

УДК 610.215/217 : 338 (571.6)

В.Г. Дьяченко, В.Б. Пригорнев

Служба охраны здоровья женщин и детей Дальнего Востока России в условиях рынка

*Дальневосточный государственный медицинский университет, г. Хабаровск.
Контактная информация: В.Г. Дьяченко, e-mail: ozd_fesmu@mail.ru*

Резюме

Реализация программы инновационного развития Дальнего Востока России требует формирования собственных трудовых ресурсов. Это ставит перед регионом задачи по систематизации усилий по укреплению охраны здоровья матери и ребёнка, как перспективного направления по формированию трудоспособного населения региона на долгосрочную перспективу. Рыночные реформы изменили структуру и технологии оказания медицинской помощи женщинам и детям, что требует дальнейшего углубления инновационных процессов, модернизации медицинских учреждений и повышения эффективности управления.

Ключевые слова: Дальний Восток России, женщины и дети, охрана здоровья

V. Dyachenko, V. Prigornev

Health Service of women and children in the Russian Far East market conditions

*Far East state medical university, Khabarovsk
e-mail: ozd_fesmu@mail.ru*

Summary

The program of innovative development of Russian Far East requires the formation of their own labor. This poses problems for the region to systematize efforts to strengthen the health of mother and child as a promising area for the formation of the working population of the region in the long term. Market reforms have changed the structure and technology of health care for women and children, which requires further deepening innovation, modernization of health facilities and improve management efficiency.

Key words: Russian Far East, women and children's, health care

Введение

Децентрализация, расширение самостоятельности и ответственности

регионов за охрану здоровья подрастающего поколения – характерная черта времени. Однако на Дальнем Востоке России эти процес-

сы нередко протекают бессистемно, стихийно, с, зачастую, полярными подходами в реформировании службы ОЗМиР в условиях становления обязательного медицинского страхования и рыночных реформ. Именно в этих условиях одной из самых острых проблем современного развития территорий ДФО является разрушение накопленного десятилетиями трудового потенциала региона.

Обсуждение результатов

Принятая в апреле 2013 года Программа развития Дальнего Востока и Байкальского региона до 2025 года формирует определенные задачи по укреплению службы ОЗМиР, как перспективного направления по формированию собственных трудовых ресурсов субъектов РФ ДФО на долгосрочную перспективу. Стратегия устойчивого развития предполагает формирование базы ресурсов труда, адекватной имеющемуся потенциалу экономического роста. В условиях инерционности социально-демографических процессов, нехватка собственных трудовых резервов заставляет искать новые, во многом нетрадиционные для России способы восполнения трудового потенциала, что формирует риски потери сначала экономической, а затем и политической самостоятельности субъектов РФ ДФО как составной части Российского государства [2].

На десятом съезде педиатров России, прошедшего в феврале уже далекого 2005 года, прозвучал призыв его организаторов направить усилия производителей медицинских услуг на увеличение объема мероприятий по медицинской профилактике, снижению заболеваемости и инвалидности детей всех возрастных групп, приданию деятельности лечебно-профилактических учреждений (ЛПУ) службы охраны здоровья матери и ребёнка (ОЗМиР) социальной направленности. Эти призывы повторяются на очередных форумах, таких, как «Первый Национальный съезд врачей Российской Федерации» прошедший в Москве 5 октября 2012 г. и других. К сожалению, кроме призывов, реальных шагов в этом направлении сделано пока немного. В стратегии реформирования службы ОЗМиР доминирует подход, связанный со строительством высокотехнологичных учреждений третьего уровня – региональных перинатальных центров, что является фактом положительным, но в условиях ДФО, значительного ограничения транспортной доступности для большей части населения – не безальтернативным [3].

В настоящее время одним из источников дополнительной рабочей силы для ДФО считается густонаселенный Азиатско-Тихоокеанский регион (АТР). В связи с этим большую практическую значимость обретают вопросы, связанные с привлечением и использованием в экономике региона иностранной рабочей силы. Необходимость глубокого

теоретического осмысления процессов привлечения иностранной рабочей силы, актуальность изучения опыта регулирования миграционных процессов развитых стран, своевременность разработки дальновидной и взвешенной региональной политики в отношении иностранной рабочей силы, обусловлены развитием интеграционных процессов в АТР и активным вовлечением в них восточных регионов России [1].

Иностранная трудовая миграция из источника потенциальных угроз может трансформироваться в фактор развития региона в соответствии с его долгосрочными экономическими интересами. Необходимым условием для этого является смена характера миграции со стихийного – на регулируемый вариант, посредством осуществления целенаправленной политики государства [6]. По мнению некоторых региональных экономистов и политиков, инновационная экономика ДФО должна строиться на вахтовых методах добычи золота, платины, алмазов, углеводородного сырья, древесины и др. Что же относительно глубокой переработки сырья, то здесь можно обойтись завозом в регион иностранной рабочей силой или развивать переработку в соседних государствах. В южные территории региона в такой ситуации должны стать территорией «транзитером», т.е. территорией по которой будут проложе-

ны газо- и нефтепроводы, линии электропередач, автомобильные и железные дороги, по которым будут транспортироваться ресурсы и энергия.

В частности, как сообщило 21 марта 2011 г. ИА REGNUM на совещании по вопросу: «О реализации государственной политики в сфере материнства и детства и профилактики социального сиротства», которое провел тогдашний заместитель полномочного представителя Президента РФ в ДФО А. Левинталь, представлены некоторые факты о подрастающем поколении, в частности:

- ✓ *в ряде субъектов РФ ДФО снизились реальные денежные доходы населения, прежде всего в семьях с детьми;*
- ✓ *на очереди на предоставление места в детсадах в ДФО стоит более 100 тысяч детей;*
- ✓ *число детей-сирот, не имеющих жилья, в регионе составляет около трех тысяч человек;*
- ✓ *число умерших по-прежнему превышает число родившихся;*
- ✓ *региональный показатель младенческой смертности выше среднероссийского;*
- ✓ *численность получателей ежемесячного пособия по уходу за ребенком – 160 тысяч человек.*

Сопоставление результатов государственной политики в сфере материнства и детства и специфических особенностей региона позволяет прийти к неутешительному выводу, что семьи дальневосточников отстают

не только по уровню реальных денежных доходов, но и по потреблению основных услуг, которые отражают качество жизни и миграционную привлекательность региона [4].

Объективно существующая неравномерность хозяйственного развития субъектов РФ региона, индивидуальность социальных и природных условий, сложившихся на территориях с низкой плотностью населения, создают предпосылки для трансформации целей, задач и методов осуществляемых преобразований, адаптации их к специфическим ха-

рактеристикам [8]. Хозяйственное развитие региона, его экономика в условиях мирового экономического кризиса оказывают существенное влияние на реализацию возможностей вложения в человеческий капитал, а именно в будущие трудовые ресурсы региона. А пока население стареет, число детей и женщин репродуктивного возраста сокращается, значительная часть семей, имеющих детей, социально деградирует, что ставит под сомнение перспективы формирования собственных трудовых ресурсов для инновационного развития Дальнего Востока России (Табл. 1).

Таблица 1. Перспективная численность женщин репродуктивного возраста в России по прогнозу Росстата (средний вариант; тыс.)

Годы	Численность женщин в возрастных группах					
	20-24 лет	25-29 лет	30-34 лет	20-29 лет	20-34 лет	15-49 лет
2009	6210,6	5923,1	5401,6	12134,2	11535,9	38112,5
2010	6044,1	6098,8	5451,1	12142,8	17600,5	31563,0
2011	5833,0	6119,2	5560,1	12012,2	11512,3	36950,0
2012	5465,4	6316,4	5628,1	11181,8	11409,9	36380,1
2013	5026,1	6362,3	5116,8	11389,0	11165,1	35823,8
2014	4555,4	6265,2	5916,0	10820,6	16196,6	35314,1

С этим вопросом напрямую связаны иллюзии региональных властных структур относительно роста рождаемости в субъектах РФ ДФО. Видимая простота оценки тенденции к увеличению числа родов в течение последних лет не должна вводить от трезвых оценок динамики демографических процессов, поскольку число рождений в 2012 г. остается в два раза ниже, чем в 1987 г. Тер-

ритории ДФО являются «лидерами» по уровню социального неблагополучия населения среди всех регионов России, что указывает на неэффективность региональной семейной политики.

Современный этап развития системы охраны здоровья матери и ребенка в ДФО знаменуется, прежде всего, ее реформированием, главной движущей силой которого являются рыночные преобразования. В ходе

проводимых реформ региональная система охраны здоровья матери и ребенка накопила груз проблем в виде: снижения доступности, качества и безопасности медицинской помощи; увеличения числа социально значимых заболеваний; роста детской инвалидности; низкого показателя рождаемости; отрицательного естественного прироста населения; недостаточного уровня финансирования ЛПУ службы ОЗМиР и др. В то же время, если рассмотреть более подробно сам по

себе механизм формирования и исполнения программы государственных гарантий оказания бесплатной медицинской помощи (ПГГ) в субъектах РФ ДФО, то расчетный её уровень в значительной мере отличается от утвержденного и ещё более – от её реального исполнения. То есть в течение исследуемого временного периода (2006-2012 гг.) суммарно отрасль здравоохранения региона (в том числе и ЛПУ службы ОЗМиР) недополучала значительное число финансовых ресурсов (Рис. 1).

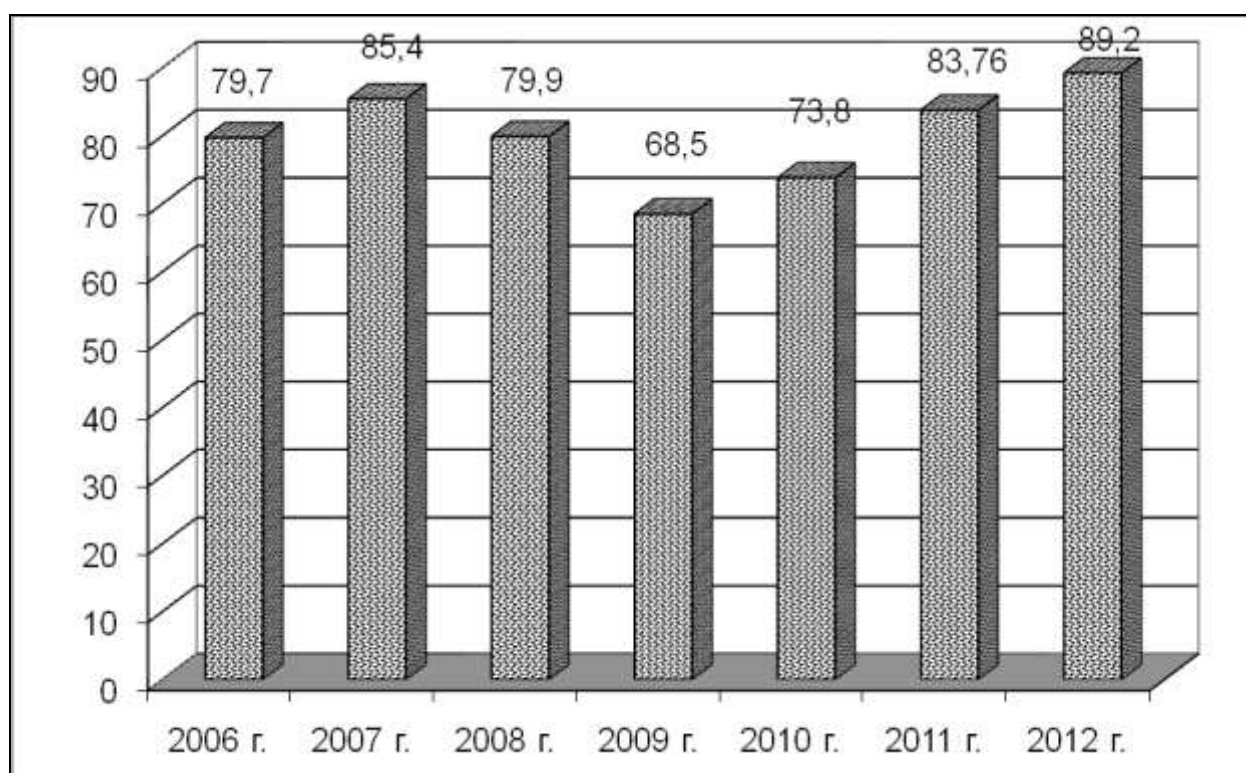


Рис. 1. Фактическое исполнение территориальной программы государственных гарантий оказания бесплатной медицинской помощи населению, в ДФО в 2006 2012 гг., (в % от расчетной).

А, если к этому добавить повсеместный рост тарифов на услуги ЖКХ, на электроэнергию, горюче-смазочные материалы, транспортные расходы, то ситуация финансового обеспечения ПГГ выглядит совсем по-иному, поскольку в

течение нескольких десятилетий накапливалась «усталость» основных фондов ЛПУ службы ОЗМиР.

Структура ЛПУ службы ОЗМиР субъектов РФ ДФО в виде сети детских областных (краевых) больниц, детских городских боль-

Служба охраны здоровья женщин и детей Дальнего Востока России в условиях рынка
 ниц, инфекционных и туберкулезных ций, перинатальных центров и центров планирования семьи и репродукции остается достаточно сложной (Табл. 2).

Таблица 2. Сеть лечебно-профилактических учреждений, оказывающих медицинскую помощь женщинам и детям в 2011 г. (абс.)

Субъекты РФ	Детские областные, краевые, республиканские больницы	Детские городские больницы	Инфекционные больницы для детей	Туберкулезные больницы для детей	Детские самостоятельные поликлиники	Родильные дома	Женские консультации (самостоятельные и входящие)	Перинатальные центры	Центры планирования семьи и репродукции
Респ. Саха (Якутия)	-	2	-	-	-	-	38	1	-
Камчатский край	1	-	2	1	2	1	3	-	-
Приморский край	-	8	10	7	10	7	19	-	-
Хабаровский край	1	3	4	4	4	4	10	1	-
Амурская область	1	1	-	-	-	-	7	1	-
Магаданская область	-	1	-	1	-	1	1	-	1
Сахалинская область	-	1	-	1	-	1	7	-	-
ЕАО	1	-	-	-	-	-	1	-	-
ЧАО	-	-	-	-	-	-	1	-	-
ДФО	4	16	16	14	16	14	87	3	1

Сеть ЛПУ службы ОЗМиР в субъектах РФ ДФО построена в различных организационных моделях. В то же время, региональная модель планирования организации медицинской помощи женщинам и детям выражается в виде следующих параметров:

- ✓ объемных величинах структуры службы ОЗМиР, т.е. числа учреждений, числа коек в стационарах, мощности учреждений амбулаторно – поликлинического профиля и скорой медицинской помощи,
- ✓ объемных величинах всех видов ресурсов (кадровых, материально-технических и финансовых),

✓ объемных величинах медицинской помощи этой группе населения в виде числа пролеченных больных в стационарах, числа посещений в амбулаторно-поликлинические учреждения и числа вызовов скорой медицинской помощи,

✓ объемных величинах структуры, ресурсов и медицинской помощи, распределенных по отдельным экономическим зонам и уровням оказания медицинской помощи.

Формирование выше указанных параметров в виде нормативов и стандартов для каждой отдельной территории наталкивается на нерешенную до настоящего времени проблему методологии прогнозирования потребности в ресурсах службы ОЗМиР в условиях

перехода экономики к рынку территорий с низкой плотностью населения [3]. Структурные элементы этой службы в регионе во все времена освоения Дальнего Востока России сохраняли отсталость от центральных регионов России.

Ещё в 70-80-х годах прошлого века по мере окончания строительства новых краевых (областных) больниц для взрослых, освобождающиеся здания и сооружения с изношенными основными фондами и коммуникациями передавались в ведение службы ОЗМиР и на их базе открывались детские больницы. Менялись вывески, «латалось» оборудование, проводился косметический ремонт зданий и сооружений. Аналогично выглядела ситуация с родильными домами, многие из которых с 30-х годов XX века и по настоящее время находятся в приспособленных зданиях.

Сегодня, если не брать во внимание ЛПУ службы ОЗМиР, расположенные в региональных столицах ДФО, то более четверти медицинских учреждений региона, где оказывается медицинская помощь женщинам и детям, имеют довольно ветхие и изношенные коммуникации, а большинство из них лишены бесперебойных (резервных) источников электроснабжения. В более чем 10 % зданий ФАПов и врачебных амбулаторий отсутствует водопровод и канализация, в 30 % - горячее водоснабжение, а в

некоторых до сих пор отсутствует центральное отопление. В подавляющем большинстве круглосуточных стационаров в сельской местности отсутствует система подачи кислорода в палаты.

Информатизация ЛПУ оставляет желать лучшего, поскольку во многих ЛПУ имеется до десяти и более ПЭВМ, однако последние не организованы в сеть, программное обеспечение не соответствует задачам медицинских организаций. Ещё во втором квартале 2012 г. в регионе имелись ЛПУ, где листы нетрудоспособности выписывались вручную печатными буквами.

В подавляющем большинстве ЛПУ службы ОЗМиР отсутствует разводка систем вакуума, системы вентиляции лечебных помещений с положительным давлением, как и системы очистки и стерилизации воздуха, кондиционирования и терморегуляции и многое другое.

Сегодняшнее состояние основных производственных фондов ЛПУ службы ОЗМиР отрасли здравоохранения на Дальнем Востоке России производит сложное впечатление: с одной стороны продолжается и планируется строительство ЛПУ преимущественного регионального уровня (перинатальные центры), с другой стороны реализация планов строительства не покрывает уровень износа зданий и сооружений большинства ЛПУ службы ОЗМиР. В сентябре 2011 года завершено строительство областного перинатального центра в г. Благовещенске. Объект возводился

по программе «Здоровье». Центр включает в себя пятиэтажное здание с техническим этажом (в монолитном исполнении общей площадью 23 тыс. м²). В нем более 2500 помещений, где работает 700 специалистов. В ближайшее время сдаётся в эксплуатацию перинатальный центр в Приморском крае и начато строительство аналогичного учреждения службы ОЗМиР в Магаданской области.

Стратегия формирования высокотехнологичных ЛПУ – региональных перинатальных центров в субъектах РФ ДФО идет двумя путями.

Первый путь, избранный в Республике Саха (Якутия) – комплексное проектирование и строительство «под ключ» исходя их потребностей и особенностей региона в соответствие с международными стандартами (ISO) и достижениями современной науки и практики. В основу функционирования перинатального центра в республике был положен подход концентрации в одном месте значительного числа беременных и новорожденных групп высокого. Концептуально, деятельность выше указанного центра была сведена к трем основным принципам:

1. *Качество перинатальной помощи должно обеспечиваться по единому стандарту организационных и медицинских технологий.*

2. *Система перинатальной помощи должна обеспечить доступность любой женщине, любому новорожденному всех компонентов действующей системы.*

3. *Учреждения перинатальной помощи, в пределах географической, экономической и социальной зоны Республики Саха (Якутия) должны иметь эффективные механизмы взаимодействия, позволяющие осуществлять перемещение пациентов и координацию действий специалистов разного профиля.*

Персонал этого центра и служба ОЗМиР в целом добились ощутимого прогресса в реализации стандартных технологий оказания медицинской помощи беременным женщинам и детям, что положительно повлияло и продолжает влиять на ситуацию по охране здоровья подрастающего поколения республики. Инвестиции в данный проект окупались в течение нескольких лет и сегодня Республика Саха (Якутия) относится к немногим субъектам РФ с положительным естественным приростом населения.

Второй путь, избранный в Хабаровском крае – реконструкция существующих приспособленных зданий бывшей Краевой клинической больницы для взрослых под Краевой перинатальный центр. Реконструируемый объект состоит из конгломерата зданий, принадлежащих ранее российской армии, которые проектировались, строились и многократно реконструировались с 1914 года. Технические сети этого объекта имеют еще большую историю, поскольку еще в начале

XX века были единой сетью водоснабжения, канализации, энергообеспечения и водоотвода, с комплексом зданий военного госпиталя. Вполне естественно, что второй путь – бесконечные реконструкции основных фондов ЛПУ, сетей, «достраивание», «перестраивание» и т.п., начиная с 1997 года по настоящее время, что в конечном итоге сказалось на уровне затрат, которые оказались значительно выше чем в Республике Саха (Якутия). А результаты его деятельности, как и службы ОЗМиР края в целом на фоне достижений соседнего региона не впечатляют. Из сферы влияния центра выпала социально-экономическая зона отдаленных северных территорий Хабаровского края. Отсутствует необходимый уровень координации с ЛПУ первичного и вторичного уровня, центром медицины катастроф и региональной службы МЧС. Работающая, в рамках данного перинатального центра выездная бригада педиатров-реаниматологов (РКЦ) иногда не в состоянии выполнить своих прямых функций из-за межведомственных нестыковок и отсутствия должного уровня управления службой ОЗМиР Хабаровского края. Так в ночь с 13 на 14 апреля 2012 года на Большом Уссурийском острове в пяти километрах от Краевого перинатального центра погиб, так и не дождавшись квалифицированной медицинской помощи 5-

месячный ребенок, хотя его родители обратились к медикам ещё 10 апреля [9].

По итогам 2008 года Хабаровский край «лидировал» в России по уровню показателя материнской смертности. Аналогично выглядят «достижения» по относительному числу аборт, особенно у девочек моложе 18 лет. В настоящее время край представляет собой зону демографической депрессии, и, если в 1987 году на данной территории родилось более 33 тыс. новорожденных детей, то в 2012 году родилось около 17 тыс. детей.

В этой связи нам представляется, что при проектировании, строительстве и формировании идеологии функционирования региональных перинатальных центров на Дальнем Востоке России следует идти по пути, избранного Правительством Республики Саха (Якутия). Как показывает реальный опыт этой территории, высокий уровень капитальных вложений на начальном этапе проектирования и строительства перинатального центра дает в конечном итоге выигрыш в экономике и во времени, а самое главное позволяет добиваться высоких результатов.

С нашей точки зрения, проводимые капитальные ремонты и реконструкция приспособленных зданий и сооружений ЛПУ службы ОЗМиР – мера необходимая, но мало эффективная, поскольку только комплексное проектирование и последующее строительство объектов, полностью соответствующих стандартам СНИПов и СанПиНов позволит надеяться на достижение приемлемых резуль-

татов деятельности службы. Именно та-
кой подход к модернизации службы
ОЗМиР ДФО позволит повсеместно
внедрять медицинские стандарты (по-
рядки и протоколы). Анализ структуры
ЛПУ службы ОЗМиР региона с точки

зрения обеспеченности населения акушер-
скими койками, показывает, что число коек в
абсолютном выражении уменьшилось с 4705
в 2005 г. до 4336 в 2010 г. (табл.3).

Таблица 3. Число акушерских коек и обеспеченность на 10000 женщин фертильного возраста (15-49 лет) в 2005 – 2010 гг.

Субъекты РФ	Всего акушерских коек (абс. число)					На 10000 женщин фертильного возраста				
	2005	2007	2008	2009	2010	2005	2007	2008	2009	2010
ДФО	4705	4540	4473	4329	4336	25.7	25.5	25.5	25.1	25.2
Республика Саха (Якутия)	820	835	837	819	814	29.7	30.7	31.2	31.0	30.8
Камчатский край	349	356	347	305	307	36.2	38.1	37.9	34.0	34.2
Приморский край	1373	1256	1184	1137	1155	24.8	23.3	22.4	21.8	22.2
Хабаровский край	777	743	763	742	734	19.7	19.2	20.0	19.7	19.5
Амурская область	699	658	648	662	654	28.3	27.4	27.5	28.6	28.2
Магаданская об- ласть	141	126	121	120	123	28.6	27.2	27.1	27.7	28.4
Сахалинская об- ласть	365	380	387	376	381	25.1	27.1	28.3	28.1	28.5
ЕАО	126	137	137	134	134	24.4	27.0	27.4	27.2	27.2
ЧАО	55	49	49	34	34	38.9	35.7	36.8	26.5	26.5

Динамика относительного показателя обеспеченности акушерскими койками практически не меняется, однако имеются территориальные различия. В 2010 году по числу акушерских коек лидировали Камчатский край (34,2 на 10000 женщин фертильного возраста), а наименьшее число – 19,5 на 10000 женщин фертильного возраста было достигнуто в Хабаровском крае. Вполне удовлетворительные количественные показатели обеспечения региона родильными койками, к сожалению, при ближайшем рассмотрении выглядят далеко не оптимистично, поскольку реальное состояние

зданий и технологического оборудования, а также низкий уровень управления ЛПУ не позволяют реализовать стандартные технологии не требующие значительных капитальных затрат: совместное пребывание матери и ребенка в роддоме, раннее прикладывание новорожденного к груди матери, борьбу за естественное грудное вскармливание с момента рождения, адекватную кислородотерапию новорожденным детям в родильном зале подогретым до 25° С кислородом, выхаживание недоношенных детей в соответствии со стандартами, своевременное проведение оперативных пособий беременным женщинам и др.

Абсолютное число гинекологических коек в регионе, также, как акушерских, за истекший период снизилось с 3998 в 2005 г. до 3421 в 2010 г. Динамика относительного показателя обеспеченности гинекологическими койками стабильна, хотя и имеет некоторую отрицательную динамику. По уровню

обеспеченности в 2010 г. лидируют ЧАО – 22,40 на 10 000 женщин фертильного возраста и Камчатский край – 18,13 на 10 000 женщин фертильного возраста, а минимальный уровень обеспеченности сформировался в Хабаровском крае – 7,50 гинекологических коек на 10 000 женщин фертильного возраста (Табл. 4).

Таблица 4. Число гинекологических коек и обеспеченность на 10 000 женщин фертильного возраста

Субъекты РФ	Гинекологические койки (кроме коек для производства аборт) – абс. число					На 10000 женского населения				
	2005	2007	2008	2009	2010	2005	2007	2008	2009	2010
ДФО	3998	3701	3572	3499	3421	11.80	11.00	10.65	10.45	10.22
Республика Саха (Якутия)	626	543	540	555	500	12.82	11.08	11.02	11.32	10.20
Камчатский край	367	339	322	306	308	21.27	19.82	18.90	18.01	18.13
Приморский край	1072	1030	928	912	919	10.22	9.90	8.94	8.81	8.88
Хабаровский край	623	540	569	544	549	8.47	7.37	7.77	7.43	7.50
Амурская область	658	572	550	540	491	14.32	12.58	12.15	11.96	10.88
Магаданская область	148	122	118	110	107	16.77	14.23	13.98	13.15	12.79
Сахалинская область	358	410	400	405	417	13.09	15.17	14.90	15.17	15.62
ЕАО	77	76	76	74	77	7.98	7.91	7.91	7.71	8.02
ЧАО	69	69	69	53	53	28.62	28.48	28.74	22.40	22.40

Показатель обеспеченности койками для производства медицинских абортов в течение исследуемого временного промежутка имеет устойчивый отрицательный тренд. Их число в ЛПУ ДФО уменьшилось с 234 в 2005 г. до 178 в 2010 г. Кроме того, сохраняются межрегиональные отличия. В частности, наибольший относительный показатель числа коек для производства абортов сформировался в Сахалинской обл. – 2,09 на 10 000 женщин фертильного возраста, а наименьший – 0,42 на 10 000

женщин фертильного возраста – в Приморском крае (табл. 5).

Таким образом, при условии реализации проектов строительства перинатальных центров в большинстве территорий ДФО, дефицита коечного фонда в ЛПУ акушерско-гинекологического профиля в ближайшие годы ожидать не следует. Что же относительно очередей на госпитализацию в круглосуточные стационары службы, то снижение доступности для пациентов можно избежать за счет повышения уровня эффективности управления ЛПУ и переноса части видов и

Таблица 5. Число коек для производства абортот и обеспеченность на 10 000 женщин фер-
 тильного возраста

Субъекты РФ	Койки для производства абортот (абс. число)					На 10000 женщин фертильного возраста				
	2005	2007	2008	2009	2010	2005	2007	2008	2009	2010
ДФО	234	204	193	189	178	1.28	1.15	1.10	1.10	1.03
Республика Саха (Якутия)	15	20	20	20	20	0.54	0.74	0.75	0.76	0.76
Камчатский край	5	8	8	10	10	0.52	0.86	0.87	1.11	1.11
Приморский край	52	39	38	23	22	0.94	0.73	0.72	0.44	0.42
Хабаровский край	69	52	50	51	46	1.75	1.35	1.31	1.36	1.22
Амурская об- ласть	55	38	38	40	39	2.22	1.58	1.61	1.73	1.68
Магаданская об- ласть	6	5	4	4	4	1.22	1.08	0.89	0.92	0.92
Сахалинская об- ласть	23	33	26	32	28	1.58	2.35	1.90	2.39	2.09
ЕАО	9	9	9	9	9	1.74	1.78	1.80	1.83	1.83
ЧАО	-	-	-	-	-	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00

Коечный фонд детских больниц во временном промежутке с 2005 по 2010 гг. претерпел количественные изменения, число коек сократилось с 12342 до 10355 (табл. 6).

Таблица 6. Круглосуточные стационарные койки для детей в субъектах РФ ДФО

Субъекты РФ	Всего (включая специализированные)					На 10000 детского населения в возрасте 0-17 лет				
	2005	2007	2008	2009	2010	2005	2007	2008	2009	2010
ДФО	12342	11000	10838	10585	10355	88.3	83.6	84.0	82.8	81.0
Респ. Саха (Яку- тия)	2254	1616	1640	1635	1554	83.8	63.0	64.9	65.2	62.0
Камчатский край	851	610	555	543	540	120.6	92.0	85.3	84.0	83.6
Приморский край	2579	2479	2395	2361	2500	66.0	67.7	67.0	66.8	70.7
Хабаровский край	2849	2737	2767	2711	2486	102.8	104.7	107.6	106.0	97.2
Амурская область	1791	1598	1546	1565	1538	92.7	88.0	87.1	89.1	87.6
Магаданская об- ласть	419	396	397	377	368	118.3	121.5	125.9	121.2	118.3
Сахалинская об- ласть	995	989	998	987	971	93.5	99.3	102.3	102.3	100.6
ЕАО	374	374	339	302	294	89.6	94.7	87.3	78.8	76.8
ЧАО	230	201	201	104	104	177.6	159.8	162.8	86.1	85.4

В то же время качественных изменений не произошло, не была реализована трансформация детских стационаров по типам:

- ✓ интенсивного лечения;
- ✓ реабилитации (долечивания);
- ✓ длительного лечения хронических больных;

включительно по ДФО в целом, в Магаданской обл. он достигал 118,3 на 10 000 детей, а в Приморском крае – 70,7 на 10 000 детей.

Работа по переводу части объемов медицинской помощи детям из круглосуточных стационаров в стационары дневного и кратковременного пребывания поликлиник, с одновременным развитием центров амбулаторной хирургии, служб ухода на дому и т.п. носила в большей мере формальный характер. В конечном итоге к 2010 году относительные величины обеспеченности койками на 10 000 детского населения в различных субъектах РФ ДФО имели значительные различия. Так при 81,0 койке на 10 000 детей в возрасте от 0 до 17 лет

Новые формы и типы лечения, применение современных международных стандартов технологий требуют строительства новых зданий ЛПУ для медицинской помощи детям, переобучения медицинского и технического персонала, и новых методов управления. Особое значение в условиях реформирования и модернизации производства медицинских услуг женщинам и детям приобретает число и уровень обеспеченности ЛПУ службы ОЗМиР медицинскими кадрами.

Таблица 7. Обеспеченность населения кадрами врачей акушеров-гинекологов территорий ДФО (физические лица)

Субъекты РФ	Врачи акушеры-гинекологи					Обеспеченность на 10000 женского населения				
	2005	2007	2008	2009	2010	2005	2007	2008	2009	2010
Дальневосточный федеральный округ	2013	1931	1915	1849	1838	5.9	5.7	5.7	5.5	5.5
Республика Саха (Якутия)	279	267	267	275	285	5.7	5.4	5.5	5.6	5.8
Камчатский край	107	105	99	99	102	6.2	6.1	5.8	5.8	6.0
Приморский край	602	576	555	513	501	5.7	5.5	5.3	5.0	4.8
Хабаровский край	444	420	418	404	394	6.0	5.7	5.7	5.5	5.4
Амурская область	320	317	315	307	300	7.0	7.0	7.0	6.8	6.6
Магаданская область	58	57	59	55	59	6.6	6.7	7.0	6.6	7.1
Сахалинская область	139	134	142	138	137	5.1	5.0	5.3	5.2	5.1
ЕАО	35	35	38	35	36	3.6	3.6	4.0	3.6	3.8
ЧАО	29	20	22	23	24	12.0	8.3	9.2	9.7	10.1

Абсолютное число врачей акушеров-гинекологов уменьшилось в округе с 2013 физических лиц в 2005 г. до 1838 в 2010 г., хотя в относительных величинах заметного уменьшения не произошло,

что говорит о продолжающемся уменьшении женского населения в ДФО (табл. 7). Уровень обеспеченности физическими лицами врачей акушеров-гинекологов в различных субъектах РФ ДФО в 2010 г. колеблется от 3,8 в ЕАО до

10,1 в ЧАО, а рост, как абсолютного числа врачей данной специальности, так и относительных показателей наблюдается только в Республике Саха (Якутия).

Именно в этом субъекте РФ ДФО в течение второго десятилетия ведется планомерная работа подготовки и переподготовки врачебных кадров, как в территориальных вузах, так и за пределами республики. В остальных субъектах РФ ДФО выбытие специалистов опережает число принимаемых на работу.

Что же относительно обеспечения ЛПУ службы ОЗМиР ДФО кадрами врачей-педиатров, то динамика за исследуемый период выглядит аналогично, хотя

и с менее активной динамикой выбытия врачей этой специальности. Так, в 2005 г. в службе региона работало 2939 врачей-педиатров, а в 2010 г. – 2901. В то же время в относительных величинах на 10000 детского населения произошел даже некоторый рост с 21,0 до 22,7 на 10000 детей в возрасте от 0 до 17 лет включительно (табл. 8). Уровень обеспеченности физическими лицами врачей педиатров в различных субъектах РФ ДФО в 2010 г. колеблется от 13,8 в ЕАО до 31,5 в ЧАО, а рост, как абсолютного числа врачей данной специальности, так и относительных показателей наблюдается в Республике Саха (Якутия), Амурской обл. и Камчатском крае.

Таблица 8. Обеспеченность населения кадрами врачей педиатров территорий ДФО (физические лица)

Субъекты РФ	Врачи педиатры					Обеспеченность на 10000 детского населения в возрасте 0-17 лет				
	2005	2007	2008	2009	2010	2005	2007	2008	2009	2010
Дальневосточный федеральный округ	2939	2983	2976	2942	2901	21.0	22.7	23.1	23.0	22.7
Республика Саха (Якутия)	446	486	513	522	498	16.6	18.9	20.3	20.8	19.9
Камчатский край	140	156	153	150	145	19.8	23.5	23.5	23.2	22.4
Приморский край	916	881	851	846	833	23.4	24.1	23.8	23.9	23.6
Хабаровский край	712	713	715	698	688	25.7	27.3	27.8	27.3	26.9
Амурская область	378	389	392	379	386	19.6	21.4	22.1	21.6	22.0
Магаданская обл.	77	76	73	71	71	21.7	23.3	23.1	22.8	22.8
Сахалинская обл.	184	195	194	190	189	17.3	19.6	19.9	19.7	19.6
ЕАО	46	57	55	53	53	11.0	14.4	14.2	13.8	13.8
ЧАО	40	30	30	33	38	30.9	23.8	24.3	27.3	

В конце 2010 года Правительство России приняло ряд решений, которые призваны продвинуть отечественную систему здравоохранения вперед. Во всех регионах страны прошло обсуждение

проблем здравоохранения с участием общественных организаций и профессиональных объединений медицинских работников. Была проведена инвентаризация сети ЛПУ, выявили узкие места и проблемы, влияющие на до-

ступность и качество лечения. В плане модернизации отрасли многие регионы направили свои усилия на решение проблем, связанных с кадровыми ресурсами службы ОЗМиР. К сожалению, кадровый кризис в отрасли уже наступил и меры по его предупреждению запоздали на 10-15 лет, а усилия в рамках региональных программ модернизации 2011-2012 гг. не изменили ситуацию в принципе, хотя и имеется определенный прогресс по привлечению кадров по программе «Земский врач». К сожалению, на Дальнем Востоке России, кадровые управленческие решения проводятся без учета параметров рынка труда, а также внутренней мобильности между государственным и частным сектором, оценку влияния освоения новых технологий и качества программ по подготовке медицинских кадров [5].

К сожалению, кадровая политика в службе ОЗМиР субъектов РФ ДФО проводится спонтанно, без должного обоснования в рамках исследования рынка труда. Хотя именно на основании результатов маркетинговых исследований и НИОКР можно реализовать эффективные управленческие решения. Результаты исследований рынка труда в здравоохранении позволят понять работники какого типа, с какими навыками и в каком количестве будут востребованы ЛПУ службы охраны здоровья матери и

ребенка, как будет организован процесс их найма, обучения и подготовки в течение их профессиональной жизни, какие условия труда и методы стимулирования могут быть предложены им для их удержания и мотивации для выполнения качественной работы [7]. Для того, чтобы реализовать подобную стратегию её выбор должен согласовываться с различными заинтересованными сторонами, начиная от органов управления субъектов РФ ДФО, кончая медицинскими образовательными учреждениями [10].

В условиях любого системного кризиса, где бы он ни происходил, основная надежда на молодые, квалифицированные кадры, которые, несмотря на объективные трудности способны преодолеть проблемы и выйти из сложного положения. В службе ОЗМиР – это врачи, акушерки и медицинские сестры. В настоящее время во многих территориях ДФО в детских поликлиниках и больницах, родильных домах и женских консультациях ощущается достаточно жесткий дефицит физических лиц представителей медицинских профессий, большинство из них вынуждены совмещать от 1,5 до 2,3 ставок, что увеличивает их рабочую недельную нагрузку от 60 до 90 часов. Это отрицательно сказывается на показателях качества и безопасности производимых услуг.

Все выше сказанное дополняется проблемой неисполнения организационных (порядки оказания медицинской помощи) и медицинских (протоколы оказания медицинской

помощи) стандартов, внедряемых как законодательная норма федерального уровня, ставшая обязательной к исполнению всеми участниками процесса производства медицинских услуг независимо от принадлежности и уровня ЛПУ.

Финансовые ресурсы службы ОЗМиР ДФО. За многолетними рассуждениями чиновников разного уровня, представляющих, как бюджетораспорядителей, так и бюджетополучателей, главной особенностью финансирования из государственных источников является сохранение системы оплаты содержания ЛПУ вместо оплаты за выполненную работу. В последние годы делались отдельные попытки внедрения принципа «деньги за больным». Таковыми следует признать внедрение сертификата беременных и оплату высокотехнологической помощи по квотам. Однако поскольку эти решения были внедрены без всякого институционального и функционального изменения в здравоохранении, то их влияние на психологию медицинских работников и руководителей ЛПУ ничтожно.

Немногочисленные региональные исследования участия пациентов в прямой оплате производимых медицинских услуг показывают, что составляющая прямых платежей населения в структуре покрытия затрат на медицинскую по-

мощь значительна. По нашим оценкам дальневосточники из своих личных средств оплачивают до 75-80 % производимых стоматологических услуг, более половины оперированных пациентов в урологических, проктологических, гинекологических, травматологических и других региональных клиниках доплачивали за свое лечение, несколько меньший уровень соплатежей жителей региона составляет при лечении в амбулаторных ЛПУ, но и он достаточно велик, особенно в региональных столицах.

Например, система обслуживания беременных женщин в женских консультациях ДФО построена так, что до момента наступления беременности молодая женщина не вызывает никакого интереса у участкового акушера-гинеколога. Однако с момента поступления беременной под его наблюдение ситуация резко меняется, назначается огромное число различных анализов и инструментальных исследований, поскольку значительная часть из назначенных тестов не выполняется в самих женских консультациях, то реализуются последние, или в сетевых негосударственных лабораториях, или в крупных многопрофильных больницах, или в региональных перинатальных центрах, — за счет личных средств беременной. По данным социологических опросов 2012 года, только по самым скромным подсчетам среднестатистическая беременная женщина в региональных столицах ДФО за время беременности тратит на

«обследование по стандарту» от 8 до 10 тыс. рублей личных средств.

Прямые платежи медицинскому персоналу ЛПУ службы ОЗМиР существовали раньше и существуют сегодня по разным поводам. Трудно перечислить все их виды – за выдачу квоты, за госпитализацию, за больничный лист, за выписку рецепта на бесплатное лекарство, за анестезиологическое пособие, за выбор врача (особенно оперирующего хирурга, акушера и т.п.), за услуги и процедуры, отсутствующие в данной медицинской организации (степень жизненной необходимости тут не играет роли), за работу медицинских сестер и нянечек, индивидуальный пост, покупка лекарств, хирургического инструментария, изделий медицинского назначения при лечении в стационаре и др.

Причин такого положения дел несколько, но самая главная – это недофинансирование программы государственных гарантий оказания бесплатной медицинской помощи населению региона, а, следовательно, и ЛПУ службы ОЗМиР, дефицит финансирования которой стойко превышает 15 % от расчетного. Причем, если региональные ЛПУ, которые концентрируются в столице субъекта РФ и находятся на глазах у органов исполнительной и законодательной власти регионального уровня, выглядят еще относительно прилично и соответствен-

но оттягивают на себя львиную долю финансовых ресурсов отрасли, то ЛПУ службы ОЗМиР, которые находятся в дальневосточной глубинке, довольно часто производят сложное впечатление. Именно эти женские консультации, родильные дома, детские больницы и поликлиники в первую очередь нуждаются в модернизации за счет средств федерального бюджета. К сожалению многие из них так и не стали объектами региональных программ модернизации.

Если следовать справочникам, то слово «модерн» означает современный, модный. Следовательно, если говорить о модернизации службы ОЗМиР региона, то следует предполагать переход на современные рельсы всех технологий охраны материнства и детства. Таким образом, модернизация службы должна охватывать всё, начиная от тотальных профилактических мероприятий, например, от ввоза на территорию региона исключительно йодированной соли для профилактики зоба, до открытия сети «Региональных перинатальных центров» и формирования системы оплаты труда, которая бы регулировала связь заработной платы производителей медицинских услуг с результатами.

Признавая огромное значение Приоритетного национального проекта «Здоровье» и «Региональных программ модернизации 2011–2012 гг.» для переоснащения ЛПУ службы ОЗМиР технологическим оборудованием, следует отметить, что последние готовились в спешке, без углубленной проработки

вопросов и прогнозирования последствий. Решения по приоритетам принимались без опоры на результаты НИОКР, кулуарно, без предварительного обсуждения с широкой медицинской общественностью региона. С точки зрения доступности технического обслуживания и обеспечения работы технологического оборудования расходными материалами медицинские работники региона считают, что следовало бы иметь больше отечественных приборов, но последние во многом уступают западным образцам. Во многих случаях, контракты по закупке зарубежной техники не сопровождаются договоренностью с иностранными партнерами о, как минимум, пятилетнем гарантийном обслуживании и снабжении расходными материалами. Сегодня не всегда есть ответ на вопрос: «Как будет обеспечиваться ремонт какого-либо биохимического анализатора или дыхательного респиратора где-то в ЛПУ отдаленного района Хабаровского края, Якутии или Магаданской области из-за выхода из строя какой-либо мелкой детали?».

Поставка спецмашин для СМП, не подготовленных к работе в климатогеографических условиях Крайнего Севера и Дальнего Востока (бездорожье, низкие зимние температуры, отсутствие автосервисов и т.п.) вызывает массу нареканий от руководителей ЛПУ, медицин-

ского и технического персонала. В отдаленных северных районах территорий ДФО с экстремальным климатом многие годы мечтают об отечественном спецавтотранспорте многоцелевого назначения – болотоходах, судах на воздушной подушке и т.п., однако эти вопросы далеки от своего разрешения. В условиях, когда многие аэропорты местного значения закрыты, как нерентабельные, а местные авиакомпании прекратили свое существование, – нужда в спецавтотранспорте для Крайнего Севера многоцелевого назначения выросла в разы.

Нам представляется, что модернизация службы ОЗМиР – это, прежде всего не экономический, а социокультурный процесс. Поэтому сначала должны измениться мотивации персонала и руководителей ЛПУ, а затем и пациентов, их сознание и поведение в рыночных условиях, а уже эти изменения в качестве результата дадут рост объема производства, повышение доступности и качества медицинских услуг, а в обозримом будущем, положительно отразится на показателях здоровья женщин и детей.

Тем не менее, программа модернизации стала крупнейшим проектом в сфере отечественного здравоохранения после приоритетного национального проекта «Здоровье». Объем средств, выделенных на исполнение программ модернизации 2011-2012 гг., составил в целом по субъектам РФ ДФО 40,6 миллиардов рублей, при этом из ФФОМС было выделено 26,4 млрд. рублей

(65,1% от общего объема финансирования), из региональных бюджетов субъектов РФ ДФО – 7,73 млрд. рублей (20,5% от общего объема финансирования), из ТФОМС – 0,51 млрд. рублей (14,7% от общего объема финансирования).

На 1 января 2013 года всего в ДФО израсходовано 33,9 млрд. рублей, при этом из ФФОМС было израсходовано 20,8 млрд. рублей (61,4% от общего количества израсходованных средств), из региональных бюджетов субъектов Федерации округа – 7,73 млрд. рублей (22,8%), из ТФОМС – 0,51 млрд. рублей (15,8%).

Заключение

В течение длительного периода рыночных преобразований на Дальнем Востоке России были утеряны приоритеты целей в сфере охраны здоровья матери и ребенка, стала разрушаться система первичной медико-санитарной помощи дальневосточникам, значительно снизились объемы и структура реализации профилактических технологий в акушерстве и педиатрии. Объективные социально-экономические и политические причины пока не позволили создать эффективную систему управления службой ОЗМиР, которая бы обеспечивала стабильный рост уровня здоровья подрастающего поколения.

В рамках реализации национального проекта «Здоровье» и программ модернизации отрасли здравоохранения в 2011–2012 гг., часть ЛПУ службы ОМиР подняли уровень своей фондовооруженности, заменили часть технического и технологического оборудования, но до полного ресурсного обеспечения требований выполнения стандартов (порядков и протоколов) оказания медицинской помощи женщинам и детям еще далеко. Основной акцент в инновационном развитии службы ОЗМиР ДФО должен быть сделан на реализацию трехуровневой системы ЛПУ с приоритетом эффективной первичной медико-санитарной помощи женщинам и детям. Это потребует реструктуризации производства медицинских услуг, опережающего развития ЛПУ ПМСП, разработки инновационных региональных моделей организации службы ОЗМиР в территориях с низкой плотностью населения и др.

Список литературы

1. Ващук А.С. Миграционная ситуация на российском Дальнем Востоке в начале XXI в.: новый век, старые проблемы // Таможенная политика России на Дальнем Востоке. 2009. № 2. С. 69–70.
2. Гельбрас В.Г. Китайская реальность России. М.: ИД «Муравей», 2001.
3. Дьяченко В.Г., Щепин В.О., Капитоненко Н.А. Охрана здоровья матери и ребенка в условиях социально-экономических реформ. – Владивосток: изд. «Дальпресс», 2000. – 309 с.

4. Дьяченко В.Г. Нам надоело быть временщиками//Мед. газета. № 6. 10 октября 2007. С. 4 -5.
5. Дьяченко В.Г., Костакова Т.А., Пчелина И.В. Врачебные кадры Дальнего Востока. Виток кризиса. Под. ред. проф. В.Г. Дьяченко Хабаровск. 2012 Изд. ГОУ ВПО ДВГМУ 2012. 408 с.
6. Капитоненко Н.А., Дьяченко В.Г. Итоги научно-исследовательских работ по совершенствованию основных направлений охраны здоровья населения Дальнего Востока России. Ж. Вестник общественного здоровья и здравоохранения Дальнего Востока России. 2011. № 1. С. 4-7
7. Минакир П.А. Экономика регионов //Дальний Восток. – М.: Изд-во «Экономика», 2006. – С. 633–634.
8. Омельчук Оксана. Катастрофа в медицине. Газета Тихоокеанская звезда от 03 июня 2012 г.
9. Пригорнев В.Б., Дьяченко В.Г., Сулейманов С.Ш. Некоторые оценки и характеристики профессиональных намерений выпускников ДВГМУ // Материалы второй научно-практической конференции «Семейная медицина: проблемы и перспективы». - Хабаровск, 2001. - С. 26-29.
10. Сулейманов С.Ш., Дьяченко В.Г., Пригорнев В.Б. Перспективы и прогноз кадрового обеспечения отрасли здравоохранения Дальневосточного федерального округа. Материалы международной конференции «Социально-экономические и экологические проблемы устойчивого развития территорий с уникальными и экстремальными природными условиями» 22-25 мая 2001 года. Петропавловск-Камчатский. С. 68-72.