	23,5	-26,2	284	313	17	14,5
Приморский край	20,4	20,1	-1,5	322	336	14,9	13,0
Хабаровский край	21,2	21,3	0,5	321	327	15,0	12,8
Амурская область	23,1	22,7	-1,7	317	294	15,6	13,0
Магаданская область	26,3	27,7	5,3	329	340	16,5	15,9
Сахалинская область	27,5	29,1	5,8	341	337	15,2	14,2
ЕАО	23,4	22,4	-4,3	333	320	12,4	12,4
ЧАО	29,0	32,8	13,1	262	325	15,4	15,1

По данным Минздравсоцразвития России

Средняя длительность больного в стационаре сократилась по сравнению с 2002 годом в Дальневосточном федеральном округе до 13,3 (-1,8) дней. Не изменился или практически не изменился этот показатель в Еврейской автономной области, Чукотском автономном округе, Магаданской области. Значительное снижение показателя средней длительности лечения больного в стационаре отмечается на территориях Амурской области (2,6 дня), Камчатском (2,5 дня) и Хабаровском (2,2 дня) краях. Следует отметить, что в соответствии с рекомендуемыми нормативами программы государ-

ственных гарантий показатель средней длительности пребывания больного в стационаре в 2010 году превышал в Магаданской области, Чукотском автономном округе, Камчатском крае.

Таким образом, полученные результаты свидетельствуют о дисбалансе на территориях Дальневосточного региона обеспеченности и обоснованной потребности населения в стационарной помощи, неэффективном использовании коечного фонда в большинстве субъектах. Тем самым, при дальнейшем реформировании отрасли, в том числе и стационарной медицинской помощи, необходимо изменение подходов к планированию и финансированию

медицинской помощи на территории округа, с учетом научных и опытно-конструктивных работ.

Что касается потребления амбулаторно-поликлинической помощи, то в 2010 г. по сравнению с 2000 г. в Дальневосточном федеральном округе число посещений в смену выросло незначительно:

с 163,1 до 164,1 тысяч. В течение десяти лет данный показатель на территории ДФО снизился в Чукотском автономном округе (с 2,8 до 2,5 тысяч посещений в смену), Камчатском крае (с 9,6 до 8,8), Магаданской области (с 6,5 до 6,1), Амурской области (с 23,5 до 23, 2), Республики Саха (Якутия) (с 26,1 до 25,9).

Таблица 4. Мощность амбулаторно-поликлинических учреждений в ДФО в 2000 - 2010 гг.

Территория	Тысяч посещений в смену		Посещений в смену на 10 000 человек населения		
	2000	2010	2000	2010	Темп прироста, %
РФ	3533,7	3691,9	243,2	258,3	6,2
ДФО	163,1	164,1	238,7	261,1	9,4
Республика Саха (Якутия)	26,1	25,9	272,2	270,1	-0,8
Камчатский край	9,6	8,8	261,4	274,7	5,1
Приморский край	42,2	43,9	199,1	224,9	13,0
Хабаровский край	35,8	36,6	245,2	272,7	11,2
Амурская область	23,5	23,2	254,1	280,5	10,4
Магаданская область	6,5	6,1	337,3	389,5	15,5
Сахалинская область	12,7	12,8	227,0	257,6	13,5
ЕАО	3,9	4,2	202,8	236,2	16,5
ЧАО	2,8	2,5	481,1	504,3	4,8

По данным Госкомстат РФ

В период 2000 - 2010 гг. мощность амбулаторно-поликлинических учреждений на Дальнем Востоке в расчете на 10 000 населения выросла на 9,4%. Важно отметить, что во всех субъектах округа отмечается прирост числа посещений в смену (на 10 000 человек). Только в Республике Саха (Якутия) произошло снижение этого показателя на 0,8%.

Тем не менее, полученные нами данные показателей мощности амбулаторно-поликлинических учреждений территорий округа в относительных величинах объясняется сокращением численности

населения в регионе (на 5,7 % или 392 тысяч человек) и как следствие функционирующих медицинских учреждений.

Одним из наиболее значимых критериев, отображающих характер деятельности амбулаторно-поликлинических учреждений, является первичная заболеваемость населения.

Среднегодовой уровень перечной заболеваемости в 2010 году в Дальневосточном федеральном округе составил 830,6 на 1000 населения, общероссийский среднегодовой показатель соответственно - 779,6. Особую тревогу вызывает крайне высокие показатели первичной заболеваемости в Республике Саха (Яку-

тия) - (1023,5 на 1000 населения), Чукотском автономном округе (1213,7), Сахалинской области (924,9), Камчатском крае (863,2).

Изучение тенденций показателей первичной заболеваемости в ДФО вы-

явило темп прироста 12,6 %, по РФ этот показатель составил - 6,7 %, что свидетельствует о более высоком темпе его прироста на исследуемых территориях.

Таблица 5. Первичная заболеваемость населения в ДВФО в 2000-2010 гг. (на 1000 человек)

Территория	2000	2003	2005	2009	2010	Темп прироста, %
РФ	730,5	748,6	745,9	802,5	779,6	6,7
ДФО	740,9	769,2	755,6	837,4	830,6	12,1
Республика Саха (Якутия)	773,5	847,1	884,9	1015,9	1023,5	32,3
Камчатский край	790,4	859,2	832,0	867,0	863,2	9,2
Приморский край	703,5	752,1	723,3	819,9	796,0	13,1
Хабаровский край	745,2	731,6	698,8	751,6	736,5	-1,2
Амурская область	576,6	610,8	645,6	767,5	779,2	35,1
Магаданская область	945,9	948,2	855,2	879,7	809,8	-14,4
Сахалинская область	990,9	934,2	906,0	909,6	924,9	-6,7
Еврейская автономная область	622,4	678,1	612,7	696,2	707,9	13,7
Чукотский автономный округ	1040,3	1173,8	1224,0	1203,6	1213,7	16,7

По данным Госкомстат РФ

Отрицательная динамика уровня первичной заболеваемости наблюдалась только в трех субъектах - Магаданской и Сахалинской областях, Хабаровском крае.

Нерешенные проблемы обеспечения взаимодействия и преемственности в деятельности всех звеньев системы здравоохранения на Дальнем Востоке, развитие амбулаторно-поликлинического звена, перераспределение объемов деятельности между больничной, внебольничной и медико-социальной помощи не могут не сказаться на уровне потребления скорой медицинской помощи, который с 2002 года повысился на 2,1%.

К 2010 году ситуация не улучшилась в Чукотском автономном округе, где темп прироста уровня потребления скорой медицинской помощи составил - 44,3%, Республики Саха (Якутия) - 21,6 %, Амурской области - 7,5% и Хабаровском крае - 5,0%.

Во всех субъектах ДФО, за исключением Приморского края в 2010 г. количество вызовов скорой медицинской помощи на 1000 жителей превышает среднероссийский показатель. Крайне бедственное положение отмечено в Еврейской автономной области, Чукотском автономной округе, Камчатском крае, Амурской и Магаданской областях.

Всему вышесказанному можно было бы найти оправдание, если бы ни оценка показателей общей смертности населения региона,

поскольку оценить эффективность мероприятий в регионе позволяют именно эти водимых лечебно-профилактических мероприятий показатели.

Таблица 6. Количество вызовов СМП на 1000 жителей в 2002-2010 гг.

Территория	2002	2010	Темп прироста, %
РФ	369	357,3	-3,2
ДФО	415	423,6	2,1
Республика Саха (Якутия)	326	396,5	21,6
Камчатский край	614,5	483,0	-21,4
Приморский край	385	354,9	-7,8
Хабаровский край	420	440,9	5,0
Амурская область	448	481,7	7,5
Магаданская область	482	470,7	-2,3
Сахалинская область	518	462,0	-10,8
ЕАО	426	614,6	44,3
ЧАО	685	526,4	-23,2

По данным Минздравсоцразвития России

Анализ официальных статистических данных в период 2000-2010 гг. показал, что, несмотря на низкие показатели коэффициента общей смертности населения в ДФО, по отношению к среднероссийским показателям, темп пророста ко-

эффициент общей смертности за анализируемый период на Дальнем Востоке составил - 4,5% (с 13,2% до 13,8%), при темпе убыли в Российской Федерации - 7,2% (с 15,3% до 14,2%) (Табл. 7).

Таблица 7. Динамика общего коэффициента смертности в ДФО в период 2000 - 2010 гг. (на 1000 населения)

Территория	2002	2005	2010	Темп прироста, %
РФ	15,3	16,1	14,2	-7,2
ДФО	13,2	15,3	13,8	4,5
Республика Саха (Якутия)	9,7	10,2	9,8	1,0
Камчатский край	11,0	12,6	12,6	14,5
Приморский край	13,9	16,2	14,3	2,9
Хабаровский край	14,1	16,3	14,6	3,5
Амурская область	14,6	16,9	15,5	6,2
Магаданская область	11,8	13,6	13,0	10,2
Сахалинская область	13,4	17,4	14,9	11,2
ЕАО	14,5	17,9	15,5	6,9
ЧАО	9,6	11,8	13,8	43,8

По данным Минздравсоцразвития России

Рост показателя общей смертности произошел во всех субъектах Дальнего Востока. В 2010 году по отношению к 2000 году наибольший темп прироста

изучаемого показателя наблюдался в Чукотском автономной округе (43,8%), Камчатском крае (14,5%), Сахалинской и Магаданской областях (11,2 % и 10,2% соответственно).

Заключение

Таким образом, проведенный анализ использования ресурсного обеспечения в сфере здравоохранения Дальневосточного федерального округа Российской Федерации, показывает, что за исследуемый период снизился уровень эффективности использования ресурсов здравоохранения. В субъектах Дальнего Востока отмечен дисбаланс обеспеченности с потребностью населения в медицинской помощи. Исторически сложившиеся в регионе сеть медицинских учреждений, их структура, типы, количество и мощность в традиционных рамках административно-территориального деления претерпели изменения, которые не обеспечивают должного уровня оказания медицинской помощи.

В современных условиях система здравоохранения претерпевает значительные изменения, с которыми связаны: переход на одноканальное финансирование учреждений здравоохранения, изменение организационно-правовой формы собственности медицинских организаций, внедрение современных информационных систем, разработка и внедрение стандартов и порядков оказания медицинской помощи населению, укрепление материально-технической базы учреждений и т.д.

Анализ официальных данных ресурсно-

го обеспечения и деятельности медицинских учреждений Дальневосточного федерального округа Российской Федерации убеждает в том, что решение проблемы оптимального использования ресурсов здравоохранения возможна при условии научно-практического подхода.

Список литературы

1. Регионы России. Основные характеристики субъектов Российской Федерации, 2011 г: Статистический сборник / Росстат. - М., 2011. - 662 с.
2. Ресурсы и деятельность учреждений здравоохранения / Статистический сборник: Минздравсоздания Российской Федерации, Департамент организации медицинской профилактики, медицинской помощи и развития здравоохранения, Центральный научно - исследовательский институт организации и информатизации здравоохранения. - Москва. - 2011 г. - 77 с.
3. Деятельность и ресурсы учреждений здравоохранения в 2003 году / Статистический сборник: Минздравсоздания Российской Федерации, Департамент развития медицинской помощи и курортного дела, Центральный научно - исследовательский институт организации и информатизации здравоохранения, ВЦМК «Защита». Изд-во: М. - ГЭОТАР - МЕД. - 2004. - 64 с.