

УДК 614.2 : 364.4 ] 001.8 (571.56/.6)

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

## **Предпосылки реформирования здравоохранения Дальнего Востока России в контексте региональных программ модернизации отрасли**

*Дальневосточный государственный медицинский университет, г. Хабаровск.*

*Контактная информация: В.Г. Дьяченко e-mail: [ozd\\_fesmu@mail.ru](mailto:ozd_fesmu@mail.ru)*

### **Резюме**

Проведен ситуационный анализ здравоохранения Дальнего Востока России, который показал, что без учета региональных особенностей и выполнения планового финансирования видов и объемов медицинской помощи, гарантированных государством, возрастут риски реализации реформ отрасли. Программа модернизации 2011-2012 гг. - крупнейший проект в сфере здравоохранения Дальнего Востока, требует своего логического продолжения, как минимум до 2018 года. В противном случае, наиболее вероятным сценарием развития здравоохранения региона станет сохранение тенденций отставания от центральных регионов России.

**Ключевые слова:** Дальний Восток России, здравоохранение, реформы, модернизация

E. Russu , V.Prigornev, V. Diatchenko

## **Prerequisites of health care reform the Russian Far East in the context of regional programs to modernize the industry**

*Far East state medical university, Khabarovsk*

*e-mail: [ozd\\_fesmu@mail.ru](mailto:ozd_fesmu@mail.ru)*

### **Summary**

There was made the situational analysis of health system of the Far East of Russian Federation, which revealed that, without taking into consideration of regional features and execution of planned financing of types and volumes of medical assistance, guaranteed by the state, the risks of realization of reforms in medical sphere will arise. The program of modernization for the period of 2011-2012 years is the biggest project in the sphere of the health system of the Far East, it demands its logical continuation up to 2018 year like minimum. In the other case, the most probable scenery of the development of the health system of the region will be the keeping of tendencies staying apart of central regions of Russian Federation.

**Key words:** Russian Far East, health care, reform, modernization

*«Вестник общественного здоровья и здравоохранения Дальнего Востока России» 2013 №1*

<http://www.fesmu.ru/voz/20131/2013101.aspx>

## Введение

Реформирование системы здравоохранения не следует рассматривать изолированно в отрыве от концептуальных планов развития Дальнего Востока России. На нынешнем этапе эта проблема становится еще более острой, учитывая изменяющуюся политическую и экономическую ситуацию в Азиатско-Тихоокеанском регионе (АТР) [1]. Осознание того, что новым мировым центром развития стал АТР, а Россия оказывается представленной в нем едва ли не самой неразвитой и малозаселенной своей частью – Дальним Востоком, должно изменить подходы к формированию стратегии развития этого региона.[8] Иначе высокий уровень рисков сохранится и усилит крайне опасную для России геополитическую ситуацию в АТР [4].

## Обсуждение результатов

История освоения Дальнего Востока указывает на то, что его развитие проходило под постоянным патронажем государства, причем не только в советский период, но и в царской России, в которой успешно функционировали рыночные институты. Достаточно вспомнить программу аграрного переселения П. А. Столыпина, которая целиком финансировалась государством и, вероятно именно поэтому была в целом успешной.

Или строительство Транссибирской магистрали, для которой С. Ю. Витте выдвинул принцип: «дорога не для коммерции, а для России». Реализация этого принципа обеспечивалась субсидиями правительства на поддержание единого тарифа на всем протяжении магистрали от Урала до Владивостока, что уравнивало экономические условия восточных окраин с европейскими районами страны.

Сегодня становится понятным тезис о том, что Дальневосточный федеральный округ (ДФО) – это весьма неоднородный с разных точек зрения регион. Причем эта дифференциация за последние десять лет только увеличивалась. По существу, при оценке перспектив развития региона, следует ответить на три основных вопроса: какая структура экономики соответствует интересам эффективного и устойчивого развития, как решать проблему народонаселения, каковы приоритеты в сфере экономической кооперации? Варианты ответов на эти вопросы зависят от прогнозируемого в перспективе сочетания внешних и внутренних факторов и условий экономического развития региона, описываемых возможными сценариями будущего, причем не только для всего макрорегиона в целом, но и для каждого субъекта РФ ДФО в частности [10]. Самым сложным моментом любого сценария развития Дальнего Востока России является нерешенная проблема социальной адаптации и народонаселения. Проблему потенциального дефицита рабочей

силы для инновационного развития региона решить проще, чем проблему создания достойной и признаваемой самим населением комфортной и безопасной жизни в субъектах РФ ДФО. Только тогда его жители перестанут рассматривать Дальний Восток как «божье наказание», от которого следует как можно быстрее избавиться.

В начале 2013 года была сформирована новая программа стратегического развития региона. По сравнению с предыдущими версиями этой программы, ее финансирование значительно увеличилось. Самым главным, на наш взгляд дефектов, как «старых», так и современных программ стратегического развития ДФО является отсутствие реальных путей решения главного вопроса: «Принципиальное изменение качества жизни населения Дальнего Востока России». Тем не менее, риск реализации «новой» программы велик. Достаточно сопоставить уровень её финансирования с уровнем финансирования аналогичной программы развития провинций Китая, граничащих с Российским Дальним Востоком [3]. Эта разница впечатляет [11].

Мы полагаем, что сегодня требуется кардинальный пересмотр взгляда российской элиты на Дальний Восток России, как некий провинциальный регион, который требует постоянного роста расходов федерального бюджета. Наоборот,

на Дальний Восток России надо смотреть как на самую передовую, самую главную часть государства с которой должно начинаться инновационный путь развития. Без решения проблем народонаселения и повышения качества жизни жителей региона, ни о каком инновационном развитии субъектов РФ ДФО и России в целом, просто не может быть и речи.

**Региональные различия.** Ухудшение медико-демографической ситуации в ДФО было обусловлено рядом причин (рост экономической напряженности, экологического и санитарно-эпидемиологического неблагополучия, резкого снижения объема профилактических мер по охране здоровья дальневосточников, снижения качества жизни у большей части населения и др.), спровоцированные «перестройкой» и «рыночными реформами».

В то же время следует отметить, что формально статистические показатели номинальных доходов населения ДФО сопоставимы с их уровнем у жителей центральных регионов России. Однако это только видимость относительного благополучия. С учетом разницы в ценах и в потребительских минимумах современное отставание реального уровня душевых потребительских расходов населения ДФО от среднероссийских показателей следует оценить в 20-25%. А если учесть еще и стоимость транспортных затрат на поездки жителей востока страны в центральную Россию, разница в уровне реального потребления значительно превысит 30%.

Наши наблюдения указывают на связь здоровья с экономикой и социальной стороной жизни людей, которая проявляется в том, что уровень здоровья как медико-демографическая и социальная категория представляет важную составную часть социально-экономического понятия «уровень жизни населения». Состояние здоровья дальневосточников существенно зависит от того, как они живут, какие блага они потребляют, каков их уровень жизни. В то же время образ и качество жизни людей отражают и состояние их здоровья — чем лучше здоровье, тем выше качество жизни, и наоборот.[5] Очевидно, что здоровье населения, или общественное здоровье, складывается из здоровья каждого отдельного индивида. Чем лучше состояние здоровья человека, тем дольше оно сохраняется на оптимальном уровне, тем благополучнее данное общество, тем больше его потенциал положительного развития в целом [17].

Одним из ключевых кризисного состояния здоровья населения Дальнего Востока России, на наш взгляд, является механизм формирования социально обусловленных различий в уровне здоровья дальневосточников и жителей других регионов страны. Уменьшение или сглаживание неравенств в охране здоровья рассматривается сегодня в мире как неотъемлемая составная часть государ-

ственной политики, направленных на поддержание и совершенствование уровня общественного здоровья.

В условиях современной России эта проблема приобрела особую актуальность, поскольку стремительная рыночная трансформация всех сфер жизнедеятельности общества неизбежно сопровождается существенным перераспределением доступа различных социальных групп ко многим социальным, психологическим и экономическим ресурсам, оказывающим влияние на их благосостояние и здоровье [16]. В зоне повышенного риска по уровню заболеваемости, инвалидности и смертности, оказалась значительная часть дальневосточников.

Именно в этой связи имеет место острая необходимость ориентации социальной и инвестиционной политики на создание условий аналогичных существующих в европейских районах страны. И здесь, прежде всего, речь идет о культуре, образовании, здравоохранении, рекреации, жилищных условиях и т.п. Формирование таких условий на всем огромном, слабозаселенном пространстве Дальнего Востока России представляется весьма спорным и дорогостоящим проектом. Однако возможно создание нескольких опорных городов в южной зоне региона, которые стали бы центрами культурного, экономического и социального притяжения. Важнейшей задачей в этой связи является формирование постоянного населения региона с высокими показате-

лями здоровья, что снизит миграционные устремления части дальневосточников.

В настоящее время социальная дифференциация российского общества зашла очень далеко, а старые механизмы социальной интеграции разрушены почти до основания. Понятно, что ни о какой однородности и едином мейнстриме речь уже не идет [19]. При этом, отсутствие в течение всего периода рыночных реформ сколько-нибудь серьезных массовых выступлений классового характера позволяет ставить вопрос о том, что анализ современного дальневосточного общества в рамках подходов, разработанных применительно к обществам классового типа, явно недостаточен. Поэтому следует описывать происходящие на Дальнем Востоке России социальные процессы через призму концепций горизонтальной стратификации, индивидуализации рисков и социальной эксклюзии [13].

Жизнь многих дальневосточников сегодня нельзя назвать достойной, относительно населения других регионов России, например жителей гг. Москвы, Санкт-Петербурга и некоторых центральных регионов страны. Жители ДФО в настоящее время ущемлены по реализации ряда прав (безопасное и здоровое жизненное пространство, условия труда, не наносящие вреда здоровью,

безопасное детство и др.), детальным измерением которых пока никто не занимался. Тем не менее, их перечень почти однозначен, в частности право дальневосточника:

- ✓ на стабильную оплачиваемую работу;
- ✓ на доступную, качественную и безопасную медицинскую помощь;
- ✓ на свободный доступ к образованию и культуре;
- ✓ на свободный доступ к социальным сетям;
- ✓ на адекватное жилище.

Это подтверждает и анализ результатов определения людьми собственной идентичности в рамках исследования «Граждане новой России: кем они себя ощущают и в каком обществе хотели бы жить?» [7]. Анализ однозначно показал, что принадлежность к той или иной социально-профессиональной группе, ни тем более к людям определенного материального достатка не относятся к числу доминирующих идентичностей как россиян вообще, так и наиболее неблагополучной (с точки зрения материального положения) их части. В этой связи с точки зрения термина «социальная эксклюзия», многие дальневосточники могут отнести себя к группе отверженных, по причине того, что им стали недоступны некогда привычные транспортные, образовательные, коммунальные, социальные и медицинские услуги. Причем разрыв между дальневосточниками и жителями европейской части страны в этом смысле продолжает расти, что подпитывает, остающийся высоким,

уровень миграционного оттока населения из региона [6]. Разрыв экономических, культурных, социальных и образовательных связей между жителями Дальнего Востока и Европейской части России, сознательно, или неосознанно блокируется транспортными ограничениями, которые формируются на уровне государственной транспортной политики.

### **Транспортные ограничения.**

Дальний Восток России является важным звеном естественного транспортного моста между странами Западной Европы, Северной Америки и Восточной Азии. С одной стороны, это – сухопутный мост, основой которого являются Транссиб и БАМ. Их суммарная пропускная способность превышает 110 млн. тонн грузов в год и может быть увеличена. Более того, современные технологии позволяют преодолеть климатические и горно-геологические сложности и создать на базе Транссиба скоростное железнодорожное сообщение. Уже сегодня ДФО обладает значительной портовой инфраструктурой – здесь расположены 29 из 66 российских морских портов. Сочетание развитой портовой инфраструктуры и ускоренного сухопутного сообщения в будущем многократно увеличит возможности региона по оказанию транзитных транспортных услуг. Но это грузовые пере-

возки, а что предусматривают транспортные проекты для дальневосточников? На этот вопрос пока не удастся найти внятного ответа в проектах программ развития региона.

В настоящее время в условиях вступления России в ВТО реализация высокого уровня доступности дальневосточникам глобальных рынков стран АТР повысилась в разы. Попытки отечественных производителей, представляющих дальневосточникам транспортные, медицинские, образовательные, туристические и иные услуги по монополярной цене и качеству, как правило, оканчиваются глобальным провалом. Поэтому продукция предприятий и организаций КНР доминирует во многих секторах рынка субъектов РФ ДФО.

Отдельно стоит вопрос о транспортных ограничениях для дальневосточников внутри ДФО с точки зрения социальной эксклюзии. Перемещение значительной части населения региона, особенно жителей отдаленных северных и сельских поселений за получением доступных образовательных, медицинских, социальных и других услуг, иногда ограничено полным отсутствием внутрирегиональных транспортных связей.

Аналогичные или более сложные ситуации сформировались в большинстве субъектов РФ ДФО относительно транспортной доступности жителей отдельных муниципальных образований, когда муниципальный транспорт прекратил свое существование, а предпринимателям стало невыгодно осу-

цествлять втутрирегиональные или внутрирайонные пассажирские перевозки. Причем это касается не только авиатранспорта, но и железнодорожного, речного и автомобильного. Следует отметить, что жители сельских и отдаленных поселений ДФО готовы в отдельных случаях заплатить любые деньги, например, чтобы попасть в столицу региона для получения медицинских услуг в рамках программы государственных гарантий оказания бесплатной медицинской помощи. То есть речь уже не идет о ценах и тарифах, – речь достаточно часто идет о самой жизни дальневосточников.

Именно в этой ситуации происходит «перекачивание» ресурсов здравоохранения (кадровых, материально-технических и финансовых) на региональный уровень, где производятся преимущественно специализированные услуги. Первичный уровень квалифицированной медицинской помощи для многих жителей ДФО становится недоступным, поскольку закрыты «неэффективные» больницы, поликлиники, врачебные амбулатории. Для жителей этих поселений остается доступной только доврачебная медицинская помощь (фельдшер, фельдшер-акушерка, патронажная медицинская сестра, зубной врач и техник), а к врачу надо ехать в соседний поселок или райцентр. Вот тут то и

начинается реализация социальной эксклюзии с точки зрения ограничения транспортной доступности. Сколько дальневосточников ежегодно гибнет из-за того, что квалифицированная врачебная помощь оказалась для них недоступной неизвестно. Специальной статистики по этому вопросу не ведется

В то же время, не следует сбрасывать со счетов наличие физических и экономических ограничений доступности квалифицированной медицинской помощи по различным критериям, в частности по уровню доходов различных групп населения, распространенности практик легальной и нелегальной (теневой) оплаты медицинских услуг и медикаментов. Однако в условиях ДФО транспортные ограничения доступности медицинской помощи в рейтинге причин занимают одно из ведущих мест.

**Ограничения по уровню бедности.** Расслоение оказывает очень серьезное деморализующее действие на население и его здоровьесохраняющее поведение. Причем в различных регионах уровень неравенства неодназначен.

В целом анализ уровня и профиля бедности в регионах по данным НОБУС оставляет много открытых вопросов [12]. Это объясняется и множественностью факторов, влияющих на региональное неравенство, и проблемами репрезентативности выборки даже в регионах с большим числом обследованных домохозяйств. Тем не менее, проведенный анализ свидетельствует о том, что независимо

от методологии измерения наблюдаются значимые региональные различия в уровне и профиле бедности [2]. Это дает основание говорить о том, что определенные категории дальневосточников, в первую очередь семьи с детьми и пенсионеры автоматически попадают в группу риска по снижению доступности медицинской помощи.

Ограничения в доступности социальных благ и неудовлетворенность уровнем достатка семей накладывает определенный отпечаток и на жизненные планы респондентов. Разброс показателей желания сменить место жительства в целом по выборке выглядит следующим образом: обязательно сменю – 31,3 %, возможно сменю – 23,3 %. Пожалуй, нет и определенно нет – 21,3 % и 8,3 %. Наиболее консервативной показала себя группа респондентов имеющих 3 и более детей. Из них 77,3 % не планируют осуществлять переезд. Напротив, 73,5 % семей без детей, 40,8 % с одним ребенком и 34,2 % с двумя детьми имеют устойчивое желание сменить место жительства [14].

**Проблемы финансирования здравоохранения региона.** На уровень финансирования здравоохранения субъектов РФ ДФО определяющее влияние оказывает объем бюджетных доходов и объем средств фондов обязательного ме-

дицинского страхования. Соотношение финансирования в системе муниципального и государственного здравоохранения к ВРП в 2011 году по сравнению с 2006 годом (годом начала реализации нацпроектов) выросло только в Камчатском крае с 5,3% до 7,7%. В остальных регионах Дальнего Востока произошло снижение. Доля расходов на здравоохранение в консолидированных бюджетах субъектов Федерации региона в 2011 году колебалась от 10,8% в Республике Саха (Якутия) до 19,9 % в Магаданской области.

Что же относительно реального финансирования программ государственных гарантий оказания бесплатной медицинской помощи жителям субъектов РФ ДФО с 2006 по 2012 гг., то и здесь формируются довольно неоднозначные тенденции, в частности фактическое исполнение финансового обеспечения ПГГ в ДФО во всех субъектах РФ региона сохраняет тенденцию к росту (рис.1).

В то же время, если рассмотреть более подробно сам по себе механизм формирования и исполнения ПГГ в субъектах РФ ДФО, то расчетный её уровень в значительной мере отличается от утвержденного и ещё более отличается от уровня её исполнения. То есть в течение исследуемого временного периода (2006-2012 гг.) суммарно отрасль здравоохранения региона недополучала значительное число финансовых ресурсов, от 31,5 % в 2009 г. до 10,8 % в 2012 г. от расчетного уровня.

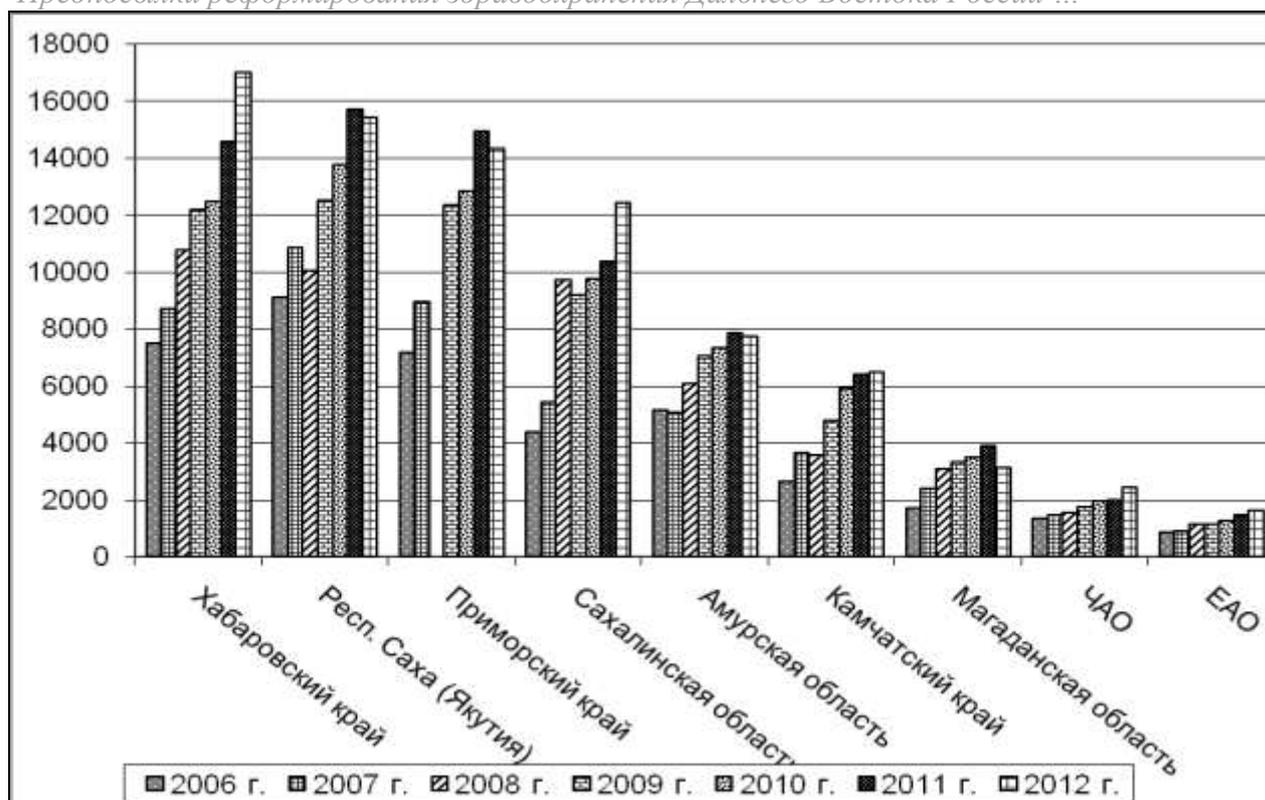


Рис. 1. Фактическое исполнение территориальной программы государственных гарантий оказания бесплатной медицинской помощи населению субъектов РФ ДФО в 2006-2012 гг., млн. рублей.

Это указывает на хронический дефицит обеспечения ПГГ в субъектах РФ ДФО финансовыми ресурсами, на который очень мало влияния оказало финансирование региональных программ модернизации 2011 и 2012 гг.

А, если к этим тенденциям прибавить повсеместный рост региональных тарифов на услуги ЖКХ, а так же тарифы супермонополий на электроэнергию, горюче-смазочные материалы, транспортные расходы, а так же ежегодный уровень инфляции, то ситуация финансового обеспечения ПГГ представится с весьма неприятной стороны. Поскольку в течение нескольких десятилетий накапливалась «усталость» основных

фондов и ресурсов ЛПУ, уровень их износа достиг критических значений, решить проблему которых невозможно только за счет программных мероприятий модернизации 2011-2012 гг.

В 2011 году в пяти субъектах Дальневосточного федерального округа из девяти имел место дефицит финансового обеспечения территориальных программ государственных гарантий оказания бесплатной медицинской помощи населению, из которых в Приморском крае сформировался самый большой недостаток финансовых средств – более 35 % от потребности. В трех субъектах округа программы бездефицитны (табл. 1).

В планах 2012 года изначально также был заложен дефицит исполнения ПГГ в Респ.

публике Саха (Якутия) – 8,4%, Хабаровском крае – 4,4%, Амурской области – 15,5%, Еврейской автономной области – 23,3%). Анализ оперативных данных по итогам 2012 г. показывает, что прогнозы оправдались.

Только трем субъектам РФ ДФО из девяти, удалось фактическое исполнение финансового обеспечения ПГТ в полном объеме. В целом по ДФО исполнение планов финансового обеспечения ПГТ колебалось от 79 до 89,2 %, что не позволяет выполнять принятые в России стандарты оказания медицинской помощи с учетом особенностей половозраст-

ного состава населения региона, а так же уровня и структуры заболеваемости.

**Модернизация здравоохранения и повышение социальной привлекательности региона.** Решение этой задачи невозможно без улучшения здоровья и снижения смертности населения. Многие субъекты РФ ДФО выглядят неблагоприятными даже в ряду других федеральных округов. Тем не менее, показатели количественной обеспеченности территории и населения социальной инфраструктурой большинства субъектов РФ ДФО только в определенной мере можно сравнивать с центральными регионами страны. Поскольку их качественная составляющая оставляет желать лучшего.

Таблица 1 Фактическое исполнение финансового обеспечения территориальной программы государственных гарантий оказания бесплатной медицинской помощи населению, субъектов РФ ДФО в 2006-2012 гг. (млн. рублей)

Субъекты РФ ДФО	2006 г.		2009 г.		2010 г.		2011 г.		2012 г.*	
	Фактическое исполнение	фактическое исполнение (в % от расчетной)	Фактическое исполнение	фактическое исполнение (в % от расчетной)	Фактическое исполнение	фактическое исполнение (в % от расчетной)	Фактическое исполнение	фактическое исполнение (в % от расчетной)	Фактическое исполнение	фактическое исполнение (в % от расчетной)
Респ. Саха (Якутия)	9103,4	86,6	12485,8	74,8	13734,2	82,5	15714,00	94,57	15412,2	90,7
Камчатский край	2621,4	67,9	4766,4	78,0	5896,5	93,2	6386,90	94,44	6460,1	106,0
Приморский край	7170,5	68,7	12325,4	53,2	12842,0	55,6	14910,58	64,48	14320,8	64,9
Хабаровский край	7473,7	86,1	12171,9	71,4	12449,1	73,2	14546,90	83,01	16976,5	98,1
Амурская область	5115,8	90,7	7028,8	66,3	7303,3	69,6	7832,90	74,94	7726,8	79,0
Магаданская область	1701,0	71,5	3311,5	68,8	3462,5	79,8	3863,82	96,16	3106,6	140,4
Сахалинская область	4364,2	73,8	9183,7	74,5	9756,3	83,0	10339,90	101,12	12435,7	110,8
Еврейская АО	838,4	80,5	1121,2	84,5	1265,0	60,1	1465,15	69,82	1632,8	78,2
Чукотский АО	1335,6	95,1	1727,9	120,0	1941,1	159,9	1991,82	170,78	2414,4	97,1
<b>ДФО</b>	<b>39723,9</b>	<b>79,7</b>	<b>64122,6</b>	<b>68,5</b>	<b>68650,3</b>	<b>73,8</b>	<b>8561,33</b>	<b>83,76</b>	<b>80485,8</b>	<b>89,2</b>

\*Оперативные данные на 01.02.2013 г.

Большинство планируемых программных мероприятий не рассматривает проблему с точки зрения нового строительства ЛПУ, а делается попытка решить проблемы за счет реконструкции и модернизации имеющихся основных фондов, хотя износ значительной их части превышает 70 %.

По мнению региональных руководителей, целью дальнейшего реформирования системы здравоохранения должно стать преломление тенденций естественной убыли и снижение уровня заболеваемости дальневосточников. Модернизацию объектов медицинской инфраструктуры следует ориентировать на снижение объема коечного фонда и создание на высвободившихся площадях палат повышенной комфортности и дневных стационаров, обновление технической базы, реализацию рациональных подходов к процессам профилактики заболеваний, внедрение эффективных механизмов экономического стимулирования организаций здравоохранения и их сотрудников.[18]

В условиях низкой плотности населения в большинстве территорий ДФО планируется развивать дистанционные и выездные формы оказания медицинской помощи. На вопрос: «В какую сумму будет ежегодно обходиться эти мероприятия для бюджетов субъектов РФ ДФО?» ответа пока нет, однако

весь предыдущий опыт показывает, что выездные формы работы обходятся в десятки раз дороже, если они выпадают из общей политики охраны здоровья населения региона, нежели строительство и содержание социальной инфраструктуры на местах. Примером такого подхода является реализация медицинского проекта Поезд «Матвей Мудров» ОАО РЖД.[9] Затраты на его содержание известны, но результаты его деятельности эфемерны. Повсеместно на всех станциях дороги продолжается рост заболеваемости и инвалидности жителей, значительная часть которых работают на предприятиях ОАО РЖД.

Программа модернизации 2011-2012 гг. стала крупнейшим проектом в сфере здравоохранения ДФО за последние годы, если не десятилетия. В региональных центрах и в крупных городах развиваются клиничко-диагностические центры, включающие в себя профильные клинические отделения, дневные стационары, амбулаторные хирургические и реабилитационные структуры. Продолжается реконструкция основных фондов, масштабное переоснащение медицинского оборудования значительной части ЛПУ второго и третьего уровня. В развитие медицины вложили огромные средства, которые были направлены на решение трех основных задач: улучшение материально-технической базы ЛПУ, информатизацию системы здравоохранения, а также внедрение новых, самых современных стандартов оказания медицинской помощи. Тем не менее, при подведении итогов финан-

сирования программных мероприятий модернизации отрасли не всем субъектам РФ удалось освоить выделенные финансовые ресурсы (табл. 2).

Среди субъектов РФ ДФО максимальный объем освоения финансовых

ресурсов программы модернизации осуществлен в Хабаровском крае (99,6%) и Сахалинской области (95,1%). Минимальный показатель освоения средств отмечен в Еврейской автономной области (46,7%) и Приморском крае (54,0%).

Таблица 2 Реализация мероприятий региональной программы модернизации здравоохранения 2011-2012 годы по состоянию на 1 января 2013 года

	Республика Саха (Якутия)	Камчатский край	Приморский край	Хабаровский край	Амурская область
<b>Задача 1 Укрепление материально-технической базы учреждений здравоохранения</b>					
Предусмотрено средств в программе модернизации здравоохранения, тыс.рублей	5196840	2269493	3776473	3318543	1380010
Израсходовано средств по состоянию на 01.01.2013, тыс.рублей	4367617	1901363	2097751	3289098	1186006
% расходования финансирования	84,0	83,8	55,5	99,1	85,9
<b>Задача 2 Внедрение современных информационных систем в здравоохранение</b>					
Предусмотрено средств в программе модернизации здравоохранения, тыс.рублей	389253,7	156563,7	393693,2	235769,1	153943
Израсходовано средств по состоянию на 01.01.2013, тыс.рублей	324490,5	153721	0	235768,9	129278,6
% расходования финансирования	83,4	98,2	0,0	100	84,0
<b>Задача 3 Внедрение стандартов медицинской помощи, повышение доступности амбулаторной медицинской помощи</b>					
Предусмотрено средств в программе модернизации здравоохранения, тыс.рублей	3138956	1163210	3296242	4326363	2264771
Израсходовано средств по состоянию на 01.01.2013, тыс.рублей	2983122	1124628	1935540	4322905	1988503
% расходования финансирования	95,0	96,7	58,7	99,9	87,8
<b>ИТОГО по задачам</b>					
Предусмотрено средств в программе модернизации здравоохранения, тыс.рублей	8725049	3589267	7466408	7880675	3798724
Израсходовано средств по состоянию на 01.01.2013, тыс.рублей	7675229	3179712	4033292	7847772	3303787
% расходования финансирования	<b>88,0</b>	<b>88,6</b>	<b>54,0</b>	<b>99,6</b>	<b>86,9</b>

	Магаданская область	Сахалинская область	ЕАО	ЧАО	ДФО
<b>Задача 1 Укрепление материально-технической базы учреждений здравоохранения</b>					
Предусмотрено средств в программе модернизации здравоохранения, тыс.рублей	1492669	1710711	483125,7	556108,6	<b>20183973</b>
Израсходовано средств по состоянию на 01.01.2013, тыс.рублей	1102198	1499927	188627,6	404042	<b>16036630</b>
% расходования финансирования	73,8	87,7	39,0	72,7	<b>79,5</b>
<b>Задача 2 Внедрение современных информационных систем в здравоохранение</b>					
Предусмотрено средств в программе модернизации здравоохранения, тыс.рублей	108696,9	181842,8	34521,9	18407,6	<b>1672692</b>
Израсходовано средств по состоянию на 01.01.2013, тыс.рублей	35958,3	164634,2	847,7	0	<b>1044699</b>
% расходования финансирования	33,1	90,5	2,5	0,0	<b>62,5</b>
<b>Задача 3 Внедрение стандартов медицинской помощи, повышение доступности амбулаторной медицинской помощи</b>					
Предусмотрено средств в программе модернизации здравоохранения, тыс.рублей	1082643	3296807	111292,5	74104,2	<b>18754387</b>
Израсходовано средств по состоянию на 01.01.2013, тыс.рублей	1033748	3269377	104250,1	72784	<b>16834856</b>
% расходования финансирования	95,5	99,2	93,7	98,2	<b>89,8</b>
<b>ИТОГО по задачам</b>					
Предусмотрено средств в программе модернизации здравоохранения, тыс.рублей	2684008	5189360	628940,1	648620,4	<b>40611052</b>
Израсходовано средств по состоянию на 01.01.2013, тыс.рублей	2171904	4933938	293725,4	476826	<b>33916185</b>
% расходования финансирования	<b>80,9</b>	<b>95,1</b>	<b>46,7</b>	<b>73,5</b>	<b>83,5</b>

Причин и объяснений со стороны ответственных исполнителей региональных программ модернизации всех уровней великое множество, - от «несвоевре-

менного поступления финансовых ресурсов из федерального бюджета», до иных «препятствий», которые не позволили должностным лицам своевременно исполнять свои прямые

функциональные обязанности по управлению запланированными программными мероприятиями.

Официальной точкой зрения по этому вопросу является следующая: «Причинами низкого и неэффективного использования финансовых ресурсов программ модернизации в Приморском крае и ЕАО стали изначально неверные подходы к планированию, что впоследствии привело к необходимости перераспределения заявленных, но не освоенных в установленные сроки средств по основным программным задачам».

Анализ хода реализации региональных программ модернизации здравоохранения ДФО в 2011-2012 гг. выявил такие проблемы, как нарушение сроков выполнения работ подрядчиками; простаивание оборудования из-за незавершенного ремонта основных фондов ЛПУ или отсутствия подготовленных медицинских кадров; недостаточную настойчивость ряда руководителей ЛПУ и органов управления здравоохранением субъектов РФ ДФО в поиске путей решения поставленных задач.

Тем не менее, итоги реализации программы модернизации в регионе следует оценивать со сдержанным оптимизмом. К началу 2013 года удалось решить только около 20% всех существующих в региональном здравоохранении проблем. Но и это уже большой шаг

вперед, поскольку впервые за много лет глобальная модернизация региональной медицины была подкреплена реальным финансированием. Но даже самое лучшее оборудование не принесет пользы, если на нем некому будет работать. Поэтому в рамках модернизации уделили внимание и решению кадровой проблемы.

Во многих субъектах РФ ДФО в состоянии «паралича» находится программа по привлечению в сферу здравоохранения молодых специалистов. На реализацию программы «Земский доктор» из федерального бюджета выделено 549 млн. руб. Но эти средства осваиваются крайне неудовлетворительно почти всеми территориями региона, за исключением Республики Саха (Якутия), где программные средства реализованы на 100%, что позволило пополнить ЛПУ 243 врачами.

Результаты финансовых вливаний 2011-2012 гг. в региональное здравоохранение пока не сопровождаются достижениями в улучшении здоровья дальневосточников, а так же значительным ростом показателей доступности, качества и безопасности медицинской помощи. Как оказалось, модернизация отрасли реализуется на фоне вечных проблем управления (низкому уровню подготовки и безответственности руководителей ЛПУ, непрозрачности закупок, дефицита персонала, плачевного состояния основных фондов ЛПУ, дефективного планирования и т.п.). Сегодня становится понятным, что программы модернизации отрасли здравоохранения региона не

должны приостанавливаться, но должна быть проведена корректировка их идеологии.

В профессиональных медицинских кругах, средствах массовой информации региона в течение нескольких лет ведется дискуссия относительно будущего регионального здравоохранения и тех мер, которые следует безотлагательно принять, чтобы пресечь негативные процессы в системе обеспечения здоровья населения ДФО. Обсуждение нередко замыкается на отдельных элементах реализации концепции реформирования до 2020 г., что, по нашему мнению, не только свидетельствует об упрощении ситуации, но и неверно по существу [15]. Здравоохранение как отрасль хозяйства региона достаточно автономна, но остается изначально зависимой подсистемой социально-экономического комплекса, которая может лишь в известных пределах влиять на собственное состояние.

Следует обратить внимание на то, что в ДФО продолжает реализовываться идеология «экономии» на здоровье населения, а структура направлений приоритетов финансирования несовершенна. В частности, при распределении финансовых ресурсов в здравоохранении ДФО преобладает перекос в сторону приоритетов финансирования высокотехнологичной стационарной помощи в ущерб амбулаторно-поликлинической. Это рез-

ко снижает уровень и эффективность мер профилактики заболеваний, которые могут быть реализованы только на амбулаторном этапе.

В начале 2013 года становится ясным положение о том, что система здравоохранения ДФО не смогла за двухлетний период «переварить» финансовые ресурсы программы модернизации, получение которых обременено относительно регулярным контролем. Более того, система регионального здравоохранения «подсознательно сопротивляется» воле федерального центра, во многом справедливо считая, что отведенные на модернизацию средства можно было потратить более эффективно, что дополняется размытыми представлениями о механизмах реформирования отрасли значительной частью медицинских работников.

### **Заключение**

В условиях инновационного развития региона необходимы устойчивые инвестиции в социальный капитал, в чем должны быть заинтересованы в первую очередь управляющие структуры. Они должны взять на себя создание эффективной программы действий в сфере общественного здоровья, которая позволит оценить потребности населения, определить необходимые меры и контролировать результаты. Выработка детальной политики – внутреннее дело каждого субъекта РФ ДФО. Такую деятельность в сфере общественного здоровья следует рассматривать как одну из ос-

новных функций регионального правительства, поставив ее наравне с экономической политикой. На практике улучшение здоровья населения, как правило, стоит в системе приоритетов гораздо ниже по многим причинам, не в последнюю очередь из-за бытующего мнения, что расходы на охрану его здоровья не сулят сиюминутной экономической выгоды.

И все-таки идеальной реформы не бывает, преобразования, как правило, сопровождаются противоречиями и пробуксовками. Но в реформе здравоохранения Дальнего Востока России таких пробуксовок уж слишком много. И, как показали итоги реализации региональных программ модернизации, дело не только в недостатке финансирования, на что принято ссылаться сегодня. Очевидно, необходима «перезагрузка» и самой системы здравоохранения ДФО, и всего того, от чего зависит эффективность её функционирования.

### Список литературы

1. Александрова М. В. Роль и значение приграничного и межрегионального российско-китайского экономического сотрудничества на современном этапе. / Китай в мировой и региональной политике. История и современность. Выпуск XI. М., ИДВ РАН, 2006. С. 105-127.

2. Анализ различий в доступности медицинской помощи для населения России. Руководитель: С.В.Шишкин. Сроки реализации: с 1 декабря 2006 г. по 31 декабря 2007 г. Финансирование: ЕРБ ВОЗ.
3. Бергер. Я. М. О достоверности экономического роста Китая и «китайской угрозе»./ Пробл. Дал. Востока. 2002, № 6. С. 40-55.
4. Бергер Я. М. Антикризисные программы китайского руководства: оценка эффективности. / Китай: угрозы, риски, вызовы развитию. Под ред. В. Михеева. Московский Центр Карнеги. М., 2005. С. 563-599.
5. Вялков А.И., Сырцова Л.Е. Потребности и возможности общественного здоровья. Бюллетень национального НИИ общественного здоровья. М 2005; 4: 41—45.
6. Гельбрас В. Г. Перспективы китайской миграции в Россию.// Status Quo, № 3, 2005. С. 85-96.
7. Давыдова Н.М. Взаимопомощь в нуждающихся российских домохозяйствах //Общественные науки и современность. 2002. № 3.
8. Ишаев В.И. Дальневосточный вектор России. – СПб.: Издательство Санкт-Петербургского университета управления и экономики, 2012. – 76 с.: ил.
9. Кононенко Т.В. Обоснование направлений совершенствования медицинской помощи населению Дальневосточного федерального округа на основе государственно-частного партнерства. Автореф. дис. к.м.н. Хабаровск. ГБОУ ВПО «Дальневосточный госу-

- дарственный медицинский университет». 2012. 24 с.
10. Минакир П.А. Дальневосточный регион: история реформы. [Электронный ресурс]. URL: <http://www.partnerregions.org/fecentr/G1-98-6.html> [Дата обращения: 03.03.2013].
11. Мэнь Хунхуа. Гоуцзянь Чжунго да чжаньлюе ды куанця: гоцзя шили, чжаньлюе гуаньянь юй гоцзя джиду. [Формирование контуров большой стратегии Китая: реальная сила государства, стратегические понятия и международный порядок] Пекин. 2005. 392 с.
12. НОБУС (National Survey of Household Welfare and Participation in Social Programs) перекрестное исследование российских домохозяйств. <http://web.worldbank.org/.../>
13. Тихонова Н.Е. Феномен социальной эксклюзии в условиях России. Статья подготовлена в рамках проекта «Бедность и социальная эксклюзия в России: региональные, этнонациональные и социокультурные аспекты» (Грант Intas, 98-1439).
14. Филиппов Н.И., Просвирнов С.Ю. Демография региона: что впереди?
- 18.08.2010. Материалы IV Международного форума социальных работников Сибири и Дальнего Востока «Семья XXI века. С надеждой в будущее»
15. Шейман, И. М. Российское здравоохранение: новые вызовы и новые задачи / И. М. Шейман, С. В. Шишкин // Главврач. - 2009. - N8. - С. 10-14
16. Шейман, И. М. Управление рисками при реструктуризации здравоохранения (продолжение) / И. М. Шейман // Здравоохранение РФ. 2011. - № 9. - С. 28-33.
17. Щепин О.П., Тишук Е.А. Современное состояние и тенденции заболеваемости населения Российской Федерации. Здравоохранение РФ. 2001; 6: 3—7.
18. Ямщиков, А. С. Разработка комплекса инновационного маркетинга для практического применения в деятельности медицинского учреждения / А. С. Ямщиков, Е. И. Маева, Е. А. Чепурная // Менеджер здравоохранения. - 2012. - № 2. - С. 38-44.
19. Abrahamson P. Postmodern Governing of Social Exclusion: Social Integration or Risk Management // Sociologisk Rapportserie. 1998. N 13. Kobenhavns Universitet: Sociologisk Institut.